



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

COUPURE DU CORPS, COUPURE DE SOI
Revue narrative et étude qualitative sur l'image et le vécu du corps chez des adolescent.e.s qui réalisent des blessures auto-infligées non suicidaires

Présentée et soutenue publiquement le 05/04/2024 à 17:00
au Pôle Formation

par Alice PIGLIAPOCO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Madame le Docteur Sophie SLOVAK

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE	iii
<i>Introduction</i>	1
<i>Chapitre I : L'IMAGE DU CORPS</i>	6
1.1 LES ORIGINES DU CONCEPT D'IMAGE DU CORPS	6
1.2 LES DIFFERENTES DECLINAISONS	10
1.2.1 La théorie psychanalytique	10
1.2.2 La psychosomatique	14
1.3 LE REGARD CROISÉ DE LA PHILOSOPHIE SUR LE CORPS ...	15
1.3.1 Merleau-Ponty e la phénoménologie du corps.....	15
1.3.2 Les autres contributions	20
1.4 RESUMÉ À USAGE CLINIQUE	24
<i>Chapitre II : LES INSTRUMENTS DE MESURE</i>	28
2.1 L'IMAGE DU CORPS DANS LES ESSAIS CLINIQUES.....	28
2.2 LE DESSIN, UNE MESURE PRIVILIGIÉE DE L'IMAGE DU CORPS.....	36
2.2.1 Le dessin d'enfant	37
2.2.2 Et le dessin d'adolescent ?.....	42
2.3 UNE NOUVELLE PERSPECTIVE RÉACTUALISÉE	43
<i>Chapitre III: LES LÉSIONS AUTO-INFLIGÉES NON SUICIDAIRES.</i>	46
3.1 DU CÔTÉ DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE DESCRIPTIVE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	46
3.1.1 Les définitions au fil du temps	46
3.1.2 La définition du DSM-5	48
3.1.3 La définition de la CIM-11.....	50
3.1.4 La prévalence	50
3.1.5 Les trajectoires.....	51
3.1.6 Les fonctions	53
3.1.7 Les méthodes.....	53
3.1.8 Les localisations sur le corps.....	54
3.1.9 Corrélats et facteurs de risque	54
3.1.9.1 La dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité	54
3.1.9.2 NSSI et le trouble de la personnalité borderline	55
3.1.9.3 NSSI et événements de vie adverse	56
3.1.9.4 NSSI comme possible facteur de risque de détresse future	58
3.1.9.5 Marqueurs et corrélats biologiques.....	58
3.1.9.6 NSSI et troubles psychiatriques comorbides	59

3.1.9.7 NSSI et trouble du comportement alimentaire	60
3.1.9.8 NSSI, vie avec les pairs, vie virtuelle.....	61
3.1.10 Lésions auto-infligées non suicidaires et image du corps.....	61
3.2 DU CÔTÉ DE LA LITTÉRATURE PSYCHOPATHOLOGIQUE PSYCHANALYTIQUE	64
3.3 DU CÔTÉ DE LA LITTÉRATURE ANTHROPOLOGIQUE ET SOCIOLOGIQUE	69
3.4 POUR CONCLURE : UN REGARD TRANSVERSAL ET LES DÉFIS DU SOIN POUR LA PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENCE.....	72
<i>Chapitre IV</i> : PROTOCOLE D'ÉTUDE - « ICOSCA »	
« EXPLORATION DU VÉCU ET DE L'IMAGE DU CORPS CHEZ LES ADOLESCENT.E.S QUI RÉALISENT DES BLESSURES AUTO- INFLIGÉES NON SUICIDAIRES »	78
4.1 RATIONNEL SCIENTIFIQUE.....	78
4.2 MÉTHODOLOGIE	79
4.2.1 Objectifs	80
4.2.2 Plan expérimental.....	80
4.2.3 Aspects éthiques et CPP.....	80
4.2.4 Population étudiée	81
4.2.5 Critères d'évaluation pour l'objectif primaire	82
4.2.6 Critères d'évaluation pour l'objectif secondaire	84
4.2.7 Déroulement de la recherche.....	84
4.2.8 Évaluation des bénéfices et des risques	87
4.3 GUIDE DU PREMIER ENTRETIEN.....	88
4.4 LE CHOIX DU DESSIN POUR L'ÉTUDE	90
<i>Chapitre V</i> : CONCLUSIONS	93
BIBLIOGRAPHIE	96
Annexe 1 :GRILLE DU PREMIER ENTRETIEN.....	108
Annexe 2 :GRILLE DU DEUXIÈME ENTRETIEN	109
Annexe 3 : FICHE D'AIDE INTERPRETATIVE AU DESSIN	110
Annexe 4 : FICHE DE RECUEIL SOCIO DEMOGRAPHIQUE, ANAMNESTIQUE ET CLINIQUE	113

GLOSSAIRE

ACE : Adverse childhood experiences

CI : Confident interval

CIM : Classification Internationale des Maladies

CPP : Comité de protection des personnes

DSH : Deliberate self-harm

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

IDS : Idées suicidaires

NSSI : Non-suicidal self-injury

OR : Odd ratio

PTSD : Post-traumatic stress disorder

RIPH : Recherches impliquant la personne humaine

SASI : Sex as self-injury

SD : Standard deviation

SITBs : Self-injurious thoughts and behaviors

TAT : Thematic Apperception Test

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TDAH : Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité

TS : Tentative de suicide

I n t r o d u c t i o n

Rien n'est plus difficile que de savoir au juste ce que nous voyons
Merleau-Ponty

Les attaques du corps à l'adolescence, dont les blessures brutes infligées à une partie du corps, provoquent un écho tout à fait saisissant chez le professionnel soignant, comme un bruitage de cloche dissonant et trémulant. Les idées suicidaires, évoquant un anéantissement éventuel du corps entier et la disparition du sujet, produisent la même résonance dérangement.

Entre le signe et le symptôme, la potentielle blessure, faite au corps, nous incite à désengourdir des questions irrésolues autour du cadre de l'épistémologie en psychiatrie. Entre marque corporelle apparente et substrat invisible, la potentielle blessure, nous confronte avec l'ambition de trouver des réponses uniquement au plus profond de l'organicité ou de la psyché, alors que, difficilement on pourrait constater qu'il existe une aire unique au sein de laquelle elles se circonscrivent. Entre l'intentionnalité et l'inévitabilité du geste, entre tentative de résolution et perpétuité de la souffrance, la potentielle blessure, soulève la question du jugement moral et de l'agentivité en psychiatrie.

Le problème de « l'everyday dualism » (Kirmayer & Gómez-Carrillo, 2019a) envahit la clinique et ne laisse pas de dialectique. Une pensée dichotomique continue à se cacher, malgré tout, derrière le défi d'une médecine qui se veut intégrer plusieurs paradigmes explicatifs (biologique, psychopathologique, sociale, culturelle, politique). Nous observons que cette articulation se réalise avec difficulté devant la manifeste inextricabilité des éléments présents pour toute situation clinique. D'autant plus que les pistes peuvent être brouillées d'avance en psychiatrie, à raison d'avoir traité anodinement l'affaire du psychique, en l'isolant « là-haut », dans le crâne, et d'avoir occulté la question philosophique de la conscience. En pratique clinique psychiatrique le curseur épistémologique finit très souvent pour se poser soit sur une approche explicative neurobiologique soit sur une approche explicative psychopathologique. Bien que chaque modèle puisse être retenu comme exact et plausible dans sa propre logique interne, il tend spontanément à se considérer comme *la seule et pleine* explication. Le piège est implicitement d'agrandir le fossé entre traduction mécaniciste du vivant et subjectivité, et *in fine*, à nouveau, entre corps et esprit, le corps se retrouvant au même temps en porte-feu entre ce qui se loge dans l'intrapsychique et ce qui se passe

à l'extérieur du sujet, et relégué à la marge du sujet comme objet passif et inerte. Malheureusement nous n'avons pas affaire, comme le dit Philippe Cabestan, « *ni seulement avec un être-cerveau, ni uniquement à un être-pulsionnel, mais aussi à un être existant* » dans sa propre expérience perceptive en ouverte sur le monde (Cabestan, 2024). Il y a toujours le risque, en adoptant un regard 'trop' causaliste, de rapprocher les résultats avec les causes, qu'on finit par surdéterminer ou déterminer à tort le sujet, et, *in fine*, par entraver le développement de sa propre agentivité. L'agentivité est définie comme la capacité de rendre cohérentes ses actions, sur soi, les autres et le monde, selon ses propres intentions et elle sous-entend la réalisation de sa propre *indétermination*.

Dans une méta-analyse les auteurs concluent que les éclaircissements biogénétiques pour des troubles du psychisme peuvent réduire le sentiment de honte et culpabilité, produits par des explications psychopathologiques parfois ambiguës, mais provoquer un plus grand pessimisme aux égards de l'évolution de la pathologie, du fait la contraction de la possibilité d'un changement, et possiblement accroître les préjugés sociaux négatifs, par exemple concernant la dangerosité du sujet (Kvaale et al., 2013). De plus, en clinique nous commettons indirectement une distinction entre les afflictions entretenues par des actions délibérées et les événements provoqués par des forces impersonnelles et fortuites, qui agissent de l'intérieur ou de l'extérieur du corps, et donc en dehors du contrôle du sujet, avec conséquence dans le premier cas de blâmer un mal-être et d'en imputer au sujet la responsabilité (Kirmayer & Gómez-Carrillo, 2019a). Par ailleurs, la manière avec laquelle on narre une expérience modifie l'expérience-même et la façon avec laquelle on décrit les sujets est, au fait, susceptible d'influencer leur ontologie, selon des « looping effets » générés, soit des effets en retour, qui consistent en une série des spirales de répercussions sur différentes organisations (sociale, institutionnelle, interpersonnelle, individuelle, physiologique, génétique) (Ian Hacking, 2006; Kirmayer & Gómez-Carrillo, 2019). L'acte médical d'interprétation et de transmission explicite et implicite aux égards d'un phénomène psychiatrique est donc chargé d'enjeux éthiques.

Les présentations cliniques qui ont à voir avec les « body disturbances » nous confrontent à la question de la transformation directe d'un vécu douloureux condensé en intentionnalité dirigée contre le corps du sujet sans qu'une opportunité soit offerte d'établir et d'explicitier cette conversion (Conner & Norman, 2022). Et cela, à défaut de pouvoir intervenir sur l'offensive externe (Breton, 2006a, 2006b). Les lésions auto-infligées non suicidaires (NSSI) gardent la particularité de composer avec un geste auto-provoqué qui est 'mesuré', du moins dans les effets minimes occasionnés au

corps réel et donc dans la calibration de la commande motrice volontaire, et en même temps d'un geste qui semble, malgré tout, échapper à l'adolescent.e. Les troubles du comportement alimentaire (TCA), les troubles liés à la consommation d'une substance, le « sex as self-injury » (SASI), les accidents de la voie publique et sportifs, les conduites à risque en générale à l'adolescence, pareillement, ont comme dénominateur commun le fait d'être un comportement d'agression envers soi-même et d'impliquer une certaine préparation, activation, coordination, d'un mouvement dirigé vers un but. L'adolescent assume délibérément, en se blessant, un 'réflexe' corporel qui s'est constitué et qui devient 'prêt à être utilisé', avec sa dose d'impulsivité et de répétition.

Le corps devient ainsi une voie de décharge. Si le corps peut être une voie de sortie, il est alors aussi une voie d'accueil, un lieu où *quelque chose* se dépose, se stratifie et se raconte. Mais si d'un côté les adolescent.e.s retrouvent et affichent la voie de décharge sous leurs yeux et sous leurs geste, l'avant-scène est plus difficile à saisir et à reconstruire, alors que, insensiblement et tacitement, le corps est continuellement marqué car il représente une interface entre soi et le monde. Le corps est chose évidente, une fois qu'on s'y confronte, mais chose autrefois oubliée, dans l'ordinaire du quotidien ; nous vivons « *avec lui dans une sorte de familiarité usée comme avec une ombre* » (Foucault, 1966).

C'est peut-être véritablement l'entaille de la scarification qui nous rappelle qu'on continue à attaquer là où on connaît le moins, là où réside un sentiment d'étrangeté et d'extranéité.

Le corps est loin de ne pas constituer un problème pour la psychiatrie, comme nous le montre bien la clinique de l'adolescence. Le corps est, avant tout, une vicissitude existentielle pour l'être humain. Nous pensons qu'il soit fondamental de revenir à ce qui se passe, se ressent, se traverse au niveau du corps pour l'adolescent.e pris en soins en psychiatrie, c'est-à-dire, décrire un *vécu du corps*, distinct du corps physique réifié par ses seules valeurs biologiques.

Nous sommes confrontés à un embarras constant et à une utilisation défailante du langage quand il s'agit de résumer ce qui se passe pour nous, sur notre corps. On pourrait dire également : sur nous, pour notre corps. Et ce d'autant plus parce que nous manquons d'occasions pour rendre intelligible notre expérience corporelle, car historiquement et culturellement le corps n'a pas toujours été présenté comme prétexte d'un espace intime informatif et interprétatif sur soi et son intersubjectivité.

Par ailleurs, nous avons l'impression en permanence d'être et d'exister derrière nous-yeux, de vivre à la hauteur de notre tête. La vision a toujours eu un rôle centrale pour l'être humain, ce « *regard, qui est aussi indubitable que ma propre pensée* » (Merleau-Ponty, 1945) se fixe sur le corps à partir de son reflet ou de ce qui se donne à voir. La plupart du temps nous ne savons pas faire autrement que parler du corps à partir de sa réalité visuelle en face, mais donc comme détaché de nous. En tournant cela à notre avantage, nous pourrions commencer à discuter *d'image du corps*, de la représentation que nous avons de notre corps, pour assurer un accès facilité, un point de départ privilégié à l'étude du corps propre. Mais nous verrons en effet que l'image du corps n'a pas affaire uniquement avec l'image optique mais plus amplement avec la question de la perception.

La forme c'est le fond qui remonte à la surface.
Victor Hugo

L'objectif de ce travail est d'abord de réactualiser le concept d'image du corps à travers la proposition renouvelée du dessin autoportrait dans la rencontre avec l'adolescent.e, comme un support clinique et moment politique pour aborder les expériences d'attaque du corps. Nous nous orienterons à partir de là vers l'investigation des domaines existentiels, comme celui du corps, en appuyant la nécessité d'approfondir son vécu subjectif au-delà du symptôme. La menace d'autodestruction dans sa puissance que l'adolescent nous fait vivre, nous interpelle et nous indique qu'il est indispensable d'approcher la question selon des points de vue graduellement écologiques et concentriques. Nous souhaitons montrer comment le corps peut constituer en même temps un destin de fermeture et une possibilité d'ouverture. Nous devrions nous garder donc de réduire le symptôme, spécialement à l'adolescence, à un élément solidifié et diamantisé, pour préserver le besoin profond de l'être humain « *d'échapper à toute cristallisation et restriction de caractère définitif* » (Schilder, 1935). Car, l'inconvénient d'interpréter la symptomatologie des blessures auto-infligées non suicidaires uniquement sur la base des données épidémiologiques, neurobiologiques, psychopathologiques, serait à la fois de se concentrer sur le sujet adolescent.e comme intrinsèquement s'écartant de la norme, à l'égard de son développement, de son histoire de vie, de son environnement, et à la fois de reproduire un regard et une position épistémique oppressive sur les vécus corporels des adolescent.e.s. Nous tomberions ainsi dans le danger de refuser toute intrication entre un corps déjà déterminé par les invariants individuels et un corps en construction et en interaction. Nous ne ferions ainsi que répéter l'impasse dans l'émergence d'une

conscience et d'une sagesse à travers les expériences subjectives des corps et d'empêcher des conditions favorables à l'amélioration d'une attitude engagée du corps.

Chapitre I

L'IMAGE DU CORPS

1.1 LES ORIGINES DU CONCEPT D'IMAGE DU CORPS

*Ce serait une erreur de s'imaginer
que la phénoménologie et la psychanalyse
peuvent ou doivent être séparées
de la pathologie du cerveau.
Il me semble que la théorie de l'organisme
pourrait et devrait être incorporée
dans une doctrine qui voie la vie et la personnalité
comme une unité.
P. Schilder*

Au début du vingtième siècle le concept « d'image du corps » se superpose à celui de « schéma corporel ». Les deux locutions sont porteuses du même sens et sont donc interchangeables au sein du discours médical de l'époque.

Le concept de schéma corporel naît dans la branche de la neurologie, après avoir laissé de côté celui de simple cénesthésie, de pure sensation. P. Bonnier en 1902 conçoit avec le «*sens des attitudes*» la formation continue de figures internes qui permettent de localiser les parties de nous-même dans l'espace, la distribution des choses dans le milieu extérieur, mais également des choses en nous. Ce sens nous serait essentiel, entre autres, pour traduire le sentiment de «*corporalité subjective*». Le terme d'«*aschématie*» du 1905 soit « l'évacuation » d'une partie du corps du schéma corporel, est la première et fruste description d'asomatognosie. H. Head et G. Holmes en 1911 définissent le « schéma du corps » comme un ensemble des modèles enregistrés, mais également en transformation, du système musculosquelettique, une représentation tridimensionnelle, fondamentale et constituante des relations topographiques du corps entier et de ses parties, qui permet au sujet d'organiser et d'harmoniser toute afférence perceptive nouvelle. J. Lhermitte en 1929 précise que l'image du corps n'est pas achevée d'emblée pour un sujet nouveau-né : elle relève d'un processus de construction, mais au même temps elle résiste aux perturbations, comme pour le

phénomène du membre fantôme avec ou sans amputation réelle, comme suite à une lésion cérébrale, elle est aussi « *chargée de sens et d'histoire* », au point qu'il serait vain de chercher « un soutien organique » dans le système nerveux.

Dans des anciennes descriptions cliniques des lésions cérébrales du lobe pariétale de l'hémisphère droit, on se réfère précisément à un « *trouble primaire de l'image du corps* » pour expliquer le phénomène d'anosognosie, exprimée sous forme d'absence de plainte spontanée et d'attitude de désintéressement par rapport à l'hémiplégie gauche du corps, ou d'une distorsion de la perception de ce côté, qui accompagne l'héminégligence spatiale, ou pour expliquer le phénomène de somatophrénie, manifestée par l'affirmation d'appartenance de son propre membre paralysé à autrui (M. Roth, 1949). L'auteur tient à souligner que ces présentations se vérifient en absence d'un syndrome confusionnel ou d'un déclin cognitif, comme le démontrent par exemple les résultats corrects à l'épreuve de désignation des parties du corps, ou à des épreuves de mémoire épisodique. En outre, l'auteur remarque l'importance de la « *pression affective* » contre l'acceptation de l'hémiplégie ou de la paralysie qui entre en jeu dans l'anosognosie ou dans la somatophrénie. Il cite à ce titre le concept de « *répression organique inconsciente* » de P. Schilder, comparable au refoulement névrotique en termes psychanalytiques (Schilder, 1935).

Comme les neurologues de sa période, P. Schilder est aussi occupé à déceler et à interpréter des phénomènes cliniques difficiles tels que l'anosognosie, l'allo-esthésie, la dépersonnalisation, le syndrome de Korsakoff etc. Dans son ouvrage *L'image du corps* de 1935 il parle des potentiels « *effets d'un inconscient organique* » sur l'attitude psychique, attitude qui se grefferait donc sur des changements corporels organiques, et ce de manière focale ou générale. Des besoins inconscients organiques, toujours plus 'primitifs', pourraient se structurer à plusieurs niveaux de profondeur dans le système nerveux, et pourraient déclencher les désirs inconscients et conscients à un niveau supérieur. Le problème pourrait être regardé aussi inversement : des désirs et des besoins plus haut-localisés peuvent influencer des paliers inférieurs. Il dit à ce propos que les attitudes humaines conscientes et inconscientes « *se situent dans le corps* » et peuvent occasionner des nouveaux arrangements organiques. Il ajoute, tout de même, qu'étant donné le degré d'intrication à différents niveaux et que les fonctions cérébrales restent indépendantes seulement jusqu'à un certain point, il ne faudrait pas tout miser sur leur étude comme fonctions isolées pour expliquer certains phénomènes.

De la sensation périphérique au schéma corporel central, les scientifiques essayaient de ramener initialement le problème de l'objectivation des phénomènes vécus à l'intérieur du sujet, de les lire selon une boucle psycho-physiologique, le psychique pouvant déterminer le physiologique et vice-versa, de sorte que des transformations nouvelles peuvent émerger. Bien que le schéma corporel, comme système postural de localisation, soit entendu comme un réseau d'intégration neurophysiologique très complexe, important pour la connaissance de notre corps, on s'aperçoit progressivement que il ne serait pas pensable de réduire à cela la totalité de l'expérience corporelle. En effet, certains phénomènes, ne sont pas uniquement la directe conséquence de l'atteinte d'une représentation spatiale, mais ils sont, incontestablement, le produit d'une irruption de la subjectivité dans le monde (Morin, 2013). À travers l'étude des lésions cérébrales et avec le développement de la théorie psychanalytique, il se forgera de plus en plus le concept d'image du corps comme unité perceptive, structurée sur un fondement physiologique et agencée par des tendances libidinales et mis sous tension par la pulsion.

Même si dans les écrits de S. Freud n'apparaît pas le terme d'image du corps, il parle dans le texte *Le Moi et le ça* brièvement, d'un ancrage pulsionnel dans le corps d'où commencent les circuits psychophysiologiques qui sous-tendent les perceptions internes et externes. Le corps propre ne rentre pas très souvent dans le champ perceptif, sauf à certaines occasions, comme pendant un épisode douloureux d'organe, ou quand il est simplement regardé ou touché. Nous dérivons plus ou moins imprécisément une représentation du corps qui est projetée à sa surface (Freud, 1923). Nous noterons ici comme S. Freud insuffle à propos du corps les quelques bases suffisantes à être exploitées par ses successeurs au sein du courant psychanalytique mais aussi philosophique.

L'image du corps, dans la sphère de la perception, dépend du monde inanimé ou plutôt du monde qui a l'aspect de l'inanimé. Dans la sphère libidinale, elle dépend dans une large mesure de nos attitudes à l'égard des objets d'amour ou plus généralement du monde animé, ou mieux encore du monde qui a l'aspect de l'animé et de la vie.
P.Schilder

P. Schilder est un des premiers à reconnaître la complexité du concept d'image du corps et à reconnaître 'cette ouverture du sujet dans le monde', à tel point qu'il suppose une zone frontière entre le sujet et le monde où le sujet même serait en grande difficulté pour indiquer si ce qu'il éprouve appartient au corps ou au monde. Pour lui, le sujet n'est pas simplement un appareil perceptif réceptif, au sens mécaniciste, auquel des objets du monde sont présentés. Son mode

particulier d'éprouver et de percevoir est toujours en lien avec des actions intentionnelles sur le monde et cette combinaison constitue la *personnalité* du sujet. Les conduites et les initiatives du sujet, animées d'énergie libidinale, sont dirigées toujours envers quelqu'un ou quelques chose, et aussi envers le corps. Le corps lui-même est objet de perception et d'attitude. Avec des contacts perpétuellement renouvelés avec le monde extérieur, le corps est éprouvé et connu de manière corrélée. *La perception et le flux pulsionnel du sujet influencent ainsi la structuration de l'image du corps forgeant un ensemble de représentations conscientes et inconscientes du corps propre.* Cependant, nous n'avons pas trop de moyens de savoir si ces mêmes représentations sont gravées constamment dans 'un biologique' ou s'il faut les considérer parfois juste au sens 'psychologique'. Néanmoins certains aboutissements de l'image du corps peuvent aller jusqu'à influencer le schéma du corps, consistant à un phénomène dynamique également du point de vue physiologique. Les expériences perceptives du corps peuvent être aussi distordues, inversement, par l'ensemble d'imaginaires et pensées du sujet. L'image du corps dépend du vécu historique du sujet immergé dans un environnement où *les relations sociales jouent un rôle essentiel dans son élaboration.* Les images optiques gardent une place importante dans la construction de l'image du corps, mais également les expériences tactiles, les impressions kinesthésiques. Mais l'environnement n'est pas une composition neutre ou « *inanimé* » des stimuli parce que la médiation des autres personnes dans la scène perceptive ou directement sur notre corps intervient à en modifier la charge affective. Certaines parties du corps, plus que d'autres, relatives soit à la surface du corps soit à l'intérieur, peuvent être particulièrement mises en valeur par le sujet, ou certaines situations, se plaçant entre le sujet et l'objet, sont soit appropriées soit projetées en dehors, ou encore les images du corps des autres peuvent être introduites dans celle du sujet (P. Schilder, 1935).

Le sentiment de cohésion corporelle ne va pas de soi, *nous donnons sans cesse forme à l'image du corps à partir d'un assemblage et d'une désintégration continuel du matériel perceptif e libidinal,* du plus indistinct à d'unités de plus en plus claires. Quand une représentation nette se forme il y a déjà intention d'action vers la situation externe car le développement des images internes et la réaction conséquente suppose l'acquisition développementale motrice corporelle soutenant l'acte. L'unité du corps sera également rendue harmonieuse si les étapes du développement libidinal sont franchies adéquatement. Concernant les maladies somatiques, il reste très prudent quand il s'agit d'interpréter si elles sont l'expression de tendances intentionnelles profondes du sujet ou si elles atteignent le

sujet par pure coïncidence et accident, car nous n'avons pas des données précises sur comment la psyché peut influencer une fonction physiologique ni inversement (Schilder, 1935).

1.2 LES DIFFÉRENTES DÉCLINAISONS DE L'IMAGE DU CORPS

1.2.1 La théorie psychanalytique :

P. Schilder déclinera ses théorisations sur l'image du corps dans le cadre de la cure typique psychanalytique, et comme lui beaucoup d'héritiers de la théorie psychanalytique. L'image du corps en effet se perpétue et s'attache, selon lui, aux représentations fantasmatiques et à la valeur symbolique, qui sont dévoilées progressivement dans le discours langagier et dans la parole de l'analysant.

Clifford Scott développe dans sa pratique clinique, l'idée du processus perceptif centripète et centrifuge de P. Schilder (C. Scott, 1948). Il dit que l'image du corps se déploie de sa surface à sa profondeur, de sa surface « *aux limites du temps et de l'espace* ». La *surface du corps* est perçue comme un espace intermédiaire entre le monde à l'intérieur du sujet et celui à l'extérieur. Avec l'idée de cette double flèche qui part de la surface vers l'intérieur et de la surface vers les limites externes repoussés loin, nous pouvons remarquer, dans le discours du temps, les influences philosophiques d'Heidegger, de Husserl, de Merleau-Ponty, dans cette idée d'un vécu subjectif qui se noue avec un lieu, au même temps qu'il est pris dans le temps.

Plusieurs auteurs depuis convoqueront la même idée, que les troubles de l'image du corps sont associés à des perturbations de la perception du monde extérieur. Et que, les expressions de la personnalité reflètent les transformations de l'image du corps du sujet (Scott, 1951). Le modèle psychopathologique psychanalytique continue donc à développer l'image du corps en termes de structuration de la personnalité. Notamment les tests projectifs (comme le Rorschach et le T.A.T), dans leur but de projeter à l'extérieur de soi l'image du corps conflictuelle relative à la relation sujet-objet, verront leur essor comme outils évaluatifs complémentaires à la thérapie sur le divan.

Le concept théorique d'*image du corps* se renouvelle vers la fin du siècle dernier surtout grâce à deux grandes contributions : Françoise Dolto et Didier Anzieu.

F. Dolto dans son livre *L'image inconsciente du corps* du 1984 développe que la libido s'organise à travers le corps et influence ses transformations au cours du temps. Le vécu de relation avec l'autre modifie inconsciemment la relation que le sujet a avec son propre corps car il se réalise un véritable façonnement du corps sur des *images* significatives qui ont marqué le sujet, par exemple des objets concrets pris dans un scénario significatif ou d'actions provenant de l'autre en direction du sujet, ou des phrases entendues dans une situation donnée. La libido corporelle du sujet au cours du développement se fige de façon tentaculaire sur des détails saillants rémanents d'un présent en train de se vivre et se calque *plastiquement* sur eux comme si elle essayait d'englober dans le corps, comme pour les posséder corporellement, des parties marquantes d'un vécu autrement éphémère et insaisissable, mais sans pouvoir de discrimination consciente de ce qui pourrait être bénéfique ou nuisible. Ces calques de l'image du corps s'enregistrent dans l'ordre de l'imaginaire et du symbolique dans l'inconscient. Ainsi des images pathogènes du corps peuvent conditionner le fonctionnement du schéma corporel (inhibition motrice, tics, troubles du comportement, encoprésie) ; F. Dolto maintient en effet la séparation entre schéma corporel, « *lieu du besoin* », structure charnelle architecturale qui assure les contacts physiques avec la réalité, et image du corps, « *lieu du désir* ». Le corps médiatise la relation entre le sujet et le monde et participe à la trame imaginaire du vécu du sujet. Seul le langage, intercalé dans cette relation, peut recruter les images liées au corps et les réélaborer pour les intégrer à nouveau d'une manière plus harmonieuse afin de réduire la souffrance du sujet. La production artistique de l'enfant ne reproduit pas de manière 'photographique' la représentation de l'image du corps et ne peut qu'être un support à sa révélation langagière au niveau préconscient dans le dialogue. Toute composition libre est néanmoins une « *anthropomorphisation* » de l'image du corps du sujet comme vécu relationnel (Dolto, 1984). L'occurrence de lésions organiques transitoires ou permanentes peuvent faire perdre de vue l'importance du langage comme fil conducteur et réorganisateur des expériences du sujet, et, en l'absence des relations langagières qui soutiennent l'expression des fantasmes et désirs, peuvent provoquer des perturbations de l'image du corps passagères ou stables dans le temps. F. Dolto définit l'image du corps comme « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles* » et comme « *l'incarnation symbolique inconsciente du corps désirant* » (Dolto, 1984). L'image du corps soutient la cohérence narcissique dans son rapport au temps et à l'espace où les relations passées font écho dans les relations du présent. F. Dolto évoque que l'image du corps « *témoigne d'un manque à être que le désir vise à combler* » car inconsciemment elle

représente la corporéité frustrée ou castrée imaginaires dans la relation à l'autre. Dans les différentes épreuves du désir au cours du développement, par exemple pendant les phases de castration symboligène ombilicale, orale, anale, génitale non œdipienne et génitale œdipienne, les pulsions, opérantes jusque-là selon une stratégie ancienne, doivent s'arranger de façon créative dans une nouvelle modalité pour se conformer à la réalité partagée avec autrui, pour satisfaire donc des nouvelles exigences environnementales. Les images du corps pathologiques d'autrui peuvent également entrer en jeu dans l'expérience corporelle du sujet et affecter et entraver les bons ajustements de son image corporelle. Les rapports langagiers intersubjectifs structurent symboliquement les images perceptives non représentables et donnent sens à l'expérience, toujours imprévisible. Mais les mots, pour avoir une fonction structurante, à la fois dans la situation thérapeutique avec le professionnel mais aussi dans toute relation humaine, doivent être « ressentis », « conformes aux émois qu'ils étaient censés exprimer [...], chargés d'intentions capables de communiquer la vie et l'amour (ou la haine) » et pas « des mots-bruits, sans valeur émotionnelles » : « les mots, pour prendre sens, doivent d'abord prendre corps » (Dolto, 1984). Les messages signifiants réorientent l'image du corps mais matériellement et existentiellement ont besoin du corps pour se signifier, la perception non saturée de la réalité ne peut rejoindre le sujet dans le langage qu'à travers la tension corporelle et l'engagement du corps dans la relation.

Les changements dans les présentations psychiatriques cliniques, et particulièrement la fréquence des plaintes concernant une défaillance des limites ou une fragilité narcissique, ont poussé D. Anzieu à formuler dans son ouvrage « Le Moi Peau » l'existence d'une topographie autre que celle du Ça-Moi-Surmoi, et qui se rapporte plutôt à une disposition volumétrique corporelle du psychisme, c'est-à-dire que le psychisme, pour être et se sentir structuré, a besoin de savoir jusqu'où il se définit et si les bordures qui cernent son étendue sont solides (Anzieu, 1985). D. Anzieu trouve dans la *peau* la réalité idéale pour cet étayage corporel pour ses fonctions de contacts, d'échanges, pour son dénuement à double tranchant (lieu d'excitation, lieu d'agression). Et cette réalité s'avère déjà préinscrite génétiquement chez les mammifères comme manifestation d'appétit pour la contiguïté tactile, comme exigence vitale d'attachement, et comme faculté vicariante du langage. La carence dans les soins primaires a été déjà soulignée à juste titre par les psychanalystes anglais comme présage de désastre psychique. Plusieurs mises en situations expérimentales ont montré que la gestion et le rythme de cette proximité ou distanciation corporelle ont un impact sur le processus développemental d'individuation et de séparation. La pauvreté des contacts ou la surstimulation

désagréable peuvent faire surgir chez l'enfant le fantasme d'avoir transgressé « *l'interdit de toucher* » (D. Anzieu, 1985). La peau médiatise donc la recherche de contact relationnel et offre « *une double protection contre les dangers extérieurs et contre l'état psychique interne de détresse* » (Anzieu, 1985). Elle s'élabore depuis la naissance comme représentation d'enveloppe stabilisatrice des fantasmes internes et comme possibilité pour le soi d'être incorporé dans un espace intègre. Le *Moi-Peau* de D. Anzieu sert à l'enfant à se représenter, à travers ses expériences tactiles, que le contenu psychique du Moi peut se constituer parce que maintenu dans un contenant. Le *Moi-Peau* serait le substrat sur lequel l'unification des pulsions auto-érotiques vers le Moi dans la phase du narcissisme et la liaison signifiante seraient possibles. J. Laplanche et J.-B. Pontalis écrivent à propos : « *telle unité est précipitée par une certaine image que le sujet acquiert de lui-même sur le modèle d'autrui et qui est précisément le moi. [...] le narcissisme – même « primaire » - n'est pas un état d'où serait absente toute relation intersubjective mais l'intériorisation d'une relation* » (Laplanche & Pontalis, 2007). À la place d'un doux contenant de para-excitation, la peau peut devenir aussi le lieu d'excitation débordante ou de souffrance, provoquant chez le sujet la recherche d'un masochisme direct à réveiller la douleur pour retrouver l'excitation. Le *Moi-peau* alors est emblème initialement d'une peau commune avec le figure maternelle, avec l'illusion que cette dernière soit omnisciente, perpétuelle et, donc, d'avoir une peau invulnérable. Le fantasme d'être dépouillé lors de la séparation peut ressurgir si la fusion a été trop importante. Le *Moi-peau* est l'appui nécessaire à l'intégration sensorielle et à la cohérence des significations. Développer un feuillet externe suffisamment flexible mais différencié permet au bébé d'expérimenter à la fois des sentiments de voluptueuse immensité sans peur de disparaître et de volontaire repli sur soi contre l'oppressante présence extérieure. L'interface de la peau du bébé se détache progressivement de la peau commune tout en restant dépendante au début, et parallèlement se constitue un espace psychique interne et une différenciation 'soi-non soi'. Le *Moi-Peau* figure l'extension à la surface de l'enveloppe du Moi, c'est le support antigravitationnel, la délimitation sécurisante qui filtre et fractionne les échanges, qui assure l'instinct d'attachement des premières interactions entre la figure parentale et le bébé. La peau contribue à la fonction de communication et non seulement au besoin d'autoconservation. Le *Moi-Peau* est le connecteur de fond des diverses sensations et fait naître régulièrement dans ses interstices des figures d'intégration, qui sont centralisées et constituent la base des processus de symbolisation. Bien que D. Anzieu fasse plusieurs rapprochements entre fonctions biologiques de la peau et le *Moi-Peau*, les métaphores siègent au niveau psychique et sont de l'ordre de l'imaginaire. Il voit dans la peau un

générateur fondamental de représentations, ces dernières, par contre, prenant la forme '*représentable*' uniquement une fois arrimées dans le Moi '*psychique*' et uniquement à travers lui.

1.2.2 La psychosomatique :

S. Freud avec ses études sur le trouble de conversion et sur les symptômes somatiques névrotiques a contribué au développement de la psychosomatique.

La psychosomatique connaît deux principales issues théoriques : la psychosomatique psychanalytique de l'École de Paris et la médecine psychosomatique de l'École de Chicago. La première école défend une idée du symptôme et de pathologie somatique comme un résultat d'une fragilisation des défenses névrotiques, démunie de toute valeur symbolique. Pour cela, les psychanalystes psychosomaticiens ne s'occupent pas proprement du corps physiologique mais ont pour visée de remettre en mouvement la vie fantasmatique et solidifier l'organisation structurale psychique pour éviter le plus possible la chute régressive au niveau organique. La deuxième école, en revanche, part du modèle conversif fonctionnel neurologique pour explorer les coïncidences temporelles et de localisation corporelle d'un symptôme, qui n'est pas une expression directe de la vie psychique, comme point final de la ramification nerveuse naissant du cerveau, ni est pourvu d'une signification psychologique ou symbolique en soi, ni ne correspond à une défense organique. La lésion organique sous-jacente au symptôme, comme ses complications, suivent des lois propres du corps biologique. La partie du corps 'épinglée' par le symptôme a gagné pour le sujet une représentation mentale spéciale selon l'expérience perceptive singulière avec cette partie du corps (par exemple avoir vécu, à un moment donné, l'expérience d'une nausée devant un spectacle dégoûtant) et selon ses facteurs de prédisposition. L'être humain a également une propension à la fois à amasser et projeter une expérience émotionnelle sur un objet physique, et à traduire en fantaisie mentale les expériences par rapport aux propriétés physiques perceptives d'un objet ou d'une situation (une sorte de rétroprojection). Les parties du corps imprégnées de traces mnésiques sont donc les plus à même d'être réactivées, à l'occasion, et devenir le vecteur communicationnel de nos désirs inconscients (G. L. Engel, 1968). Sur la primauté de l'expérience perceptive G. L. Engel, médecin interniste, fondera la très connue théorie bio-psycho-sociale (Bolton, 2020)

1.3 LE REGARD CROISÉ DE LA PHILOSOPHIE SUR LE CORPS

Historiquement, c'est seulement dès la fin du dix-neuvième siècle que le corps devient un objet d'enquête philosophique et aussi une méthode d'investigation. Le corps est appréhendé désormais comme un nouveau catalyseur de lecture qui permet de modeler des nouveaux concepts et de réinterpréter des anciens débats philosophiques. L'éloquent changement de perspective par rapport à l'ancien dualisme 'corps-psyché' a été accompli par le courant de la phénoménologie. La phénoménologie introduit les plans de l'existence et de la conscience, comme tenseurs capables de mettre en dialectique et de faire converser le psychisme et le biologique réciproquement, au point que l'un ne serait possible sans l'autre.

1.3.1 Merleau-Ponty et la phénoménologie du corps

Merleau-Ponty, dans son livre « La Phénoménologie de la Perception » du 1945, souhaite poser comme problème fondamental de la philosophie, mais également de chaque science, les conditions mêmes qui font que nous sommes « *dans la conscience* », afin de ne perdre de vue tout parti pris concernant le savoir.

Notamment, il démontre philosophiquement que les connaissances se basent sur « *le préjugé du monde objectif* », c'est-à-dire, l'existence, en dehors de nous, d'un monde déjà réglé par des lois extrinsèques et intelligibles entre les différents objets, qui serait à nous de dévoiler. Selon cet apriori, le « *texte* » de ce monde objectif serait présenté point par point et de manière constante à nos récepteurs : les objets du monde sont des objets juxtaposés, purs et jamais ambigus, que nous pouvons donc transposer dans la conscience de façon immédiate pour les analyser.

Merleau-Ponty en revanche nous dit que la perception est avant tout une « *relation* », et non des stimuli séparés. La pure impression, pendant l'acte de perception, « *n'est pas seulement introuvable, mais imperceptible donc impensable* », nous pouvons la retrouver seulement à posteriori, quand opérons une déconstruction de la connaissance. Dans l'expérience perceptive n'est pas possible prendre de l'avance en délimitant les éléments sensibles, définis par exemple par des propriétés physico-chimiques, par des coordonnées historiques, par des agencements logiques. Au niveau du sujet, il y a déjà des liaisons internes, dont l'organisation est nouée d'un *sens*, du fait qu'elle est créée par l'acte même d'engagement du sujet dans le monde qui provoque l'apparition du monde lui-même. Le

cerveau « devient le lieu de la mise en forme qui intervient même avant l'étape corticale (de la perception) et qui brouille de l'entrée les relations du stimuli et de l'organisme », il conditionne le résultat de la perception, qui n'est donc pas une coïncidence synthétique et assemblage probable de points présents en dehors de lui, mais constitution présente à partir d'une certaine position assumée et affective. La conscience ne peut pas connaître les événements psycho-physiques corticales pendant la réalisation perceptive mais elle peut en avoir une intuition, par exemple, en accomplissant un mouvement. C'est parce que le sujet est « pris dans le monde », c'est parce que il y est agglutiné, au point qu'il est incapable de prendre du recul, qu'il est impossible, dans l'acte même de perception, de transformer le monde en objet instantanément, pour pouvoir le manier, le désarticuler, déterminer ses constituants pour les substituer et en produire une représentation plus complexe, pour vérifier, pour juger ce qui est projeté de son passé, pour pondérer les influences du milieu, malgré tout ce qu'il a appris à associer et à inférer scientifiquement. Le monde n'est pas déjà là pour confirmer un savoir prédéterminé présumé mais inaugure le savoir lui-même. Merleau-Ponty inverse la temporalité disant que c'est artificiel penser que les résultats derniers de la connaissance scientifique soient intervenus à l'origine de l'expérience : elle n'est pas ni absolue, ni en aucun cas préexistante et antérieure. De plus, pour le fait que le sujet adopte un point de vue unique qui exclue en même temps les autres points de vue possibles, et pour le fait que dans le flux existentiel du monde il y a toujours un « bougé », qui échappe à la mise en forme subjective, que l'apport de la mémoire ne pourra combler ni antéposer, le sujet sera confronté à une partie « d'indéterminé », d'équivoque, à des lacunes, dans son expérience.

Dans la métaphore de la « figure » et du « fond », que Merleau-Ponty emprunte à Bergson et à la Gestalt-théorie, nous indique que pour qu'un groupe des qualités nous amène à délimiter des bords et des contours de sorte qu'une figure se détache du fond perceptif panoramique, il faudrait que cette figure exerce un rôle pour notre connaissance, que cela ait un sens « pour moi », que cela nous signifie quelque chose. Pour que quelque chose soit saillante dans l'horizon perceptif, les structures corticales et celles du corps doivent s'être déjà organisées dans un élan intentionnel : la conscience est une conscience « intentionnelle ». Dans le monde il y a comme un « ordre immanent » teinté d'un « sens irréductible » qui, seulement une fois configuré selon les intentions particulières activées par un sujet, et par d'autres sujets comme lui, est capable de donner les réponses impossibles à faire émerger jusque-là, et de résoudre « un problème qui n'était posé que sous la forme d'une vague d'inquiétude ». Le phénomène jaillit selon la prestance du sujet à l'accueillir et à s'ouvrir à ce qui peut figurer, l'intention du sujet fait que les choses mêmes aient un sens. Le phénomène demeure une unité

perceptive car il y a une relation intrinsèque entre le sujet percevant et l'objet perçu. Puis, dans l'existence interviennent « *le temps* » et « *le langage* » dans la mise en comparaison de mon expérience immanente avec mes visions précédentes et celles d'autrui. L'attention a été confondue, selon Merleau-Ponty, avec la conscience intentionnelle. L'attention n'est qu'une opportunité neutre, un outil, qui offre un champ où le sujet peut positionner une nouvelle combinaison entre les figures, mais dans un aucun cas elle saurait vers quoi se diriger. Ce qui oriente le sujet dans son élan intentionnel, ce qui le motive à la recherche de quelque chose, semble à la fin se comprendre dans l'acte même de perception du phénomène, qui éclaircie la motivation et l'affinité subjectives. Par contre, la science avait cru que chaque pas effectué pour se rapprocher d'une composition non déterminée aurait servi à marcher vers une plus grande lucidité, que l'enchaînement des expériences pourrait à fur et mesure ôter toute contradiction et reconstruire dans une connaissance complète, sans trous d'informations, un texte exclusif du monde. Ainsi les corps, comme les psychismes, se sont retrouvés embarqués dans cette puissante conviction de pouvoir les saisir une fois pour toute dans le monde « *en soi* », donc objectif et préexistant. Le monde du « *pour soi* », de l'expérience subjective, a été balayé à cause du fait que la science et la philosophie ont survolé sur leurs préjugés initiaux. Merleau-Ponty milite alors pour un retour au « *monde vécu, en deçà du monde objectif* », au monde comme il est donné à l'état naissant à la conscience, intissée d'affects, dans sa spontanéité constitutive, qui reconnaît le besoin du sujet à aller vers quelque chose et l'ignorance et l'oubli nécessaires pour qu'il trouve quelque chose de nouveau. La perception est une « *logique vécue* », « *signification immanente* » et « *subjectivité authentique* ». Le retour aux phénomènes mêmes, donc le retour au « *pour soi* » au sein du « *l'en soi* », permet de donner sens également aux opérations de la science et d'étudier ses sous-entendus, car il accompagne l'étude de la dialectique entre « *naturé-naturant* », « *réfléchi-réfléchissant* », « *constitué-constituant* », donc aussi entre le psychique et le physiologique.

Selon Merleau-Ponty, le corps n'est pas un objet comme les autres, mais il a eu le malheur de tomber dans le piège du seul traitement objectif. Le corps est la prérogative première de la perception du sujet, les choses se dévoilent à la conscience parce que le corps est là à lui donner un certain point de vue et à ancrer le sujet dans une assise géographique pour pouvoir se dégager mentalement et commencer à explorer. Le corps-même s'offre au sujet toujours en dessous de lui, toujours à côté de lui, il ne pourrait jamais être ailleurs. Il précède le sujet dans la mesure où il est fait de la même matière du monde, il est disposé ordinairement parmi les choses physiques et il est

subordonné aux mêmes conditions, il installe le sujet dans la contingence de son écosystème. Seulement, dans le vif de la perception instantanée le sujet ne se préoccupe pas du corps, ne peut pas en prendre une connaissance éloignée. Le corps peut devenir un objet « *en soi* » seulement quand le sujet le manie de manière impersonnelle comme objet générale à la troisième personne. Du fait de cette exclusion à la conscience, Merleau-Ponty distingue « *corps physique* » et « *corps propre* ». Le corps propre ou la « *chair* », le corps du « *pour soi* », participe à la vie pré-objective et pré-réflexive de la conscience, il participe à la tension naissante intentionnelle, il suppose une implication directe, donc non seulement sert dynamiquement le sujet dans son élan, mais est partie essentielle à la création de la forme préalable qui prépare la perception. Le corps physique, le corps de « *l'en soi* », est soumis à des rythmes et transporté anonymement dans le flux du « *temps impersonnel* », il est le corps matériel, il devient une généralité, il est le croisement d'une multitude des stimuli banales et facteurs de causalité au quotidien, il ne voue pas à chaque instant une vision extraordinaire et nouvelle du monde : dans ce sens « *la plupart du temps l'existence personnelle refoule l'organisme* ». Par contre sans prévenir le sujet, il devient action pure quand il se sent en danger, au point que le sujet lui-même coïncide à ce moment-là avec tout son corps, il se sent vivant tout d'un coup. Dans le livre « *l'Œil et l'Esprit* » du 1964, Merleau-Ponty dit que le corps est à la fois « *voyant* » et « *visible* », il est témoin et pris en même temps dans la perception d'autrui. De plus, il dit qu'il ne s'ignore pas à lui-même, mais il « *se voit voyant* », non à la manière d'une spéculation sur soi, mais selon une clarté immédiate et narcissique. Du fait que le corps et le monde sont fait de la même « *éttoffe* », il en résulte que le corps participe au monde, il ouvre devant lui un tableau qui résonne en lui parce que, en réalité, il s'aperçoit qu'il s'insinue déjà parmi les choses et vice-versa, une véritable distance est annulée, ils sont, réciproquement, leurs propre flagrante analogie. Merleau-Ponty nous rappelle aussi que l'ambiguïté profonde existentielle de l'expérience naît du fait que nous avons à faire à un corps pris dans le temps.

Merleau-Ponty lit le phénomène du refoulement comme un processus existentiel universel qui a affaire avec le « *temps personnel* » : des faits historiques personnels peuvent créer des nœuds dans l'existence singulière, ils peuvent être maintenus à structurer le regard du sujet de façon à que ce dernier recherche implicitement dans l'horizon actuel ce passé impossible, non tant en remplaçant les nouveaux contenus des expériences du présent avec le souvenir traumatique mais en forgeant une certaine forme de la conscience, un certain « *style d'être* ». L'ouverture au choix des univers possibles est toujours disponible mais le sujet y renonce pour retrouver ce qui lui échappe du

monde passé spécifique. Il suffit quelques indices semblables dans le présent pour raviver cette recherche, mais la mémoire « *ne serait pas mémoire si l'objet qu'elle construit ne tenait par quelques fils intentionnels à l'horizon du passé vécu* ». Le corps dans le présent peut être confronté tantôt à des situations habituelles pour lesquelles il a acquis des réflexes et tantôt à des situations plus exceptionnelles qui font que l'histoire personnelle peut être réécrite ; un acte instinctif peut donner un nouveau virage à la vie, comme un autre acte peut devenir un comportement automatique tacite. Un mouvement corporel n'est pas seulement un pur hasard organique, il se rattache en quelque sorte à une intention, comme, d'autre part, une pensée naît toujours, de quelque manière, d'une configuration physiologique. Si les habitudes traduisent un acquis et un auparavant, elles ne sont pas non plus une fatalité. L'événement historique, qui déséquilibre la stabilité et crée des nouvelles forces, nécessite, pour s'avérer, une facticité mondaine.

Le schéma corporel est la potentialité qui garantit la perception, qui permet qu'un mouvement se déploie vers l'extérieur, qui assimile et mobilise, avec l'efficacité d'un génie, toutes les parties du corps, pour suivre le sujet dans ses projets, il recule et il se ramasse au fond de l'espace pour que le sujet se lance avec son action afin de faire apparaître ce qui est complémentaire de sa vision particulière dans le monde. Bien que Merleau-Ponty ne se réfère explicitement pas à l'image du corps, au niveau du vécu existentiel du corps, il estime que l'image du corps et le schéma corporel se confondent. La perception consisterait en une dialectique perpétuelle entre corps-sujet et corps-objet, le corps sentant et le corps senti constituent une chair sensible qui s'enroule sur elle-même pour desserrer l'opportunité des expériences ou qui se place au premier plan pour être objet de réflexivité (Merleau-Ponty, 1945).

Merleau-Ponty est en accord avec la psychanalyse pour le fait d'avoir inclus fondamentalement l'Éros à l'existence humaine : les attitudes sexuelles ne sont pas seulement des fonctionnalités d'un corps biologique ni seulement des idées d'un psychique cognitif. L'expérience érotique sous-entend une signification particulière qui parle de cet envahissement vital du sujet par la libido comme force totale. La conscience intentionnelle de la libido ne s'apparente pas aux autres situations de conscience. Des actes et des objets prennent un sens distinct selon la manière subjective d'habiter sexuellement le monde. À travers l'interprétation sexuelle des symptômes nous ne faisons que dévoiler les relations que le sujet a avec les autres et par rapport au temps. Le 'symptôme hystérique' n'est pas une traduction parallèle d'un état interne que le sujet refuserait d'avouer, mais

est transfiguration physique de l'oubli d'un souvenir significatif concernant ses relations à autrui. Sa résolution ne se fait pas par un acte de volonté ou par une application cognitive, mais le symptôme prend sens pour le sujet seulement dans une relation d'alliance profonde avec le médecin. L'élaboration psychique se réalise non pas dans le plan du monde objectif mais en se calant au niveau du monde pré-objectif, grâce à l'entrelacement des existences humaines. Le passage du signe corporel à l'expression verbale qui donne le sens n'est pas direct parce que, au milieu, proprement, il y a le corps qui incarne l'existence ; donc la voie que prendra l'existence pour opérer la mise en signification dépendra plutôt de l'avènement sélectif et successif des rencontres significatives. Merleau-Ponty suggère que redescendre dans son corps « *en soi* » pour observer les sensations, les changements rythmiques de ses organes, se laisser absorber par le plaisir ou la douleur, aide à puiser encore plus dans ses intentions, pour les réactualiser dans la vie perceptive du « *pour soi* ». Merleau-Ponty dit que le vrai « *drame existentiel* » est notre souhait d'être « *vu comme un sujet* » alors que « *je peux être vu comme un objet* » du fait que nous avons un corps physique. Finalement, donc, la « *chair* » de l'autre est la chose la plus difficile à percevoir.

Dans la théorie de Merleau-Ponty nous retrouvons d'un côté le schéma du corps, qui est le prérequis inné qui propulse le sujet à mouvoir afin de percevoir, et le corps propre qui appartient au plan du 'pour soi', premier véritable contact existentiel avec les choses, non seulement comme écorce d'un noyau central mais comme une vraie « *sentinelle* » prise dans le « *tissu du monde* ». Le corps propre se fait trace des choses dont il fait l'expérience, ainsi l'image du corps, chez Merleau-Ponty, prend la consistance et la tridimensionnalité de la 'chair'(Merleau-Ponty, 1964).

1.3.2 Les autres contributions :

Selon S. Gallagher le schéma du corps correspond à la *performativité non consciente* du corps (Gallagher, 1986), dans le sens que nous ne pouvons pas rendre 'transparente' à la conscience intentionnellement la chaîne physiologique sous-jacente à nos mouvements ; en revanche, nous pouvons observer l'accomplissement d'un mouvement coordonné ou accéder intellectuellement au savoir scientifique concernant la physiologie du mouvement. Ce qui peut parfois être consciente c'est l'intention d'un mouvement, mais maintes actions dans la vie de tous les jours se réalisent de façon automatique et démontrent que le corps ne fait pas toujours partie de notre perception consciente. Au-delà de la cascade motrice, toutes les autres fonctions physiologiques (endocrinologique, cardio-respiratoire etc.) ne peuvent pas être expérimentées consciemment ; elles

participent à l'intégration des stimuli de l'environnement et y répondent, donc opèrent en dehors du champ perceptif et font partie de nos capacités innées. Le corps dans le mode comportemental est engagé dans le monde avant tout à un niveau « pré-réflexif » (Gallagher, 1986), et notre conscience ne porte pas attention au corps jusqu'à que le moment propice se présente : comme dans le cas d'un effort physique inconfortable, de la douleur, du plaisir, d'une visite médicale, d'une volontaire focalisation sur une partie du corps. Pour Shaun Gallagher, l'image du corps comprend donc tous les cas où le corps devient objet intentionnel de la conscience. Tout type de représentativité du corps, explicite et autoréférentielle, qui peut devenir à un moment donné consciente, comme les informations perceptives conscientes, les opinions sur son propre corps, les réflexions sur sa performance, les tendances émotionnelles, les souvenirs relatés au corps, sa compréhension intellectuelle, rejoignent la rubrique de l'image du corps. Le schéma corporel bien évidemment contribue à déterminer certaines représentations conscientes. En effet, au niveau comportementale et existentiel, donc au niveau du *vécu du corps*, le système de l'image du corps et celui du schéma corporel interagissent continuellement, l'un se faisant support de l'autre, au point que dans la vie pré-noétique nous faisons difficilement l'expérience de cette distinction (Gallagher & Meltzoff, 1996) (Gallagher, 2023).

S. Gallagher et al. soulignent cette différence entre schéma du corps et image du corps pour préciser ce qui peut devenir un contenu de conscience, subjectif et partageable avec autrui, et dont on pourrait en extraire une donnée, se référant en particulier aux situations scientifiques d'essai expérimental.

Une autre question encore est de savoir comment les expériences corporelles mutent en représentations signifiantes, et quelle serait leur topographie, en particulier, est-ce que on pourrait postuler une topographie signifiante « de haut niveau » (de l'ordre des processus primaires et secondaires de Freud) également au niveau du corps ? La philosophie du corps s'intéresse proprement à « *la façon dont le corps produit des significations psychiques même tacites, implicites et incorporées, sans réduire le contenu psychique à une donnée neurobiologique* » (Andrieu et al., 2010). Elle entend la complexité de ce processus postulant globalement un inconscient corporel (qui regroupe l'habitus, le langage non verbale, l'appropriation technique et culturel du corps), cognitif (dans le sens psychanalytique) et cérébrale (quand des informations restent tacites au traitement neurophysiologique cérébrale même). Le sujet reste un système ouvert aux imprégnations

socioculturelles mais il détient des invariants biologiques. Quelque chose se trame au niveau du corps qui est de l'ordre de l'irreprésentable ; ce contenu encore non intelligible, antérieur à toute possibilité d'objectivation, il ne se dévoile qu'à petit pas, il se prépare progressivement à être dit. D'autres philosophes partiront ainsi de la phénoménologie corporelle de Merleau-Ponty pour développer et approfondir des points théoriques ou pour chercher des applications pratiques (B. Andrieu, 2010).

Comme énonce Dorothée Legrand dans son texte « Le soi corporel » du 2005, il faut reconnaître que le corps garde cette particularité unique de ne pas se relationner à soi-même comme n'importe quel autre objet du monde extérieur. Elle reconnaît la conscience corporelle comme « *une forme authentique de conscience de soi préréflexive* » (conscience de soi qu'elle appelle « *soi corporel* »), qui ne passe pas donc par la réflexion du corps comme objet. Le sentiment de subjectivité, c'est-à-dire éprouver le fait d'être le sujet de la conscience de soi-même sans aucun doute, est éminemment préréflexif pour tout être humain : cela, c'est la conscience préréflexive. Nous en faisons l'expérience sans devoir y réfléchir pour répondre, nous n'avons pas besoin de nous référer à nous-même dans notre conscience pour savoir dire que 'c'est moi la conscience qui se pense' (quand je parle à la première personne sans m'en rendre compte, quand je suis envahi par des images mentales sans me dire « je suis en train d'imaginer que.. », je suis sujet de la conscience et de mon expérience intuitivement). Est-ce que on pourrait rapporter cette *évidence* également au corps ? La conscience de soi réflexive, à l'inverse, c'est quand le soi devient contenu de la conscience intentionnellement. Elle affirme donc que y a une partie de l'être soi-corps qui a des « *propriétés subjectives* », qui est « *sujet* », qui est « *conscience du corps-sujet* », ou « *corps expérimentant* », ce qui correspond au corps propre merleau-pontien, qui participe à l'élan intentionnel de la personne vers le monde, qui peut viser intentionnellement aussi le corps-objet, toujours de manière préréflexive, parmi tous les objets du monde. Le corps ne devient pas uniquement objet intentionnel de la conscience de soi réflexive. Le corps comme sujet peut faire aussi, cette fois-ci de manière non intentionnelle, l'expérience de lui-même comme sujet. En expérimentant le monde, le corps est un corps-sujet malgré lui, dans le sens que, en vivant, il s'oublie à lui-même, tout en restant évident intuitivement à la conscience de soi. L'expérience corporelle alors participerait en partie à la constitution de soi. Une action n'est pas attribué à soi, devient proprement constitutive de soi. Parfois il devient un corps-objet quand il est visé intentionnellement par la conscience du sujet. Dorothée Legrand dit que les situations expérimentales jusque-là n'ont pas réussi à étudier la conscience corporelle préréflexive, mais

seulement la conscience observationnelle. Selon elle, quand les personnes disent qu'elles sont peu conscientes de leurs propres actions, elles se réfèrent à la conscience observationnelle (Legrand, 2005) (B. Andrieu, 2010).

N. Depraz, F.J. Varela, P. Vermesch ont croisé leur regard pour essayer de formuler une pragmatique de la phénoménologie corporelle à visée épistémologique. Ils étudient alors « *l'épochè* » c'est-à-dire le « *processus par lequel advient à ma conscience claire quelque chose de moi-même qui m'habitait de façon confuse et opaque, affective, immanente, pré-réfléchie* » d'un point de vue pratique. Il y a toujours un vécu corporel antérieur qui forme une sorte d'habitude du mouvement, de gestuelle, d'attitude du corps et un vécu actuel référé à une situation nouvelle. La pratique propose de commencer par le vécu présent : elle implique une intuition interne à partir d'une action qui génère un état de « *suspension* », puis la validation et le début de l'explicitation. Cette possibilité présume déjà un accès transcendantal intentionnel : cela peut advenir à travers une injonction personnelle, plus ou moins avec la présence d'un facteur déclenchant, à travers l'aide du discours de l'autre et par inférence des comportements d'autrui. La répétition de l'exercice rend capable la conscience de devenir 'réfléchissante' pendant son action corporelle à la première personne, où la chair se rend lucide par « *couches successives* » au sujet grâce à l'exploit de ressources présentes à l'intérieur du sujet et grâce à la pratique de « *l'attente* ». À ce niveau infra-conceptuel se déroule un « *sens corporel* » qui rend compte d'un vécu actuel mais qui n'est pas encore objectivable. L'apprentissage de ce type de « *lucidité* » prévoit, donc, un exercice de l'immanence en cours d'action, d'un repli sur soi pendant l'agissement même, ce qui pourrait paraître incompatible à un premier abord et faire imaginer plus un exercice dans l'immobilité. Le résultat attendu est que les expériences successives seront accueillies différemment et que les actions envers le monde seront de plus en plus « *incarnées* ». « *L'énaction* » est la constitution des pensées cognitives à partir de l'inscription corporelle et l'inscription schématique physiologique des actions, qui découlent d'un contexte biologique et culturel. Les auteurs étudient les méthodes capables de produire chez le sujet ce changement de conscience attentionnelle interne (N. Depraz, F.J. Varela, P. Vermesch, 2000) (B. Andrieu, 2010).

On retrouve également une théorisation sur le corps dans la constitution de la philosophie du genre (J. Butler, M. Wittig, E. Dorlin, P. B. Preciado) ou dans la tentative de répondre aux questions éthiques du corps consentant (M. Marzano).

1.4 RÉSUMÉ À USAGE CLINIQUE :

En principe, l'élaboration du concept du *schéma corporel* dans le cadre des lésions neurologiques, soutenait que son développement passait par une en 'collection' d'impressions extéroceptives et de changements proprioceptifs. Puis, le schéma du corps commence à être considéré comme la régie sensori-motrice préexistante, comme un diagramme interne constitutif de l'être, comme prérequis fonctionnel moteur, qui se développe de manière homogène, sauf atteinte organique, et demeure évolutivement *assez* stable parmi les individus. Cependant, le schéma corporel s'achève grâce aux expériences. Les différents segments anatomiques du corps, s'orientant et se coordonnant dans l'espace, exaltent le sentiment de pouvoir d'agir et de transformation. Les choses du monde, prenant également une place en nous, contribuent au sentiment de subjectivité. Ce principe organisateur donnerait lieu à une représentation interne consciente et inconsciente du corps, configurée par des images mentales et linguistiques. Entendu ainsi, le concept de schéma corporel sera approfondi en particulier dans le champ de la psychologie expérimentale et de la psychomotricité dans les études sur le développement de l'enfant. Notamment nous retrouvons les épreuves d'imitation du geste, les épreuves de coordination et d'efficacité motrice, de dénomination des parties du corps sur soi et autrui, le test de représentation graphique de F. Goodenough « Draw-A-Man » etc.

Il s'opère progressivement une scission entre le concept de schéma corporel et celui l'image du corps.

Parallèlement, le concept d'*image du corps* en psychiatrie était intervenu pour rendre compte de l'expérience subjective, non tant comme reconstitution interne d'un dehors, mais d'unité perceptive et d'engagement relationnel du sujet. En effet, les comportements humains et les présentations cliniques ne pouvaient pas être expliqués uniquement par des modifications du schéma neuronale inné et figuratif du corps. Pour F. Dolto et D. Anzieu, comme déjà anticipé par P. Schilder, le corps est intermédiaire entre le soi et le monde et il synthétise dynamiquement la participation libidinale et médiatise le contact et les échanges émotionnels entre les individus. Ainsi, l'utilisation fonctionnelle du corps peut être entravée par un imaginaire inconscient qui a intégré, d'une manière subjective, les expériences historiques singulières, symboliquement structurées par le langage. La peau, par

première, incarne l'extension de notre subjectivité intime et mémorise les empreintes de relations avec les autres. Le concept d'image du corps prendra diverses voies autonomes qui progressivement se ramifient en même temps qu'elles s'entremêlent. Cependant, tous les contributeurs accorderont à l'image du corps, plus au moins explicitement, sa fonction essentielle de *synthèse relationnelle*.

Nous maintiendrons la séparation conceptuelle entre image du corps et schéma corporel au cours de ce travail, néanmoins nous considérons qu'il existe une incontestable inter-indépendance entre les deux, de sorte que à certains points l'image *inconsciente* du corps se chevauche au schéma corporel inconscient.

Merleau-Ponty dépasse l'empirisme (ou réalisme), soit la coïncidence entre les objets représentés et les objets réels, qui réduit la conscience à une boîte à l'intérieur de laquelle défilerait une reproduction du monde extérieur, et de l'intellectualisme (ou idéalisme), soit la doctrine qui postule le monde extérieur comme l'accomplissement et la réalisation ordonnés par des structures internes. Merleau-Ponty avec la phénoménologie du corps franchit la barrière entre ensemble de 'représentations' internes propres de l'esprit et le monde extérieur. Merleau-Ponty rend au schéma du corps sa corporéité et son épaisseur, le corps n'est plus seulement quelque chose de sectionnable mais il fusionne avec la conscience subjective, il est intriqué avec les choses du monde au point d'effacer la frontière du dedans et du dehors. Il participe à l'assise temporelle et spatiale du corps, dont il sert les intentions dynamiques dans le monde actuel. Nous avons l'illusion que nous allons posséder des images visuelles du monde extérieur, que nos yeux visualisent là-bas dans l'espace, alors que notre corps, en réalité, nous révèle que nous avons déjà les pieds dans la profondeur charnelle des choses.

Merleau-Ponty et S. Gallagher accordent au schéma corporel une antériorité existentielle au moment de la perception et un lien strict avec l'action. Comme suggère précisément Shaun Gallagher la confusion conceptuelle initiale entre schéma corporel et image du corps reposait sur l'ambiguïté de savoir jusqu'à quel point nous avons une expérience du corps comme objet intentionnel de la conscience : notamment, au niveau scientifique, les essais cliniques avaient posé le problème de ce que le sujet peut décrire du corps, qu'est-ce que le sujet peut rapporter de son expérience corporelle, qu'est-ce que les investigateurs peuvent connaître du rapport au corps

d'autrui et qu'est-ce qui est objectivable (Gallagher, 1986). Il en est la preuve que d'autres termes apparaissent dans la littérature à paraphraser de façon adjointe les deux concepts initiaux, comme le terme de « body concept », « body ego » ou « body awareness », etc. Les ponctuations philosophiques de S. Gallagher nous sont utiles pour noter comme, d'un côté, au sein du courant psychanalytique, de façon cohérente à ses principes, l'image du corps, est envisagée dans un lieu psychique, fluctuant temporellement et spatialement entre les structures de l'inconscient, préconscient et conscient, et se manifeste comme phénomène ontologiquement 'désordonné' et dynamiquement traduit au niveau représentatif imaginaire et langagier symbolique. De l'autre côté, dans les essais cliniques, l'image du corps est encadrée forcément comme contenu-objet de la conscience, dans un postériori réflexif attentionnel, phénoménologiquement 'figé' et 'mis à distance' par rapport à l'expérience immédiate, 'épuré' en une sommation précise de pensées, émotions et actions.

Il existe une sorte d'exclusivité fondamentale au niveau du *corps vécu* : soit le corps expérimente le monde comme corps-sujet, soit il est expérimenté par le sujet comme corps-objet (Legrand, 2005). Ceci implique que, quand nous créons artificiellement une situation d'évaluation ou thérapeutique avec le patient, pour qu'il puisse se référer à son corps comme corps-objet, irrémédiablement, nous extrayons le sujet de son expérience vécue et donc de sa position de corps-sujet expérimentant le monde. Ce constat philosophique nous semble important pour questionner les relations entre image du corps et corps proprement dit.

Premièrement, le corps vécu comme corps-sujet, correspondant à la situation du corps percevant, intelligible à lui-même, ne peut être en aucun cas saisi intentionnellement par le sujet car le corps-sujet existe éminemment comme « conscience corporelle de soi pré-réflexive » (Legrand, 2005). Nous pouvons néanmoins accéder, phénoménologiquement, à l'image du corps, comme une situation où le corps (et son vécu) devient objet parce que intentionnellement visé par le sujet, en gardant un point de vue subjectif direct, comme pendant les entretiens, ou subjectif indirect, comme pour l'auto-questionnaire. Dans la situation psychanalytique, si nous prenons l'exemple de la cure-type, le corps est appréhendé comme contenu-objet implicite ou explicite au niveau inconscient ou conscient même si l'expérience est racontée à la première personne : dans ce cadre l'image du corps n'est plus tant ce qui apparaît comme expérience consciente du corps, mais comme ce qui est visé (consciemment ou inconsciemment) intentionnellement et de manière réflexive par le sujet. Dans la

situation expérimentale le corps est étudié comme contenu-objet et comme référence à soi explicite, réflexive et consciente. Par ailleurs, l'expérience du 'pour soi', du corps comme sujet, participe indirectement à la constitution d'une certaine image du corps, car le corps est constitutif du soi au niveau pré-réflexif. Ainsi, le vécu préréflexif détermine le moment réflexif, mais seulement dans un *après-coup*.

Deuxièmement, nous souhaitons relever un autre limite, celui du langage. Freud décrit, dans le livre *L'inconscient*, comme, dans notre esprit, les expériences de relations d'objet sont représentées sous différentes formes d'image (acoustique, visuelle, tactile) alors que dans le signe linguistique le signifié se relie au signifiant uniquement à travers l'image acoustique (Freud, 1915). La parole exprimée ne correspond pas, dans la forme, exactement au contenu psychique. Cela signifie que, quand il s'agit d'analyser la perception des relations d'objet, nous opérons forcément une simplification et un arbitrage du discours pour trouver un terrain *d'entente* et de partage (par exemple lors de la narrativité orale, dans les questionnaires d'auto-évaluation, etc.) et cela se reproduit également quand il s'agit du corps pris comme objet.

Le sujet vit les expériences avec son corps vivant. L'expérience corporelle a une valence narcissique, le corps expérimentant les choses, prend évidence de soi-même. Si l'expérience ne passe pas d'abord par le corps elle ne pourrait pas être élaborée. Alors, le cheminement du vécu, de la conscience préréflexive corporelle au soi réflexif (conscient ou inconscient), est la condition nécessaire pour l'élaboration de l'expérience. Ceci, nous permettra d'appréhender les attaques du corps à l'adolescence sous l'angle de l'*agentivité* (García & Arandia, 2022; Presti et al., 2023).

LES INSTRUMENTS DE MESURE

Comme observe M. Bruchon-Schweitzer les méthodes évaluatives de l'image du corps sont très hétérogènes et étudient globalement les références autour du corps contenues dans les données verbales, comme interroger le niveau de la connaissance consciente ou les croyances subjectives, ou encore le niveau de satisfaction (M. Bruchon-Schweitzer, 1987).

Nous allons présenter les abords les plus emblématiques.

2.1 L'IMAGE DU CORPS DANS LES ESSAIS CLINIQUES

S. Fisher et S. Cleveland combinent dans leurs essais cliniques théorie psychanalytique, médecine psychosomatique et valence symbolique de l'expression somatique (Fisher & Cleveland, 1956). Ils hypothétisent que les patients présentant des symptômes somatiques sur les couches corporelles plus extérieures (comme la peau et le système musculosquelettique) diffèrent de ceux qui présentent des symptômes dans les organes internes du corps (comme le système digestif) en fonction du degré avec lequel ils emphatisent leurs barrières corporelles (« boundaries »). Ils inventent l'index « The Barrier Score » et « The Penetration of Boundary », calculés et interprétés à partir des données verbales enregistrées au test du Rorschach et du TAT : d'un côté, la cotation est basée sur les réponses contenant des éléments lexicaux symbolisant une clôture (p. ex coquillage, armure, cave dans des rochers) et de l'autre les éléments symbolisant une périphérie pénétrable et fragile. Ils trouvent que les personnes qui se représentent leurs limites corporelles avec un haut degré de fermeté et d'étanchéité, présentent plus de symptômes au niveau épidermique, dermique et musculosquelettiques ; entre autre elles tendent à être plus motivées par des hautes aspirations au niveau professionnel et athlétique, tendent plus souvent à être déçues par les circonstances extérieures et à percevoir les autres comme dissimulant leurs vraies intentions, et elles ont une opinion plus définie et tranchée sur leurs parents et de manière générale elles ont un plus haut degré de détermination. Les auteurs rattachent ces associations au fait que les couches extérieures du corps permettent d'exprimer *l'intentionnalité volontaire* du sujet vers la réalité extérieure. Ils confirment cette distinction dans un étude (Fisher, 1961) chez les adolescent.es où ils concluent que les

attitudes envers le corps se développent dans les interactions sociales, spécialement avec les parents. Dans un article successif (Fisher & Cleveland, 1957) ils illustrent les recherches de ses contemporains sur des marqueurs physiologiques de réactivité émotionnelle qui pourraient permettre de caractériser les différentes personnalités humaines. Les tentatives restent assez vaines, comme les idées autour du déséquilibre entre système sympathique et parasympathique. Ils concluent qu'effectivement la *réactivité* physiologique face à un stress diffère pour chacun, selon un pattern très *individualisé* des réponses qui vont d'activation maximale d'une fonction physiologique, d'une activation modérée d'une autre fonction et une sous-activation d'une autre encore. Les expériences de vie, le style de vie pourraient influencer et fixer certaines modalités de réaction du corps, par conséquent les symptômes psychosomatiques sur un site spécifique du corps pourraient être une extrême expression de cette fixation, quand le stress produit une régression à des mécanismes de réponses physiologiques. Les patterns sous-jacents physiologiques de réactivité s'organiseraient depuis la plus jeune enfance.

Nous retrouvons dans les travaux de S. Fisher et S. Cleveland l'idée d'une image du corps dynamique qui se construit tout au long de la vie car le corps réagit à l'environnement et mémorise ses réactions, mais ils concluent que les intrications psycho-physiologiques diffèrent pour chaque individu et qu'elles sont très difficilement déterminables et prédictibles. Il est possible d'étudier finalement quelle importance a pour le sujet une partie du corps, selon différents gradients (intérieur, extérieur, front, retro, droite, gauche etc.), uniquement sur la base de sa verbalisation propositionnelle à leurs propos où la description de l'expérience perceptive se mêle à une certaine symbolisation culturelle partagée. D'autres auteurs développeront le modèle de Fisher et Cleveland du Barrier Score pour le corrélérer par exemple au rôle de la distance intersubjective (Frede et al., 1968) ou à la perception subjective de la relation parentale (Tolor & Jalowiec, 1968).

Par la suite S. Fisher associera d'autres types de méthodes comme des auto-questionnaires pour étudier le niveau de conscience corporelle (Fisher, 1952). Plus tard il finalisera le « Body Prominence Questionnaire » (Fisher, 1970), hétéro-cotation basée sur la verbalisation spontanée des participants autour de la localisation de leurs plaintes corporelles.

Différentes situations cliniques et sociétales commencent désormais à être étudiées également sous l'angle de l'image du corps. Dans une étude sur les « jeunes délinquants » par exemple, on observe

que la perte de la relation objectale se traduit dans un arrachement d'une partie de l'image du corps (Kaufman & Heims, 1958).

L'image du corps s'introduit dans les études linguistiques : la fréquence et l'emphase linguistique dans la littérature portée sur les différentes parties du corps pourrait être corrélée avec l'importance pour une certaine culture et époque sociétale qu'elles ont pour le sujet (Gordon Wright, 1956).

D'autres études proposent des échelles ou d'autres outils expérimentaux pour étayer et objectiver les concepts théoriques psychanalytiques autour de l'image du corps. P. F. Secord & S.M Jourard en 1953 inventent deux types d'échelles. La « Body Cathexis Scale », où cathexis indique le degré d'investissement libidinal sur les diverses parties du corps, consiste à une cotation subjective, de 1 à 5, de mots ou phrases autour de la sphère corporelle, selon l'intensité affective qu'elles représentent pour soi-même. La « Self Cathexis Scale » estime l'appréciation subjective de la présence de certaines qualités caractérielles et certains traits de tempérament. Ces échelles ont été associées dans plusieurs études au test de F. Goodenough « Draw-a-Man » (Hunt & Feldman, 1960) ou au test de Rorschach (White & Wash, 1965). Selon M. Bruchon-Schweitzer cette échelle cliverait le corps esthétique du corps efficient. F. Secord inventera le « Test des Homonymes », où des termes ambigus devraient révéler le degré de conscience corporelle (F. Secord, 1953). Le test « Body Disclosure Questionnaire » de S. M. Jourard (S. M. Jourard, 1966) tente de calculer « l'accessibilité corporelle » d'une personne par rapport au nombre des parties du corps touchées par les autres sur soi et touchées chez les autres.

D'autres études se concentrent sur la description phénoménologique du matériel psychique sous forme de cas cliniques. On décrit les impressions subjectives sur les changements corporels concernant la taille d'une partie du corps (Lancaster, 1954). Dans un article du 1967 l'auteur estime qu'il soit plus pertinent de réfléchir à une classification de l'image du corps basée sur des facteurs phénoménologiques, exprimés explicitement et narrativement par les patients. Il observe que les changements perçus autour de l'image du corps touchent quatre catégories : la forme, la taille, la masse, la position dans l'espace. Parmi les cas décrits il distingue ceux où l'étiologie est neurologique (troubles cérébelleux, épilepsie, migraines etc.) ou alléguée à l'usage d'une substance. Les patients avec un trouble schizophrénique rapportent des sensations et des perceptions physiques, souvent associées à des hallucinations, dont les hallucinations olfactives, de

métamorphose zoophilique (impression d'avoir des doigts de crabe, une tête de lion etc.), ou de métamorphose sexuelle où le patient a la sensation de se muter en l'autre sexe, ou de sensation de trans-incarnation dans des figures humaines célèbres, de sentiment d'être dédoublé dans un espace visuel extérieur, sentiment de perte de la forme du corps et de ses contours (sentiment de liquéfaction, ou d'être traversé par de la lumière), de duplication de certaines parties du corps, de sensation d'un corps qui se fend, d'avoir des parties additionnelles ou qui ont changé de position. Les sensations concernant la forme apparaissent également, mais en moindre mesure, au cours d'un épisode dépressif. Il décrit également les anomalies concernant la taille des parties du corps ou du corps entier et concernant la masse (densité, poids, vide), ces dernières particulièrement associées chez les patients présentant un trouble dépressif. Les sensations hypnagogiques de lévitation ou de chute, ou de flottabilité sont retrouvées surtout chez les patients souffrant d'un trouble anxieux. L'auteur conclut qu'il est important de rechercher activement ces perceptions et préoccupations concernant l'image du corps, dont les patients ne se plaignent pas spontanément, car elles sont très fréquentes et parce qu'elles représentent un indicateur de phase aigüe et souvent s'atténuent en premières durant le traitement (N. Lukianowicz, 1967).

D'autres études essayent d'arranger et de contrôler expérimentalement, différemment de ce qui était proposé par le Rorschach et le T.A.T, la situation du test projectif. Dans un exemple, des auteurs essaient d'étudier, à travers des épreuves avec stimulus où les sujets doivent décrire ce qu'ils voient, les déterminants inconscients qui entrent en jeu dans le processus perceptif pour essayer d'identifier les organisations de la personnalité. Une série d'images illustrant des situations interpersonnelles sont présentées dans un tachistoscope en format réduit et à une certaine vitesse pour empêcher la constitution des processus défensifs (Philippson & Hopkins, 1964).

M. Bruchon-Schweitzer essaie de réunir dans une seule échelle les différents contenus appréhendés jusque-là dans les études sur l'image du corps, avec l'objectif de synthétiser les différentes facettes qu'endosse le corps pour un même sujet. Elle trouve 13 catégories fondamentales à partir d'entretiens qualitatifs, qui sont articulées selon 19 items dans le questionnaire « Questionnaire d'Image du Corps (Q.I.C) » (cf. figure 1) (Bruchon-Schweitzer, 1987). Elle met en relation les réponses du questionnaire Q.I.C, à l'âge (10-40 ans), au sexe, et à l'origine sociale (basée sur le choix de filière scolaire et professionnelle) des participants, et aux réponses obtenues à des sous-items d'une échelle de personnalité, à travers laquelle est évaluée « la perception de soi » de manière plus

globale et la « désirabilité sociale du corps », parce que l'estime de soi dans le rapport à autrui est présumée comme le facteur modérateur d'attribution subjective à son propre corps des caractéristiques positives ou négatives. Ses résultats dévoilent quatre axes principaux. Au sein du premier axe, « *accessibilité/fermeture* », qui traduit le concept d'enveloppe protectrice corporelle, M. Bruchon-Schweitzer trouve qu'avec l'avancée de l'âge le corps est appréhendé comme plus accueillant et moins méfiant vis-à-vis des contacts avec l'autre, que les femmes gardent un niveau de verrouillage plus important et qu'elles ont des réactions névrotiques plus négatives et ont tendance à éviter plus souvent les contacts, ce qu'on pourrait mettre en lien avec un vécu d'agression plus prééminent chez les femmes ou un biais de désirabilité sociale pour la femme 'pudique' qui 'résiste' aux rapprochements corporels. Le deuxième axe, « *satisfaction/insatisfaction* », donc la propension à non rejeter son corps et à le ressentir comme avantageux et inclusif de soi, montre que les expériences désagréables par rapport au corps surgissent à partir de l'adolescence par rapport à la préadolescence, que les femmes montrent un degré d'insatisfaction plus important, et que l'extraversion de la personnalité favorise les expériences corporelles positives. Les classes plus modestes montrent généralement une meilleure satisfaction corporelle, en lien probablement avec à un rapport interpersonnel moins intellectualisé et vécu avec moins de retenue, où les classes plus aisées peuvent montrer une propension à l'adhésion aux stéréotypes de discrétion, beauté et propreté. Le troisième axe, « *corps actif/passif* », retrouve un sentiment péjoratif relatif à l'énergie du corps avec la progression de l'âge, une perception de passivité chez les femmes par rapport aux sentiments de virilité active chez les hommes, résultats non surprenants vis-à-vis des stéréotypes intériorisés de jeunesse/vieillesse et masculinité/féminité, et une perception de fragilité corporelle chez les sujets à tendance anxieuse et dépressive. Le quatrième axe, « *corps serein/tendu* », donc le niveau de lâcher-prise tonique, c'est l'axe qui montre moins de différences à travers les âges et le sexe, mais il témoigne d'un biais de désirabilité sociale et un biais d'insincérité surtout par rapport à la classe sociale d'appartenance : en effet surtout les filles d'origine plus aisée ont plus tendance à déclarer défensivement un « corps serein » car plus accepté socialement et associé à une valeur de « douceur », au contraire les filles d'origine plus modeste montrent plus souvent un « corps tendu » car elle rencontrent plus d'impasses sociales (échecs scolaires, difficultés professionnelles), alors que chez les hommes la décharge agressive du corps est plus compatible avec le stéréotype de virilité dynamique, mais les hommes de classe modeste peuvent ressentir moins de pression sociale et une plus grande détente corporelle. M. Bruchon-Schweitzer met donc en relief comment la

représentation individuelle est conditionnée par des représentations plus larges concernant les idéaux sociaux et culturels, que le vécu phénoménal corporel est un facteur crucial pour l'adaptabilité au sein d'un environnement et pour le seuil d'expressivité « pathologique » au niveau clinique. Une image du corps est donc le « carrefour de plusieurs influences (réalistes et imaginaires, conformistes et déviantes, individuelles et normatives), véritable compromis permettant à l'individu de préserver, quelles que soient les fluctuations de la réalité, une image acceptable de lui-même », et donc l'enfermement dans une image de soi pathologique et les distorsions relatives à cette image signent une atteinte à une intégration perceptive pondérée et heureuse de la réalité (M. Bruchon-Schweitzer, 1987).

Les psychiatres se rendent progressivement compte que les préoccupations corporelles peuvent devenir envahissantes pour l'adolescent.e au moment de la puberté, que le gain d'un rapport à soi authentique se fait avec difficulté et que les adolescent.e.s se retrouvent sans cesse à chercher une évidence extérieure et une confirmation rassurante des leurs transformations (D. Morris, 1973).

Les altérations graduelles résultant des expériences sensorimotrices, émotionnelles, des réactions des proches en contact avec son propre corps, les identifications et comparaisons aux autres, sont absorbées progressivement depuis l'enfance dans l'image du corps, mais à l'adolescence, avec l'avènement de la puberté, il se produit une accélération du basculement et de la restructuration qui peut engendrer des troubles de l'image du corps spécifiques de cet âge, reflétés dans les tests projectifs Rorschach et TAT, dans le test « Draw-A-Man » ou « Draw-A-Family » ou dans les évaluations psychologiques, surtout quand il y a cooccurrence des troubles endocrinologiques relatifs au développement pubertaire (W. A. Schonfeld, 1964). Dans l'article, l'auteur remarque les effets surprenants sur l'estime de soi et sur l'épanouissement personnel d'une psychothérapie centrée sur l'image du corps, associée à le traitement chirurgical et hormonal, chez des jeunes affectés par des retards pubertaires ou par pubertés précoces dans la mise en récit de leurs particularités et changements.

Une revue de la littérature menée au début des années quatre-vingt-dix confirme les risques d'un vacillement de l'image du corps, quand le développement pubertaire survient précocement chez les filles, mais pas chez les garçons, ou à l'inverse, un retard pubertaire chez les garçons est plus mal vécu. Les préoccupations corporelles à l'adolescence, au-delà des réels changements pubertaires,

peuvent traduire l'angoisse de séparation. Les parents peuvent avoir du mal à admettre la maturité sexuelle de leurs enfants et finir par projeter eux-mêmes des stéréotypes culturels négatifs sur leurs enfants. Ce qui est affirmé par plusieurs études c'est l'écart entre le corps idéal et le corps réel. Plusieurs études sont concordantes sur le fait que les filles ont une image globale de soi plus négative et sont plus d'insatisfaites de leur poids par rapport aux garçons. Les filles tendraient à corriger leurs 'défauts' davantage avec la restriction alimentaire. L'esthétique est pour les filles le facteur favorisant une bonne adaptabilité sociale. Chez les garçons la satisfaction est obtenue quand la morphologie musculaire et la taille ressemblent au stéréotype culturel autour de la virilité. Pratiquer du sport donnerait un sentiment de « pureté » chez les garçons alors que les filles sentiraient davantage un regard persécuteur attiré sur elles. L'image du corps chez les adolescent.es est globalement influencée par les stéréotypes socio-culturels, surtout chez les filles qui sont plus critiques de leur apparence qu'à leurs performances physiques. La perception globale de soi est majoritairement corrélée avec l'image du corps, indépendamment du sexe. Plus la perception est déformée plus l'estime de soi est effondrée, en revanche plus l'image globale de soi est positive plus les épreuves de la vie apparaissent comme surmontables. L'autrice de la revue conclut que les entretiens sont à préférer pour dévoiler la dimension d'un corps pris dans l'imaginaire et dans le symbolique culturel, d'un corps vécu dans la relation à l'autre (Ferron, 1992)

La littérature scientifique, à partir des années quatre-vingt, recense une très grande variabilité des méthodes d'évaluation pour l'image du corps, ce qui témoigne, par ailleurs, d'un intérêt tout à fait grandissant pour ce sujet (Kling et al., 2019). Le problème se pose en effet d'en étudier leur validité, fiabilité et de leur consistance interne. Ce n'est pas l'objectif de ce travail de parcourir dans les détails ces principes statistiques concernant l'évolution des questionnaires sur l'image du corps mais plutôt de décrire la progression de la pensée épistémologique autour de la question de la perception du corps.

L'image du corps vient graduellement considérée comme l'ensemble de pensées conscientes, d'émotions et d'attitudes comportementales, envers son propre corps (Thompson et al., 2012). Ceci pourrait être mis en lien avec les avancées des neurosciences qui en approfondissant les dimensions les plus fondamentales, neurophysiologiques, neuro-computationnelles, ont eu tendance à fractionner le phénomène perceptif en sous-composantes contrôlables de l'expérience. Depuis les efforts passés pour associer investigation de la personnalité à celle de l'image du corps, nous voyons

L'étude de la personnalité se contracter à l'étude de l'estime de soi, et la réduction du concept initial d'image du corps à *ce que je renvoie visuellement à l'autre* de mon corps, traduit en apparence corporelle, c'est-à-dire selon un point de vue majoritairement « externe » de l'image du corps, qui implique le regard de l'autre. L'apparition dans la littérature des termes comme « body shame », « body dissatisfaction », « body control », « body image's concerns », « self-objectification » etc., en démontre à la fois les préoccupations socio-culturelles et à la fois la direction et la position assumée par la recherche. Ce passage au niveau scientifique démarque peut-être de l'intuition entrevue par J. Lacan par rapport à l'évolution du lien social. Catherine Morin, à propos de l'image spéculaire, explique les propos de Lacan : « *la possibilité de jouir de son propre corps va se limiter aux zones de lien-séparation avec l'Autre, zones érogènes ; le reste de l'intérêt pour le corps sera refoulé, au profit de celui pour l'image érigée offerte au regard de l'Autre* » (C. Morin, 2013). Le stade du miroir signe la phase où le sujet assume son identité pour un Autre, lie son image aux mots du langage, ainsi le corps se structure symboliquement dans le langage dans le rapport à autrui, le sujet est subjugué narcissiquement à la forme (moi idéal) de son corps qui devient lui-même un objet d'identification pour l'autre. Le stade du miroir au niveau symbolique épistémologique « *c'est ce moment qui décisivement fait basculer tout le savoir humain dans la médiatisation par le désir de l'autre* » (J. Lacan, 1966).

L'apparence corporelle est extraite pour devenir la composante la plus facilement évaluable par rapport aux autres aspects perceptifs de l'image du corps et la plus liée au sentiment de satisfaction ou de non satisfaction corporelle globale pour un individu et donc à l'estime de soi (Cash, 2004; Cash et al., 2002). L'estime de soi, à son tour, représenterait la variable la plus impliquée dans certains troubles psychiatriques. À partir de cette perspective se développe la recherche sur les troubles du comportement alimentaires (TCA) qui prend en compte donc l'appréciation subjective de la forme du corps et du poids, ou sur la dysmorphophobie, où il y a une auto-perception exagérément négative sur des défauts corporels minimes. Les aspects évaluatifs et thérapeutiques vis-à-vis de l'image du corps intéressent d'autres champs médicaux, comme par exemple en cancérologie (Morales-Sánchez et al., 2021), mais aussi en gynécologie, en dermatologie, et en chirurgie oto-rhino-laryngologique et plastique. A. Stunkard propose en 1983 « The Rating Figure Scale », soit le test de la silhouette, pour apprécier l'écart entre la perception subjective de la forme corporelle d'un sujet et la réalité de sa masse corporelle. La « Body Shape Questionnaire » de Cooper et al. (1987) évalue les aspects de désagrément et d'inconfort de sa propre silhouette dans différentes situations et par rapport au regard d'autrui (Rousseau et al., 2005). La « Body

Appreciation Scale » dans sa première et deuxième version évalue le de degré de bienveillance intime par rapport à son corps et est valide pour toute expression de genre (Avalos et al., 2005) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Une autre échelle détermine la « self-consciousness » par rapport à l'apparence physique au-delà de la satisfaction (Moss & Rosser, 2012). La « Body Connection Scale » de Price & Thompson (2007) évalue la prise en compte des signaux du corps et les signes de dissociation corporelle (Morganti et al., 2020). Nous retrouvons encore la « Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire » pour mieux cerner l'anxiété sociale liée aux situations où le corps est exposé et les préoccupations concernant le poids et la « Body Image State Scale » qui élargie à neuf réponses possibles selon la représentativité de chaque item (Cash et al., 2002), la « Body Esteem Scale for Adolescents and Adults » (Mendelson et al., 2001), EDE-Q de Fairburn & Béglin et la EDI-3 de Garner qui se focalisent sur les signes et symptômes du TCA. Les recommandations pour les études futures suggèrent une surveillance des variables liées à l'identité de genre, l'âge et le milieu culturel (Kling et al., 2019).

Certains chercheurs évoquent la nécessité d'étudier également les déterminants qui favorisent une image du corps positive, pour ne pas perpétuer la hantise envers le corps connoté de manière péjorative, et prônent pour l'actualisation des recherches qualitatives (Avalos et al., 2005; Linardon et al., 2021)

2.2 LE DESSIN, UNE MESURE PRIVILEGIÉE DE L'IMAGE DU CORPS

Une des façons de témoigner de l'anosognosie par rapport à l'hémiplégie du corps était par le biais du dessin : des omissions et des incomplétudes apparaissent dans la moitié d'un dessin lors d'un test-figure correspondant à la partie du corps paralysée, comme dans le dessin du vélo à qui manque une roue ou qui paraît disjoint. Les auteurs tiennent à préciser que les erreurs ne sont pas dues à un manque de capacités artistiques (Roth, 1949). La neurologue Catherine Morin et ses collègues ont conduits des études autour de l'autoportrait chez des sujets présentant un accident vasculaire cérébral, montrant les particularités des cas cliniques dans lesquels s'associe une atteinte de l'image du corps et de comment a été utile prendre en compte ces aspects psychiques dans le travail rééducatif fonctionnel en termes de « motivation » pour le patient e d'insight (Morin, 2013).

2.2.1 Le dessin d'enfant

L'étude du dessin avait déjà impressionné la psychologie expérimentale infantile et développementale avec le Test du Bonhomme (« Draw-A-Man » test) de F. Goodenough conçu en 1926, qui exprime que le dessin d'un bonhomme évolue en fonction de l'âge développemental et dont le nombre des détails représente le baromètre du stade du développement intellectuel. L'échelle de F. Goodenough pour coter le dessin du bonhomme comporte un étalonnage des points de 0 à 52 et avait déjà montré sa validité test-retest pour les enfants jusqu'à 12-13 ans. Le dessin du bonhomme a été également étudié par d'autres auteurs de manière plus descriptive. L'enfant au début synthétise un personnage en figurant sa partie la plus essentielle : la tête. C'est le bonhomme têtard, découvert par James Sully en 1921, qui apparaît entre trois et quatre ans, où un cercle représente le corps-tête unifié, deux petits points et un trait courbé représentent les yeux et la bouche, et quatre tentacules représentent les membres. Puis le bonhomme têtard se complète progressivement avec plus des détails (pieds, mains, oreilles, cheveux) et se transformera progressivement en bonhomme type qui comporte deux ovoïdes séparés, un pour la tête et un pour le tronc. Le double contour pour les membres apparaît vers sept ans. Le cou et les épaules comparant vers l'âge de 8 ans. Puis l'enfant sera capable de dessiner un bonhomme de profil vers 9/10 ans (Prudhommeau, 1947).

L'épreuve du bonhomme contenant une représentation humaine, devient également, pour le courant psychanalytique, une situation projective privilégiée capable d'une compréhension psychopathologique plus large de la structure de la personnalité. En effet, à différence des épreuves géométriques proposées par exemple par Binet & Simon ou dans les dessins décomposés et fragmentés en ses figures partielles utilisés par d'autres auteurs (test de Wartegg-Biedma, figure complexe de Rey), le bonhomme apparaît comme pouvant offrir une lecture plus globale à propos de l'enfant comme un être particulier et unique. Par la suite le Test de l'Arbre de KR. Stora et le Test de la Maison de Minkowska fournissent le camouflage idéal pour la projection de soi (Privat, 1970), parce que, comme rapporte De Mèredieu à propos d'Arno Stern, la figure du bonhomme se cèle derrière les principales illustrations du dessin d'enfant (De Mèredieu, 1974). J.N. Buck réunit en 1947 dans un seul test projectif l'étude du bonhomme, de l'arbre et de la maison (test House-Tree-Person) (Aubin, 1970). Le dessin de famille proposé par M. Porot et L. Corman en 1965 représente un autre exemple de test projectif à travers le dessin. La caractéristique des tests projectifs concernant le dessin est de confronter l'enfant à une ambiguïté de la consigne afin que l'enfant

puisse projeter le plus possible sa propre conflictualité interne. Pour cela, le test projectif doit prévoir un effort cognitif et moteur très léger pour que l'expressivité affective puisse mieux être déployée. Chaque analyse du dessin comporte d'abord une analyse graphique, formelle et puis du contenu, et doit s'intégrer toujours à une investigation clinique plus large.

L'enfant, dessinant, comble l'impuissance de sa parole et semble se livrer au dessin dans un geste voluptueux et spontané, insouciant de l'adressage et de la destination que son dessin aura, il « ignore cette coupure que l'adulte établit entre la culture et la vie » (De Mèredieu, 1974). Le dessin a une double valeur projective et perceptive car le dessin « traduit un vécu, une tranche de vie au cours de laquelle un stimulus a pu évoluer, se transformer » (Aubin, 1970) pour s'intégrer à d'autres données et pouvoir rendre et narrer la vision du monde de l'enfant.

D. W. Winnicott avait trouvé dans le « Squiggle Game » un outil interactif qui permet d'explicitier plus facilement les pensées et les affects des enfants. D. W. Winnicott comme Mélanie Klein ne distinguaient pas encore le dessin des autres activités ludiques. C'est Sophie Morgenstern qui, pour première, vit dans le dessin d'enfant le déroulement et la mise en scène des mécanismes inconscients.

D. Widlöcher dans son livre « L'interprétation des dessins d'enfants » du 1965, écrit qu'interpréter un dessin quelconque d'enfant comporte d'abord le savoir traduire de manière descriptive dans un registre verbal en observant les relations entre les figures représentées et le style. Cela sous-entend de savoir déjà estimer le degré de maturité intellectuelle et motrice de l'enfant. Pour accéder au symbolisme et donc pour corrélérer le dessin avec l'inconscient de l'enfant, le thérapeute doit être en mesure d'obtenir nécessairement de l'enfant des associations libres d'idées, qui permettent de contextualiser temporellement le dessin qui vient juste d'être réalisé. D. Widlöcher rapporte que Luquet, dans son livre « Le Dessin Enfantin » du 1927, avait noté que l'enfant ne dessine pas ce qu'il voit mais « *ce qu'il sait* » d'un objet réel, car il s'intéresse à sa valeur signifiante et pas à sa valeur formelle et esthétique. D. Widlöcher reprend les stades du dessin d'enfant décrits par Luquet auparavant. Le premier stade, le « *réalisme fortuit* », soit le stade du hasard de la trace, commence comme pur résultat de la kinesthésie d'un mouvement et dépend donc du niveau de développement moteur de l'axe et des segments distaux. Une fois que la coordination de l'œil et de la main est satisfaisante, l'œil guidant la main, l'enfant contrôle son trait, il est prêt à choisir délibérément le

type de formes, où les placer, par où commencer et terminer. L'enfant entre alors dans le « *réalisme intellectuel* » (Luquet) ou « *enfantin* » (Widlöcher). À ce moment l'enfant a l'intention de représenter quelque chose, de manière indépendante de la quantité de codes figuratifs que son bagage personnel possède. Puis l'enfant saisit enfin le lien symbolique, il synthétise, il sait évoquer la totalité à partir d'une partie, il donne son avis sur des figures ambiguës, il s'auto-corrige, il nomme ce qu'il dessine. D. Widlöcher précise que l'enfant est surtout intéressé à dessiner de manière à que les choses soient identifiables ; ce passage arrive grâce à la découverte de son image reflétée dans le miroir et de l'intuition cognitive des ressemblances entre image visuelle et objet réel. Le troisième stade, « *le réalisme visuel* », correspond à la projection dans le dessin d'une vision globale de la réalité sans passer par la juxtaposition des objets. D. Widlöcher dit que Luquet l'explique en disant que l'enfant se débarrasse de tout ce qu'il sait intellectuellement à propos des objets pour se concentrer sur l'impression interne mentale de la scène globale. L'enfant peut dessiner alors ce qui n'est pas présent et ce qu'il imagine. Il apprend à adopter un point de vue unique parmi d'autres grâce à ses capacités attentionnelles et grâce à ses capacités identificatrices et signifiantes de l'objet, car il se rend conscient que sa perception est capable de s'élargir alors qu'elle s'absorbe inévitablement dans le dessin. L'enfant se montre également satisfait de sa particulière saisie du monde. Cette phase révèle comme la perception de l'enfant constitue une unité indissoluble. D. Widlöcher observe pertinemment que le dessin questionne les modalités de la perception d'un enfant, et comme elles se traduisent au niveau représentatif. D. Widlöcher n'est pas d'accord avec Luquet quand il dit, selon une théorie associationniste, que l'enfant dans son élaboration et hiérarchisation interne d'images se base surtout sur le stock présent dans sa mémoire dérivé de son expérience. D. Widlöcher approuve plutôt la théorie phénoménologique de Merleau Ponty, qui dit que la représentation interne de l'objet diffère de son impression optique et que la perception implique un acte créateur qui dévoile les choses dans le monde, donc il ne peut pas s'agir à priori d'une récupération d'images passées. Le processus de projection dans le test du dessin s'identifierait alors à celle de perception intentionnelle.

Au-delà de l'idée que le dessin de manière générale ne se soumet à aucune convention, à différence du langage écrit et du langage oral, il est possible d'identifier une écriture « *dans* » l'image, sans sous-entendre une écriture linéaire et grammaticale « *par* » images, dans le sens que l'image contient quand même des signes, qu'établissent des relations spatiales d'emblée, et des symboles. Selon D. Widlöcher, chez l'enfant, les sous-éléments non figuratifs formels (triangle, rond, ligne) n'ont pas de

mission signifiante, ne sont donc pas choisis avec un but, mais servent à construire le « *signe iconique* » (une maison par exemple) qui, lui, représente l'objet. L'image ne se substitue pas à l'expérience perceptive qui est conscience entière dans le présent, mais elle est avant tout « *représentation d'absence de l'objet réel* » (Widlöcher, 1965). La représentation dans le dessin passe par des images internes et elle est analogique, c'est-à-dire qu'elle rappelle quelque chose d'absent, qui peut être néanmoins reconnaissable. Les éléments constituants figuratifs (fenêtre dans la maison) d'un signe iconique ne prennent sens que pour l'image globale. Différemment du langage, les signes iconiques dans le dessin et leur disposition réciproque est synchronique d'emblée car ils s'associent instantanément avec l'objet réel alors que la diachronie narrative est reconstruite de manière indirecte et à postériori. La symbolique n'a de signification que pour le dessin actuel et supporte la représentation des concepts abstraits ou vient en aide pour représenter la « vérité ontologique » d'une chose pour elle-même indépendamment du point de vue qu'elle prend dans une perspective perceptive particulière. L'équivoque face au dessin naît du fait qu'il n'existe pas « un modèle standard de représentations » (Widlöcher, 1965). La narration de l'enfant, sollicitée par le thérapeute, apporte des clarifications autour de la valeur expressive de son dessin, qui commence du geste et des ajustements tonico-émotionnels. Ainsi l'enfant a la possibilité de raconter le choix du thème, ses réactions affectives dans une situation précise ou ses dispositions émotionnelles du moment, d'explicitier les liens logiques, de partager ses intérêts, ses craintes, ses désirs. L'enfant projette sans se rendre compte et au-delà de son intention consciente, en somme, dans le dessin sa manière de percevoir et ses fantasmes inconscients.

F. Dolto dans son livre « *L'image inconsciente du corps* » du 1984 évoque que l'enfant projette sa personnalité dans sa totalité, et pas seulement des émotions occasionnelles, même si la compréhension du dessin doit respecter l'analyse du contexte clinique globale. L'image du corps pour F. Dolto, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, n'est pas le portrait que nous nous faisons de nous-même mais résulte des divers investissements libidinaux et dynamiques sur les différentes parties du corps. L'image du corps se projette par excellence dans la composition plastique, mais elle se révèle uniquement par le discours du sujet, qui par ses associations verbales, montre ses contradictions et ses inscriptions sociales, et affective et guide l'interprétation contingente. Le corps est en relation avec les objets extérieurs à travers des relations libidinales, donc en ce sens les objets perçus représentés dans le dessin synthétisent le vécu sensible et la saisie symbolique du sujet en relation avec le monde extérieur. Les signes-objets retrouvés dans le dessin

reconstituant une condensation temporelle et spatiale d'un vécu, déverrouillent différentes significations associatives ambivalentes et divergentes de l'inconscient. Les fantasmes inconscients ne sont pas présents textuellement dans le dessin mais animent l'enfant en train de dessiner. La pluralité des dessins réalisés pour un seul enfant, à fur et mesure du suivi et du transfert, permet au thérapeute des comparaisons et concède à l'enfant le moyen d'une projection encore plus massive des fantaisies inconscientes (Dolto, 1984).

Comme nous venons de décrire ils existent différents usages des interprétations des dessins d'enfant : le dessin comme évaluation du développement cognitif et psycho-affectif, comme test de la personnalité, comme appui diagnostique, comme outil psychothérapeutique. La technique psychanalytique souhaite contribuer à la liaison nécessaire entre l'expression présente et les représentations inconscientes.

Le test du personnage de K. Machover, inventé en 1949, est un test projectif des éléments conscients et inconscients de la personnalité qui s'appuie également sur une sorte de codage symbolique de ses éléments graphique. L'autrice établit de manière empirique, après avoir proposé le dessin du personnage à plusieurs enfants, un dictionnaire d'interprétation symbolique et presque similaire à une sémiotique théâtrale, pour les parties du corps, pour les vêtements, pour les positions de l'axe et ses membres, pour ses composantes ascendantes et descendantes à partir de leurs aspects les plus graphiques et structuraux et selon le sexe. Les paranoïaques dessineraient ainsi un regard féroce, les mains manquent dans les dessins des sujets avec peu de confiance, des poches sur les vêtements seraient un signe de dépendance parentale chez les adolescents et ainsi de suite. Cependant, elle laisse l'espace aux dires du sujet et à ses attitudes pendant la passation, et affirme que le dessin traduit dans tous les cas les tendances affectives et les dissentiments présents du moment. La consigne du test du personnage prévoit deux parties : premièrement il est demandé de dessiner « un personnage », puis de dessiner « un personnage du sexe opposé » : il y était question, entre autre, de proposer une première tentative d'explorer l'identité de genre. Le test de Machover a été utilisé chez les adultes à objectif évaluatif et thérapeutique par exemple dans des expériences au sein des services de gynécologie et d'urologie.

Comme décrit H. Aubin le dessin nous renseigne avant tout sur la « complexité du processus perceptif » de chaque enfant ou adolescent.e (Aubin, 1970).

Plusieurs essais cliniques ont essayé de corrélés à travers le dessin les aspects perceptifs-affectifs du corps à la personnalité du sujet et à la situation environnementale. Une étude montre des différences caractéristiques et significatives entre les dessins du bonhomme selon Goodenough d'enfants avec ou sans carence affective repérée (Mc Pherson et al., 1966), et au test du bonhomme selon K. Machover entre enfants affectés par des pathologies neurologiques (poliomyélite, paralyses de membres inférieurs, dislocation de la hanche) et sujets sains (Wysocki & Whitney, 1965).

2.2.2 Et le dessin d'adolescent ?

La plupart des travaux se sont focalisés sur l'enfant et peu d'études existent sur des *épreuves agies* artistiques chez l'adolescent.e. Le dessin du bonhomme et le dessin spontané avaient déjà montré que le dessin subit une régression entre 12 et 14 ans car l'adolescent.e expérimente la déception d'un dessin qui n'illustre pas parfaitement ce qu'il souhaite exprimer, soit il déborde le dessin de son symbolisme et de sa recherche de caricature. En effet, c'est l'âge où l'adolescent.e substitue au dessin le langage oral et écrit comme canal préférentiel de communication (Aubin, 1970) (De Mèredieu, 1974).

Une étude de 1961 conduite chez des adolescent.es en population générale associait le test « Draw-A-Man » de F. Goodenough à la « Body Cathexis Scale » de F. Secord & S.M Jourard et trouvaient que l'échelle était plus pertinente à cette âge pour mesurer le degré de satisfaction ou insatisfaction corporelle : ils trouvaient que le sexe féminin corrélait à des plus hauts scores à la fois de satisfaction que d'insatisfaction par rapport aux sujets de sexe masculin (Hunt & Feldman, n.d.-b). Une autre étude comparative évaluait le test « Draw-A-Man » et « la Self-Cathexis Scale » de F. Secord & S.M Jourard chez des patient.e.s souffrant d'obésité sévère en comparaison à un groupe contrôle : chez ces patients le test « Draw-A-Man » reflétait mieux le degré d'insatisfaction corporelle notamment avec la présence dans les dessins des nombreuses omissions, un degré élevé d'indifférenciation sexuelle (Gottesfeld, 1962). Une autre étude menée parmi des étudiants, associée au dessin réalisé selon K. Machover une cotation de 1 à 5 selon le degré de sophistication globale du dessin qui tenait en compte la précision, les détails et la différenciation sexuelle, et une appréciation du morphotype thoraco-abdominale : les étudiants qui avaient une musculature plus importante au niveau thorax et une taille ombilicale plus serrée obtenaient un score plus élevée à la cotation (Surgerman, 1964). Nous pourrions nous demander s'il y a des variables liées à la performativité individuelle. Une étude montre que la performativité est surtout en lien avec l'inhibition et donc avec

les conditions de passation. Si l'investigateur s'absente de la salle pendant l'exécution du dessin de son patient, ou si la consigne prévoit de dessiner « un homme idiot » ou si le test du dessin est répété à distance de quelques mois pour le même sujet, le résultat final serait significativement moins influencé par le performance artistique particulière (Swensen, 1968).

2.3 UNE NOUVELLE PERSPECTIVE REACTUALISÉE

Comme nous avons illustré dans le premier chapitre, au départ, le corps a été considéré comme la réunion de racines organiques des instincts vitaux et des pulsions libidinales, la complexité du comportement humain était initialement expliquée selon une boucle psycho-physiologique interne. P. Schilder propose l'ouverture vers le monde du cercle perceptif, l'image du corps est alors appréhendée dorénavant comme la synthèse perceptive de l'expérience où le corps est engagé *en première personne et en premier lieu*. Les traces relationnelles de cet entrelacement corps-monde se répercutant au niveau représentatif psychique, peuvent moduler des aspects de personnalité et provoquer des troubles psychiatriques.

Le corps propre, bien que exempté, d'une véritable activité 'représentative', gagne l'intérêt de la philosophie pour réinvestiguer le phénomène perceptif. Nous sommes en particulier captivés par les liens entre le vécu du corps et l'image du corps que nous pouvons intercepter en clinique psychiatrique. Nous nous sommes référés aux apports philosophiques également pour éclaircir le processus épistémologique autour de la question du corps en psychiatrie.

Le corps-objet, dont l'image du corps, comme nous avons montré, est la seule moitié qui phénoménologiquement peut rentrer dans le champ perceptif conscient (ou inconscient) intentionnellement. Nous observons, cependant, au cours de la littérature scientifique, une simplification de la définition de l'image du corps et de ses chemins d'entrée possibles, en faveur d'un élargissement du champ de la recherche autour des seuls aspects conscients, certes subjectifs mais uniquement explicites, et d'*auto*-observation cognitive et affective vis-à-vis la représentation du corps dans notre espace intime, ce qu'on aperçoit pour nous-même, et dans l'espace social, ce qu'on reflète pour les autres. Ainsi, l'*image optique* englobait tout le phénomène perceptif et en gomme sa

complexité. Les propositions formulées dans les questionnaires ont le défaut d'anticiper et combler d'emblée la présentation d'un phénomène, dans le cas spécifique de l'apparition du corps-objet à la conscience, dans toutes ses éventualités, sans laisser l'occasion à l'indéterminé encore inconnu, typique de l'expérience actuelle et immanente, de se manifester en relief. De plus, dans la situation d'auto-référentialité proposée par le questionnaire, nous perdons la projection de la composante relationnelle de l'image du corps au sein de la scène intersubjective avec le professionnel. La schématisation de l'expérience de réalité, en revanche, a le mérite concret d'orienter la pratique clinique à évaluer la sévérité d'un trouble, l'évolution, à choisir les traitements efficaces et à réduire les facteurs de risque.

Il est important de retenir que l'adoption d'une certaine perspective de recherche peut conditionner la façon avec laquelle on continue à regarder un phénomène clinique, nos représentations d'un phénomène influencent en retour les recherches successives.

Quand nous portons à la conscience l'expérience corporelle, inmanquablement, nous désarticulons le corps dans ses différentes facettes et caractéristiques, nous rompons les liens qui faisaient en sorte que le corps soudé en une seule pièce vivait de manière tellement indépendante au point de ne pas nous apercevoir de sa présence. Il existera toujours un décalage entre l'expérience perceptive en situation réelle et son récit, une inadéquation inévitable entre corps propre et image du corps, devant le professionnel comme pour le sujet lui-même. Nonobstant nous ne pourrions jamais saisir exactement *le vécu du corps-sujet*, il ne faudrait pas non plus remplacer la narrativité à la première personne par une narrativité à la troisième personne, il ne faudrait pas non plus négliger les contenus implicites et inconscients, imaginaires et symboliques. Faute de quoi, plus on sélectionne les aspects vérifiables, tangibles et explicites de l'expérience corporelle, plus on se met à taire l'ambivalence de l'expérience ; plus on dichotomise le corps et la psyché en élevant à un rang supérieur la psyché, plus on polarise les caractères positifs et négatifs ; plus le phénomène corporel nous sera étranger et contradictoire, *existentiellement parlant*.

T.M. Cash fonde en 2004 un nouvel journal scientifique « Body Image : An International Journal of Research » avec l'objectif de refonder une recherche concernant « *the embodied human experience* ». Il rappelle les différents aspects à viser par la recherche future : l'impact d'une caractéristique physique spécifique sur la santé, la transculturalité, les spécificités selon les différents contextes médicaux, les

facteurs de risque et les facteurs protecteurs, le processus développemental autour l'image du corps dans les différents troubles psychiatriques, la relation entre image du corps et variables comportementales, quels méthodes sont dévoués à évaluer telle et telle facette de l'image du corps et leur validité, les interventions thérapeutiques, les contributions conceptuelles philosophiques, psychodynamiques, féministes etc. autour de l'image du corps (Cash, 2004).

L'adolescent.e, au travers de son expérience sensible, redécouvre son corps à la puberté, lui porte son regard, pour après hausser le regard vers le monde, il effectue des aller-retours entre soi et monde. Les perturbations de l'intégration de l'expérience perceptive à l'adolescence rebondissent sans cesse sur son image corporelle. Les déplaisirs autour du corps ne sont pas souvent amenés spontanément par l'adolescent.e. Nous jugeons que le cadre thérapeutique en psychiatrie devrait représenter une occasion pour l'adolescent.e de déposer son embarras face aux mutations corporelles et de retrouver un soi cohérent et une stabilité de l'image de soi, grâce au travail de 'réécriture' de son expérience.

Nous souhaitons aborder à nouveau cliniquement l'image du corps dans le contexte des blessures auto-infligées non suicidaires, à la fois selon un approche psychanalytique et phénoménologique. Dans la rencontre intersubjective avec l'adolescent.e et à l'aide du dessin comme test projectif réactualisé, à travers la technique de l'associations libres et par l'attitude phénoménologique d'une mise entre parenthèse du savoir, nous voudrions faire émerger justement le bruit de fond, les facteurs perceptifs tacites de la conscience corporelle pré-réflexive et les éléments du monde extérieur incorporés, tout en laissant l'adolescent formuler sa propre mise en sens de l'expérience.

LES LÉSIONS AUTO-INFLIGÉES NON SUICIDAIRES

3.1 DU CÔTÉ DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE DESCRIPTIVE ET ÉPIDÉMIOLOGIQUE :

3.1.1 Les définitions au fil du temps :

Le terme « blessure » ou « lésion » « *auto-infligée non suicidaire* », de l'anglais « *non suicidal self-injury* » (NSSI), apparaît assez récemment dans la littérature scientifique. Les premières appellations incluaient, par exemple, la formulation « *delicate self-cutting syndrome* » (Pao, 1969) soit la syndrome de s'auto-infliger délicatement des coupures, ou « *wrist cutting* » soit l'action de se couper le poignet. Ce qui était en train de se corroborer, en pratique clinique, c'était l'importance de la distinction de ce type de lésion, à sévérité fonctionnelle légère ou modérée, des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Pourtant, les termes utilisés n'explicitaient pas encore assez clairement que l'intention de la personne n'était pas de se suicider mais de se provoquer des dommages mineurs. La notion de « *deliberate self-harm (DSH)* » (Pattison & Kahan 1983), traduite en français comme auto-blessure délibérée, retrouvée ensuite dans plusieurs études, gardait en elle encore cette ambiguïté sur la présence ou l'absence de l'intentionnalité suicidaire de la blessure.

Une des premières et des plus connues classifications est celle de AR. Favazza (1990). Il distinguait initialement trois types d'automutilations pathologiques (« *pathological self-mutilation* ») :

- « *Automutilations psychotiques* » : il s'agit d'automutilations dites graves, où on constate par exemple des mutilations génitales, ou l'énucléation de l'œil, qui s'exécutent en réaction à des injonctions hallucinatoires et dans un contexte d'idées délirantes. Parmi les justifications de ces actes de la part des patients on distinguait par exemple des thématiques concernant des préoccupations vers l'homosexualité ou la transidentité.
- « *Automutilations stéréotypiques* » : à caractère répétitif avec des actions telles que se mordre, se cogner la tête, creuser dans les orifices naturelles, retrouvées chez des personnes avec déficience intellectuelle dans le cadre d'un trouble du neurodéveloppement, éventuellement dans un contexte de syndrome génétique ;

- Les « *cutters, burners* » représentent les personnes se coupant ou se brûlant la peau, mais aussi les personnes se grattant, se perforant la peau avec des épingles, se donnant des coups, avec une atteinte à la couche la plus superficielle du corps, donc de moindre gravité.

AR Favazza tente d'appeler les blessures de la troisième catégorie différemment. Effectivement on commence à se rendre compte que le mot « *self-mutilation* », quant à lui, évoquerait une atteinte radicale à une partie du corps, alors que les blessures auto-infligées non suicidaires produisent une plaie réversible sans atteinte fonctionnelle physique majeure.

Les blessures réalisées par les « *cutters, burners* » sont considérées comme superficielles ou modérées et distinguées de la tentative de suicide. Au sein de ce groupe, AR Favazza précisait que la lésion peut devenir *répétitive* quand la blessure auto-infligée représente une réponse récurrente face à des perturbations psychiques ou à d'évènements dans l'environnement, en l'apparentant à une addiction. Il décrivait ces personnes comme présentant une certaine *impulsivité*. Il identifiait comme principaux effets recherchés : un soulagement d'une *insupportable tension*, la volonté de mettre fin à un moment de dépersonnalisation ou la reprise du contrôle après avoir été traversé par des pensées chaotiques et par d'états émotionnels variés. Le symptôme est selon lui non spécifique et présent dans plusieurs troubles (il cite le trouble de la personnalité borderline, anti-sociale, histrionique, le syndrome de stress post-traumatique, l'anorexie et la boulimie). AR Favazza apportera par la suite une subdivision au sein de cette catégorie : les « *automutilations compulsives* » (qui regroupe la trichotillomanie, onychophagie, la dermatillomanie, se frapper) et les « *automutilations impulsives* » (se couper ou se brûler la peau essentiellement) (Favazza & Conterio, 1989; Favazza & Rosenthal, 1990).

Le terme « *non suicidal self-injury* » apparaît d'abord au Canada et aux USA. La catégorie des NSSI entre dans la cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), apparue en 2013, dans le chapitre « Affections proposées pour des études complémentaires », alors que dans les versions antérieures du DSM (versions III à IV-TR, 1980-2012) les blessures auto-infligées non suicidaires étaient encore nommées « automutilations » et faisaient uniquement partie des critères diagnostiques du trouble de la personnalité borderline.

Les termes « *parasuicide* » ou « *non fatal self-harm* », assez rapidement abandonnés dans les études, sous-entendent chaque blessure non fatale à but provoquer un dommage à soi-même, qu'elle soit

mineure ou à intentionnalité suicidaire (K. A. Comtois, 2002). Ces termes ont été donc successivement scindé en : tentative de suicide et lésion auto-infligée non suicidaire.

Le terme « *scarification* », quant à lui, est plus fluctuant à des fins de recherche dans la littérature scientifique au fil du temps. Il n'est plus globalement utilisé pour se référer aux NSSI dans les études contemporaines. Il appartient en principe au jargon chirurgical, depuis la fin du dix-neuvième siècle et début du vingtième. Puis, il a été adopté par les infectiologues et immunologues, soit pour parler des certaines techniques d'inoculation du vaccin contre la tuberculose, soit pour soigner certaines infections locales (articulaires, dermiques), soit dans des test d'allergie, soit pour se référer à certaines pratiques culturelles en Afrique retenues être vecteur de transmission de l'Hépatite C ou B. Il se peut que le phénomène de contagiosité, assez décrit pour les NSSI, se rattache symboliquement à d'autres types phénomènes comme celui de la transmission infectiologique. Le terme apparait également dans la description des études expérimentaux sur les animaux de laboratoire. Par la suite, le terme de « scarification » se confonde parmi la liste des modifications du corps effectuées à des fins esthétiques, fonctionnels et culturels, partagés socialement, caractéristiques des certaines populations aborigènes, en Afrique, Amérique du Sud, Australie, Asie, ou à des fins esthétiques et socio-politiques de certains jeunes dans les pays occidentaux (apparentés aux piercings, tatouages, chirurgies esthétiques). Cependant, pour ces derniers il règne certaine méfiance, parce qu'ils pourraient, en se scarifiant, '*manifester des tendances autodestructives*' (Hicinbothem et al., 2006).

Le terme de scarification reste encore utilisé en pratique clinique, du moins en France, du fait que, certainement, l'action de 'se couper' demeure la forme la plus 'apparente' des NSSI.

3.1.2 La définition du DSM-5 :

Le *critère A* peut être identifié quand le sujet s'est provoqué intentionnellement, dans les derniers 12 mois, des lésions sur la surface du corps avec différents moyens, pendant au moins 5 jours, supposant ou en ayant appris que ces mêmes lésions ne lui causeraient que des dommages physiques mineurs ou modérés. Le sujet indique lui-même l'absence d'intentionnalité suicidaire de la lésion ou le clinicien peut le déduire à partir de ses gestes exécutoires répétés qui semblent mesurés et qui semblent présumer un discernement de ce qui est létale ou pas.

Le *critère B* prévoit que le but de la lésion soit d'obtenir un soulagement d'émotions ou de cognitions négatives, ou de résoudre une difficulté interpersonnelle, ou d'entraîner un état

émotionnel positif. La réponse désirée est visée pendant le geste ou immédiatement après, ce qui suggère que le sujet peut y recourir de manière addictive selon une recherche de soulagement à court-terme.

Le *critère C* dit que la lésion doit être associée soit à des difficultés interpersonnelles soit à une détresse émotionnelle négative, accompagnées par une tristesse, une anxiété, de la colère, de l'auto-critique précédant l'acte de blessure ; soit à des ruminations, qui interrogent la capacité à ne pas se livrer à l'acte de blessure juste avant l'acte, ou se référant à l'acte de blessure avec des images mentales de manière fréquente au quotidien sans que l'acte soit exécuté.

Le *critère D* exclue les gestes approuvés socialement (piercings, tatouages, rituels culturels et religieux) et le fait de se gratter les croûtes ou de se ronger les ongles.

Le *critère E* indique que le comportement de lésion auto-infligée non suicidaire doit causer une souffrance cliniquement significative ou un impact fonctionnel important, au niveau relationnel, scolaire, ou dans un autre domaine important.

Le *critère F* exclue les lésions survenant pendant des épisodes psychotiques, confusionnels, ou exclusivement pendant l'intoxication ou le sevrage d'une substance ; le comportement ne doit pas mieux être expliqué par un comportement stéréotypé et répétitif dans un contexte de trouble du neurodéveloppement, déficit intellectuel, trouble psychotique, trichotillomanie, dermatillomanie.

Le critère D est le critère qui pose le plus de problèmes au niveau de la recherche, notamment parce qu'il n'est pas évident d'établir le seuil clinique de l'acte et de la sévérité de la lésion, par rapport à l'ensemble des comportements normatifs acceptés ou pas, médicalement et socialement (Hooley et al., 2020). Au sein du critère F la discussion tourne autour de la considération ou pas, dans certaines circonstances, des épisodes d'arrachement de cheveux et d'excoriation de la peau comme des blessures auto-infligées non suicidaires (Selby et al., 2015) ; en revanche d'autres études relèvent plusieurs différences entre les deux entités. Par ailleurs, les personnes qui présentent des NSSI ne cochent pas tous les critères du « disorder » ou trouble NSSI comme définit dans les DSM-5. Ce fait alimente le débat scientifique autour de la question de la définition du seuil fonctionnel et clinique des auto-blessures et de leur évolution (Selby et al., 2015).

Dans tous les cas, les recherches en cours sont en train de questionner et préciser la définition pour chaque critère au niveau dimensionnel et catégoriel.

3.1.3 La définition de la CIM-11 :

Les blessures auto-infligées non suicidaires font partie du code diagnostique MB23.E et sont décrites, similairement au DSM-5, comme des blessures infligées intentionnellement à son propre corps, le plus souvent en se coupant, grattant, brûlant, mordant ou frappant, avec l'espoir que la blessure n'entraînera que des dommages physiques mineurs.

3.1.4 La prévalence :

Une revue systématique de la littérature du 2012 retrouve que la prévalence vie entière pour les NSSI et les DSH chez les adolescents (11-18 ans) est de 18.0% (SD = 7.3) pour les NSSI et de 16,1% pour le DSH (SD = 11,6) en population générale. Les auteurs remarquent que la prévalence est significativement plus élevée (23,6% pour les NSSI, SD=8,3, et 31,4% pour le DSH, SD =14,9) dans les études qui utilisent un questionnaire à plusieurs items par rapport à ceux qui utilisent une seule question fermée oui/non. Les études qui estiment une prévalence sur les 12 derniers mois et qui utilisent des questionnaires multi-questions, retrouvent une prévalence pour les NSSI à 28,4% (SD=8,6) par rapport à une prévalence de 9,6 % (SD= 4,40) quand une seule question est posée (Muehlenkamp et al., 2012). Cela montre que les sujets ont tendance à répondre négativement face à une question fermée, davantage quand les blessures sont récentes. Si un auto-questionnaire est employé, il est nécessaire de détailler les questions et d'apporter des exemples d'auto-blessure (De Luca et al., 2023).

Dans une méta-analyse et méta-régression (Swannell et al., 2014), sur des études conduites en population générale entre 1993 et 2012, en Asie, Australie, Nouvelle Zélande, Europe, Canada, USA, Angleterre, les auteurs observent des énormes disparités à travers les études pour estimer la prévalence des NSSI (avec une hétérogénéité de 51,6 %, $I^2= 87,1\%$). Ces différences sont relatives à la période de prévalence étudiée (vie-entière, 1 mois, 6 mois, 12 mois, 36 mois), à l'âge (adolescents, jeunes adultes, adultes), aux méthodes de mesure (auto-questionnaire, un seule question oui/non, interview), au type de moyens précisés pour provoquer la blessure, au lieu de recueil de données (école, université, ou en communauté), si l'étude était focalisé seulement sur les NSSI ou pas, si l'étude prévoyait une rémunération et l'anonymisation. Pour les adolescents (10-17 ans), après avoir pris en compte les différents facteurs méthodologiques, ils retrouvent une prévalence de 16,1 % [3.8–28.5] entre 1990–1999, une prévalence de 14.4% [4.4–24.3] entre 2000–2005 et de 17.7% [7.6–27.7]) entre 2006–2012, donc une prévalence plutôt stable au cours du temps. La prévalence

vie-entière est plus élevée parmi les adolescents 17.2% (8.0–26.3), suivie par les jeunes adultes (18-25 ans) 13.4% (4.5–22.3) et par les adultes (≥ 25 ans) 5.5% (1.7–16.3). La conclusion des auteurs penche pour privilégier les études focalisés sur les seules NSSI. Pour en améliorer le repérage, il faudrait que les études soient conduits de manière anonyme, en spécifiant le caractère intentionnel et non suicidaire de la blessure, sous-forme d’auto-questionnaire à choix multiple, qui permettent de préciser la période (de manière préférentielle 12 mois), la fréquence des lésions, qui prévoient une liste exhaustive des moyens utilisés pour provoquer la lésion, comportant des questions sur la sévérité du geste (si par exemple un aide médicale pour soigner la blessure a été nécessaire). Les auteurs soulignent que leur méta-analyse ne prends pas en compte l’ethnicité, le statu socio-économique et l’identité de genre et l’orientation sexuelle.

Une méta-analyse incluant les études menés chez les sujets (enfants, adolescents, jeunes adultes) qui ont reçu un diagnostic clinique d’incongruence de genre, retrouve une prévalence vie-entière pour les NSSI à 28,2% (95% CI 14,8-47,1) et 28% pour les idées suicidaires, sans différence significative entre le sexe biologique (Surace et al., 2021) ; cela démontre la souffrance d’une minorité frappée par la stigmatisation et les préjudices (Batejan et al., 2015; Surace et al., 2021).

La pente ascendante pour la fréquence des NSSI pour les deux sexes deviendrait plus raide après 12 ans, le pic de fréquence serait observé à l’âge de 14 ans et la fréquence resterait élevée à l’âge de 15 ans ; après 18 ans la pente redescendrait (Gandhi et al., 2018) (De Luca et al., 2023). Un deuxième pic mais plus modéré, surtout chez les filles, est retrouvé vers l’âge de 20 ans et la courbe décroît après l’âge de 21 ans (Gandhi et al., 2018). Les mêmes auteurs indiquent qu’avant l’âge de 11 ans la prévalence serait masculine, après serait majoritairement attribuée au sexe féminin ; mais globalement une prévalence plus élevée des NSSI est observée chez les filles, dont plus de la moitié présenterait un trouble psychiatrique (Gandhi et al., 2018). En population clinique adolescente la prévalence des NSSI peut atteindre un 60% (Kaess et al., 2013).

La prévalence vie-entière des NSSI en population générale serait de 15,1% pour les moins de 13 ans (Liu et al., 2022). Plusieurs auteurs concordent à déclarer un âge précoce de début entre 9-10 ans (Gandhi et al., 2018), où la prévalence serait à 9,1% (95% CI 8,1-10,3) (Deville et al., 2020).

3.1.5 Les trajectoires :

Des premiers résultats significatifs montraient qu’une histoire passée de NSSI augmenterait le Odd Ratio (OR) de 2,8 (95% CI 1,9-4,1) pour l’ensemble des « *self-injurious thoughts and behaviors (SITBs)* »,

soit les pensées et les comportements intentionnés à provoquer une blessure sur soi-même, regroupant les NSSI, les idées suicidaires (IDS) et les tentatives de suicide (TS), même quand les autres variables psychiatriques, psychopathologiques et sociales venaient prises en compte (Whitlock et al., 2013)(Fox et al., 2015). Dans une méta-analyse, la présence de tout SITB confondu serait le majeur prédicteur d'autres futurs SITBs (Ribeiro et al., 2016). Les NSSI auraient un OR moyen de 4,27 pour la TS, représentant l'association la plus importante retrouvée parmi toutes les autres. L'exposition aux SITBs des autres (camarades de classe, familiaux, amis) serait associée à un OD moyen de 1,56 pour les IDS et 2,05 pour la TS. Une histoire familiale de SITBs est associée à un OD de 2,13 pour les IDS et de 1,57 pour TS. Néanmoins les auteurs concluent qu'en termes de risque absolu, l'association prédictive serait en réalité moindre pour toutes les sous-types d'associations retrouvées, et il faudrait mieux considérer les autres facteurs de risque psychopathologiques plutôt qu'uniquement les antécédents de SITBs pour estimer correctement *le risque absolu*, car par exemple les NSSI pourraient être un symptôme-parapluie au croisement de plusieurs processus psychopathologiques (Ribeiro et al., 2016) (G. Kiekens et al., 2018; Kiekens, 2017) La séquence temporelle au sein des SITBs n'est pas non plus constante : parfois les NSSI peuvent précéder les autres SITBs, d'autres fois les succéder, ou être concurrentes (Whitlock et al., 2013). Une autre étude rapporte qu'une âge de début des NSSI avant l'âge de 12 ans augmente significativement la fréquence et la sévérité des futures NSSI par rapport à une âge de début en fin d'adolescence, sans différence dans les moyens employés pour provoquer les NSSI, et augmente également la probabilité de réaliser une TS plus tard.

Les jeunes ayant commencé les NSSI après l'âge typique de début (14-15 ans) présentent une mineur fréquence des blessures et ont moins besoin de recours médicale pour soigner leurs plaies (Muehlenkamp et al., 2019). La sévérité de la blessure et donc l'aide médicale requis corrèlerait avec une consommation de substances pendant l'acte de blessure (Lloyd-Richardson et al., 2007). Le nombre d'épisodes de NSSI et le fait de ne pas se confier aux figures parentales pour la demande d'aide en cas de détresse, sont les deux facteurs qui augmenteraient les risque pour un futur comportement suicidaire (Whitlock et al., 2013).

De plus, un étude montrait que les sujets qui disaient présenter moins de douleur physique lors qu'ils s'engageaient dans les NSSI, présentaient moins d'épisodes de NSSI, mais présentaient significativement un risque majoré de commettre une TS (Nock et al., 2006).

3.1.6 Les fonctions :

Une étude montre comme la propension à vouloir taire et *supprimer des pensées considérées comme non souhaitées* corrèle avec la présence et la fréquence des SITBs (Najmi et al., 2007). Une méta-analyse individuelle neuf fonctions pour les NSSI, subdivisées en deux grandes catégories. La première, et largement la plus fréquente (66-81%), regroupe les *fonctions intrapersonnelles* : esquiver un état émotionnel ou cognitif négatif non désiré est l'intention retrouvée le plus souvent, suit la régulation des émotions, et ensuite induire un état positif ou s'auto-punir. La deuxième, rassemble les *fonctions à valeur interpersonnelle*, où on retrouve surtout la fonction d'alerte communicative d'un état de détresse ; les fonctions à but d'influencer ou de punir les autres sont les moins fréquentes (Taylor et al., 2018). Cependant, chaque sujet peut recourir à plusieurs fonctions. Les NSSI ont sans doute une fonction sociale, du fait qu'elles restent un comportement appris par les autres, ce qui pourrait expliquer sa contagion sociale. Selon une théorie référée aux études sur la communication animale, se prêter à une action couteuse et dommageable sur soi a une plus haute probabilité d'être prise au sérieux par les autres (Nock, 2009). Les chercheurs ont observé que, paradoxalement, il se vérifie une sorte « *d'analgésie induite par la douleur* » : les endorphines, délivrées au cours du geste, pourraient dériver de la simple répétition des NSSI ou être la conséquence physiologique d'antécédents d'abus (Nock, 2009). La fonction d'autopunition pour les NSSI dériverait de *l'intériorisation* des critiques et des dépréciations reçues dans un environnement familiale non soutenant et corrélait, de ce fait, avec des cognitions critiques envers soi-même (Nock, 2009). S'engager dans des blessures auto-infligées non suicidaires, dans certains cas, provoque une amélioration des relations intra-familiales, dans d'autres cas, affecte négativement l'environnement familiale (Baetens et al., 2014) (Nock, 2009). Par ailleurs, plusieurs auteurs concordent que parmi les fonctions intrapersonnelles il y a la volonté de réduire et réguler les idées suicidaires (Taylor et al., 2018) (Hooley et al., 2020a).

3.1.7 Les méthodes :

Swannell V.S et ses collègues (2014) rapportaient que, chez les filles, la méthode la plus courante utilisée pour provoquer la blessure était par le moyen d'un objet coupant, et, pour les garçons, le fait de se frapper ou se cogner une partie du corps ou la tête. Une méta-analyse retrouve une différence significative entre les deux genres, où les filles présenteraient plus souvent les méthodes suivantes par rapport aux garçons : se couper (OR = 2,64, 95% CI 1,78-3,29), se mordre (OR = 1,48, 95% CI 1,02-2,14), se gratter (OR=1,65, 95% CI 1,28-2,15), se pincer (OR = 1,23, 95% CI 1,06-1,42),

interférer avec la guérison d'une plaie (OR=1,83, 95% CI 1,01-3,27) (Bresin & Schoenleber, 2015). Dans une autre étude, les résultats montrent des différences significatives pour les méthodes selon le sexe : se gratter, se frotter, se pincer sont à faveur du sexe féminin, et se brûler ou se marquer la peau avec une source de chaleur ou un liquide corrosif sont plus fréquents chez le sexe masculin (Victor et al., 2018). Une scoping revue, conduite sur des étudiants chinois, retrouve en ordre de fréquence, pour les filles, l'action de se gratter, se pincer, se couper et pour les garçons se cogner, se frapper, se gratter, se mordre (Qu et al., 2022).

3.1.8 Les localisations sur le corps :

Par rapport à la localisation des blessures sur le corps, en dehors des avant-bras, il y a une différence significative selon le genre seulement pour la poitrine/thorax (plus fréquent chez les garçons) et le ventre et les cuisses (plus fréquent chez les filles)(Victor et al., 2018). Un consensus existe autour de l'importance d'utiliser des checklists listant les fonctions, les méthodes, les localisations, en entretien comme dans les auto-questionnaires, pour aider le repérage clinique, surtout parce qu'il existe des formes d'auto-blessure peu visibles (se cogner, se couper ou se brûler dans un partie du corps habituellement cachée) (Hooley et al., 2020).

3.1.9 Corrélats et facteurs de risque :

La plupart des études permettent d'estimer les *facteurs co-corrélés* aux NSSI, peu d'études ont réussi à extraire des *facteurs de risque absolus*. Pour estimer ces derniers, effectivement, nous nécessitons d'études longitudinales sur une période adéquate qui prendrait en compte énormément de variables et de facteurs confondants (Fox et al., 2015).

3.1.9.1 La dysrégulation émotionnelle et l'impulsivité :

L'âge moyenne de début des NSSI pour les deux sexes (14-15 ans) coïnciderait avec l'âge où le control de l'impulsivité et des émotions est au niveau développementale le plus fragile, marquant une période développementale particulièrement vulnérable et ressentie comme stressante au niveau intrapersonnel et interpersonnel (Zelkowitz et al., 2016)(Gandhi et al., 2018)(De Luca et al., 2023). Nous pourrions considérer la dysrégulation émotionnelle comme un fort co-corrélat aux NSSI, qui sont employées justement pour réguler la fluctuation d'états émotionnels, pour améliorer l'humeur globale, pour éviter des ruminations pénibles (Zelkowitz et al., 2016).

Les jeunes qui ont un haut degré d'impulsivité et une grande difficulté à réguler leurs affects persisteraient dans des stratégies de régulation mal adaptatives (comme les NSSI), qui deviendraient de plus en plus inefficaces, pouvant aboutir plus tard à une forme expressive constitutive d'un ou plusieurs troubles psychiatriques : trouble des conduites, trouble de la personnalité borderline et trouble du comportement alimentaire etc (Gandhi et al., 2018). Si on considère uniquement le sexe féminin, c'est la population clinique qui, surtout, contribue au deuxième pic de fréquence (vers 20 ans) des NSSI ; par ailleurs, un troisième pic au sein de cette population, et non au sein de la population générale, avait été observé vers l'âge de 24 ans, même si les auteurs restent prudents quant à des possibles artefacts méthodologiques. Ce pic bimodale, voire tri-modale, pourrait représenter une fracture dans le processus développementale de formation de l'identité en fin d'adolescence et au début de l'âge adulte, correspondant à une deuxième vague développementale critique pour l'émergence des troubles psychiatriques (Gandhi et al., 2018).

3.1.9.2 NSSI et trouble de la personnalité borderline

Traditionnellement, les NSSI, mais également les crises de boulimie, ont été associées au trouble de la personnalité borderline, car elles apparaissent parmi les critères diagnostiques (Swannell et al., 2014). Une méta-analyse confirme que présenter un trouble de la personnalité borderline augmente le risque de future auto-infliction de NSSI (Fox et al., 2015). Pour pouvoir diagnostiquer un trouble de la personnalité borderline, néanmoins, d'autres critères diagnostiques sont requis, mais les adolescent.es qui présentent des NSSI, souvent, ne remplissent pas suffisamment les autres critères du trouble. Une étude sur une population clinique montrait qu'il n'existait qu'un over-lap modéré entre diagnostic de NSSI et trouble de la personnalité borderline ; cet over-lap ne serait pas majeur que celui entre NSSI et troubles dépressif et entre NSSI et trouble anxieux (Glenn & Klonsky, 2013). Les NSSI ne sont pas un signe pathognomonique du trouble de la personnalité borderline, néanmoins présenter tous les critères du DSM-5 pour le diagnostic de NSSI représente un facteur de risque pour le trouble de la personnalité borderline (Selby et al., 2015). Une revue a étudié les possibles ponts entre NSSI et trouble de la personnalités borderline ; les critères où les deux entités se rapprochent le plus, qui seraient à surveiller pour affirmer ou infirmer une comorbidité, sont : la présence de cognitions et émotions négatives avant l'acte de blessure, de ruminations récurrentes autour des NSSI (critères C de NSSI), de préoccupations ou d'efforts pour éviter l'abandon, d'un sentiment de solitude et d'un isolement social, la présence d'une impulsivité importante (Buelens et

al., 2020). La syndrome de NSSI comorbide au trouble de la personnalité borderline à l'adolescence corrèle, dans une étude, sans surprise, avec la sévérité de la présentation clinique (Guénolé et al., 2021). Si les critères pour le trouble de la personnalité borderline peuvent être cochés à l'adolescence à un moment donné, il pourrait se vérifier une rémission de ces symptômes quelques années plus tard : certains auteurs suggèrent, éventuellement, qu'il serait plus prudent d'utiliser, dans un premier temps, le terme de « crise borderline à l'adolescence » (Robin et al., 2023).

3.1.9.3 NSSI et évènements de vie adverse

Il a été largement documenté que les différentes formes d'abus infantile (sexuel, physique, émotionnel) et de négligence (émotionnelle et physique), qui constituent dans l'ensemble les « adverse childhood's experience(s) » (ACE), représentent un véritable facteur risque de survenue des NSSI, et de l'ensemble des SITBs (risque majoré entre 2 et 3 fois environ), au cours de l'adolescence comme effet délétère à long-terme, impactant avant tout les capacités de régulation émotionnelles et l'estime de soi (Nock, 2009)(Wan et al., 2015)(Serafini et al., 2017) (Liu et al., 2018) (Angelakis et al., 2020).

Une étude menée chez des adultes, qui interroge le lien entre prévalence vie-entière des NSSI et les antécédents de violence vécue, retrouve quatre clusters latents : un premier cluster qui regroupe les sujets qui n'ont pas vécu de violence physique ni sexuelle, directement ni comme témoin dans l'environnement familial, un deuxième qui réunit les sujets ayant subi une violence sexuelle mais qui présentent des bas niveaux de violence physique, de négligence et de violence intra-familiale, un troisième qui assemble les sujets ayant vécu surtout des violences physiques et de la négligence au sein de l'environnement familiale, et un quatrième cluster à haut niveau de violence sexuelle, physique, négligence individuelle et violence intra-familiale. La prévalence vie-entière des NSSI était majeure pour le cluster quatre, suivi par le cluster trois et deux. Le deuxième cluster est représenté de manière prévalente par le sexe féminin et le troisième par le sexe masculin. (Vaughn et al., 2015). Cependant, les ACE, comme d'autres facteurs corrélés considérés pour les NSSI, n'augmentent pas de beaucoup, en réalité, le risque absolu de manière spécifique, c'est-à-dire que, de manière plus globale, sont des facteurs de risque partagés avec d'autres troubles psychiatriques, dont le trouble de la personnalité borderline (Nock, 2009)(Fox et al., 2015) (Marques-Feixa et al., 2021a).

Une étude retrouve, néanmoins, que les patient.es qui présentent des épisodes dissociatifs face à la réactivation traumatique sont plus à risque des présenter des NSSI et des TS, indépendamment du trouble psychiatrique comorbide, et même considérant la consommation d'une substance avant le geste comme facteur confondant (Calati et al., 2017).

Les violences subies pendant l'enfance remanient au niveau neurobiologiques les capacités de régulation émotionnelle, avec le résultat de conditionner la manière avec laquelle le jeune perçoit son environnement et donc avec laquelle il pourrait faire face à de futures situations stressantes en dehors d'un contexte de violence (Marques-Feixa et al., 2021).

Le fait qu'un enfant (9-10 ans) rapporte des conflits au sein de sa famille suffit pour augmenter le risque suicidaire (OR 1,4–1,8, 95% CI 1,1–2,5) (O'Connor & Robb, 2020). Une étude plus ancienne montrait également le rôle médiateur cognitif de l'auto dévalorisation ou l'auto-critique négative (« self-criticism ») entre, dans le spécifique, l'abus émotionnel pendant l'enfance et les NSSI à l'adolescence (Glassman et al., 2007). Il a été mis en lumière, à ce titre, dans plusieurs études, que au-delà des formes de maltraitance plus sévères, et malgré qu'il ne soit pas évident de qualifier précisément l'environnement familial, il se produise des formes plus frustrées d'interactions adverses parent-enfant, comme à travers le mécanisme d'invalidation théorisé par M. Lihenan en 1993, ou comme par le biais d'un haut niveau d'expression critique au sein de la famille, ou par une mineure surveillance, ou par un mineur support, qui augmentent le risque des NSSI et suicidaire à travers, des schémas cognitifs plus implicites, qui se basent, par exemple, sur le vécu de honte, et qui perturbent la formation de la représentation de soi au cours du développement (Lihenan, 1993)(Nock, 2009)(Brausch & Gutierrez, 2010)(Cipriano et al., 2020)(Mahtani et al., 2019). Une littérature naissante étudie les corrélations entre perception des normes sociales (comme celles relatives aux cérémonies d'alliance, les rôles et les identité des genres dans la société, etc) et les SITBs et indique l'importance de porter intérêt au contexte singulier perçu pour comprendre le poids et la dynamique des facteurs sociales impliqués dans la santé mentale (Dempsey et al., 2023). Il est possible que les adolescent.e.s perçoivent, comme facteurs de stress sociaux des invalidations normatives, qui intériorisent, qui deviennent source de honte et de tabou et qui pourraient entrer en jeu dans la perception de soi et dans l'auto-évaluation personnelle, créant une détresse vis-à-vis de l'inadéquation ressentie par rapport à la norme.

3.1.9.4 NSSI comme possible facteur de risque de détresse future

Une étude montre comme la perception subjective quant à sa propre capacité de réguler les émotions prédit la répétition future des NSSI, la détresse future et un mineur support social (Kiekens, 2017). Les principales fonctions rapportées pour les NSSI pourraient contribuer à maintenir les renforçateurs responsables d'un fonctionnement social inapproprié: s'auto-blesser pourrait entretenir le fait de continuer à se distraire des pensées et émotions ressenties comme source de honte, pourrait devenir le seul moyen pour rejoindre un état désiré et une autostimulation, au détriment d'autres moyens sociaux adaptatifs, pourrait faciliter la demande d'aide, faire éviter les conflits et une situation sociale non désirée. Et cela d'autant plus, grâce à l'efficacité à court-terme des NSSI et par le fait qu'elles procèdent par un geste pragmatique tout à fait à portée de main (Nock, 2009). Il a été observé, dans une étude, que il y avait une relation significative entre évitement d'affects ou d'expériences et apparition d'idées suicidaires, relation fortement modérée par la présence des NSSI (Brausch & Woods, 2019). Se provoquer des NSSI de manière répétée corrèle, finalement, avec une augmentation des ruminations au cours du temps, avec une majoration de la dysrégulation émotionnelle et avec la difficulté à affronter les nouveaux événements interpersonnels et à adopter des stratégies communicatives efficaces (Buelens et al., 2019)(Nock, 2009). L'absentéisme scolaire corrèle positivement avec la présence des NSSI dans un autre étude (Epstein et al., 2020).

3.1.9.5 Marqueurs et corrélats biologiques

Une littérature croissante existe autour des corrélats biologiques, avec l'objectif d'identifier les risques et le pronostic individuels, éventuellement de trouver des traitements adéquats. Plusieurs auteurs font appel à la nécessité d'études longitudinales pour éclaircir la dynamique des modifications en lien avec les facteurs environnementaux. Représenter l'exhaustivité de ces résultats très intéressants dépasserait l'objectif de ce travail, nous illustrerons à titre indicatif quelques exemples d'études et revues.

Au niveau de la connectivité neuronale, des différences significatives ont été montrées entre les sujets qui présentent des NSSI et ceux qui ne présentent pas des NSSI dans le « mode-default-network » dans sa partie ventrale et antérieure et dans l'insula pour le « salient network », indicatifs de perturbations dans l'auto-évaluation, dans l'intégration des signaux corporels, dans l'auto-référentialité quand il s'agit de s'imaginer et de planifier le futur (Ho et al., 2021). Dans une revue

les résultats conduisent à retenir qu'au niveau de l'IRM structural on retrouve un volume réduit dans le cortex préfrontale ventrale, dans le cortex orbitofrontale et dans le cortex cingulaire antérieur chez les sujets qui présentent des SITBs. Au niveau de l'IRM fonctionnel, on peut observer une activation plus émoussée au niveau du striatum et dans le circuit fronto-lingual. Dans l'IRM Resting State, on peut constater une réduction de la connectivité dans le mode-default-network sur les mêmes zones et également dans le salience-network chez les sujets qui présentent des SITBs (Auerbach et al., 2021).

Dans une étude, les opioïdes B-endorphine et la met-encéphaline, impliqués dans la médiation du stress et de la douleur, ont été retrouvés plus élevés dans le liquide céphalo-rachidien chez le groupe avec NSSI par rapport au groupe sans NSSI (Stanley et al., 2010).

3.1.9.6 NSSI et troubles psychiatriques comorbides

L'étude de Vaughn et ses collègues démontre, entre autres, dans le contexte d'antécédent d'ACE, comme la comorbidité des NSSI la plus fréquente pour le sexe féminin correspond aux *troubles internalisés* et pour le sexe masculin aux *troubles externalisés* (en référence au DSM-IV), alors que les troubles de la personnalité étaient retrouvés dans les deux sexes. Les auteurs trouvaient dans la population masculine une fréquence élevée du trouble liée à la consommation d'alcool, cannabis et d'autres substances illicites, et également des troubles des conduites antisociales, dont être auteur de violence (Vaughn et al., 2015).

Des études successives ont confirmé la corrélation entre présence de NSSI et troubles externalisés, surtout quand un TDAH comorbide est diagnostiqué, où les NSSI sont présentes dans le 50% des cas (Meszaros et al., 2017). L'utilisation de cannabis corrèle dans une meta-analyse avec la présence des SITBs (Escelsior et al., 2021).

Une étude montrait que la moitié des adolescent.e.s (12-17 ans) qui présentant des NSSI présentaient un trouble internalisé corrélé, surtout chez les filles, comme un trouble dépressif, un trouble du stress post traumatique ou un trouble anxieux ; presque le 60% des jeunes remplissaient les critères pour un trouble des conduites ou un trouble de provocation et opposition, surtout chez les garçons, mais pas exclusivement, et plus d'un tiers des jeunes présentaient un trouble lié à la consommation d'une substance (Nock et al., 2006). D'autres études confirment l'overlap entre NSSI et troubles internalisés, comme le trouble anxieux et dépressif (Miscioscia et al., 2022) (Raffagnato et al., 2022). La faible estime de soi et les ruminations sur les erreurs et échecs passés et

leur généralisation au présent représenteraient les corrélats les plus forts pour les troubles internalisés selon un autre étude (Hazzard et al., 2023). Le PTSD et le trouble panique représentent, dans une autre recherche, les troubles où le risque de présenter des NSSI serait le plus élevé ; à l'inverse, le diagnostic de trouble bipolaire ou l'anxiété sociale ne révéleraient pas un risque significativement majoré (Bentley et al., 2015).

3.1.9.7 NSSI et trouble du comportement alimentaire

Une étude montre comme les sujets qui présentent à la fois des formes directes de blessure, comme les NSSI, et à la fois des comportements qui indirectement visent à provoquer une lésion au corps, comme les TCA, les troubles liés à la consommation d'une substance, et les comportements sexuels à risque, rapportent un plus haut niveau d'auto-critique négative et ont un risque accru de présenter des comportements suicidaires par rapport aux sujets qui présentent que des formes indirectes de « self-injury ». Les deux groupes ne diffèrent pas significativement en termes d'estime de soi, d'épisodes de dissociation, d'épisodes dépressifs, de fréquence des critères pour le trouble de la personnalité borderline comorbide, impulsivité et contrôle de l'agressivité (St. Germain & Hooley, 2012).

Une première revue systématique montrait une occurrence entre 25% et 50% environ des NSSI chez les sujets présentant des TCA, surtout chez qui présentaient des conduites de purge ; de l'autre côté, un pourcentage de fréquence entre 50% et 60% des TCA chez des patient.es présentant des NSSI (Svirko & Hawton, 2007). Parmi les TCA, c'est surtout la sous-forme de boulimie à présenter majoritairement les NSSI comorbides (Cucchi et al., 2016)

Plusieurs études concordent que il y ait une relation entre le « self-criticism » et les sujet qui présentent les NSSI, comme composante cognitive négative interférant avec l'estime et la valorisation de soi, par rapport aux sujet qui ne présentent pas de NSSI. La même corrélation a été trouvée, et dans la même proportion, pour les sujets qui ont reçu un diagnostic de TCA, surtout le type boulimique qui présente des conduites de purge et en second lieu le type qui combine conduites de purge, bingeing, et restriction alimentaire. Le « self-criticism » pourrait représenter selon les auteurs l'élément clinique partagé au croisement des NSSI et TCA (Zelkowitz & Cole, 2019).

3.1.9.8 NSSI, vie avec les pairs, vie virtuelle

Plusieurs revues systématiques et métaanalyses retrouvent des associations fortes et positives entre harcèlement et l'ensemble des SITBs ; entre SITBs et le fait d'avoir été victime ou auteur de cyber-bullying, d'avoir publié ou avoir été exposé à des contenus concernant les SITBs sur le net, d'avoir pratiqué le sexting, ou de présenter un usage problématique des réseaux sociaux (Huang et al., 2022; John et al., 2018; Nesi et al., 2021; Serafini et al., 2023).

3.1.10 Lésions auto-infligées non suicidaires et image du corps :

P. Schilder parlait d'une fonction stabilisatrice et organisatrice, pour l'image du corps, de la douleur provoquée lors des automutilations (Schilder, 1935). L'altération de la perception corporelle avait spécialement caractérisé l'étude des troubles du comportement alimentaire ; au cours des dernières années, les recherches autour de l'image du corps se sont étendues également au contexte des autres formes d'attaque du corps. Vers la fin des années quatre-vingt pour la première fois des chercheurs montraient qu'une attitude négative et une insatisfaction envers son propre corps augmentait la probabilité de présenter un comportement d'auto-blessure non suicidaire et suicidaire. Une étude cas-control, des mêmes chercheurs, observait, chez des jeunes entre 14-18 ans, qui avaient tenté le suicide, une dissociation corporelle, des considérations négatives sur son propre corps vu comme non protecteur et non allié à soi-même, et une plus grande disposition affective négative, par rapport au groupe qui ne présentait pas de « self-harm » (Orbach et al., 2001)(Orbach et al., 2006). Leur hypothèse était que plus le corps est appréhendé par le sujet comme « un objet », plus la tendance à l'attaquer serait importante.

Dans une étude où l'échantillon était représenté par des jeunes en population générale, on montrait que le risque accru de présenter des idées suicidaires était associé à des scores élevés aux questionnaires évaluant les habitudes alimentaires, les comportements boulimiques et les attitudes envers son propre corps (comme les comparaisons, l'apparence, l'appréciation globale, le niveau de confort) sans différence selon le genre et le statut socio-économique (Miotto et al., 2003). Une autre étude, également, menée dans des établissements scolaires, confirmait le lien entre présence d'idées suicidaires, NSSI passées, affects dépressifs, et, comme facteur indépendant, des sentiments négatifs envers son propre corps et une moins bonne attitude à prendre soins de son propre corps ; le genre ne représentait pas une variable prédictive (Brausch & Muehlenkamp, 2007). Une étude cas-control

chez une population non clinique mettait en évidence que chez les cas qui présentaient des NSSI, par rapport aux contrôles, il existait une corrélation avec les critères pour le TCA, surtout la forme boulimique, avec une plus grande insatisfaction corporelle et avec une plus grande difficulté dans les relations sociales (Ross et al., 2009). Une autre étude, conduit dans une école dans le cadre d'un projet de dépistage en santé mentale, compare un premier groupe qui ne présente aucun type de blessure auto-infligée, un deuxième groupe qui présente uniquement des NSSI, et un troisième groupe qui avait présenté une ou plusieurs TS : l'insatisfaction envers le corps, les comportements et les attitudes alimentaires à risque et les plaintes somatiques distinguait le mieux et significativement les deux groupes qui présentaient des attaques du corps par rapport au premier groupe ; il n'y avait pas de différence significative pour ces mêmes facteurs entre le groupe NSSI et le groupe TS, alors que ces deux groupes différaient entre eux en termes de support parentale et d'estime de soi. Cette étude montre, par ailleurs, que la modification de la perception corporelle (regard négatif envers son propre corps, la modification de l'attitude envers l'alimentation, symptômes physiques) précède l'effondrement de l'estime globale de soi (Brausch & Gutierrez, 2010). Une étude plus récente menée en population générale chez des étudiants retrouve également qu'une image du corps négative et le fait de regarder son propre corps comme non protecteur et détaché de soi-même augmente le risque de présenter des NSSI, d'autant plus quand il existe un niveau de colère élevée et non exprimée vers l'extérieur (Cipriano et al., 2020). Une étude combine, pour la première fois, population clinique (trouble d'opposition et provocation, trouble de conduites, trouble dépressif) et population générale (école) de façon à représenter un continuum dimensionnel au sein de l'échantillon: l'altération de l'image du corps, évaluée à travers la « Body Investment Scale », de Orbach et son équipe, représentait le facteur médiateur entre les affects dépressifs et les NSSI, à tel point que la relation directe entre affects dépressifs et les NSSI devenait non significative. Les auteurs pointent, en conclusion, la nécessité d'approfondir la recherche sur le développement de l'image du corps à l'adolescence (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

Une autre recherche distinguait deux facteurs médiateurs, indépendants et cumulatifs, impliqués dans l'apparition des NSSI chez une population clinique TCA, surtout le type binging/purge : d'abord la dissociation post-traumatique et puis l'insatisfaction corporelle, surtout quand associée à une situation d'abus pendant l'enfance. Dans un contexte traumatique l'état dissociatif contribuerait

davantage au détachement du corps de soi et les NSSI permettent un retour à un ancrage sensoriel et physique (Muehlenkamp et al., 2011).

Une étude démontre comme la présence des NSSI représente en soi un facteur de risque pour une détresse future, aussi par le biais du dégoût ressenti par rapport à ses propres cicatrices. Les cicatrices peuvent avoir un impact dans la vie sociale du sujet car souvent sont interprétées comme un signe de recherche d'attention, par conséquent cela pourrait provoquer des formes de rejet et de stigmatisation sociale, contribuant à la détresse et à l'isolement du sujet (Buelens et al., 2019).

Une autre association intéressante, retrouvée par des auteurs, est celle entre la prévalence vie-entière ou prévalence 12 mois des NSSI et début du ménarche, NSSI et cycles irréguliers et douloureux (X. Liu et al., 2018). Nous pourrions supposer des intrications hormonales-psychiques qui pourraient contribuer à la détresse et à la dysrégulation, et inversement. Nous pourrions imaginer également un retentissement de ces perturbations sur l'image du corps.

Une autre facette étudiée de l'image, plutôt cachée, du corps, est l'intéroception. En réalité, l'intéroception s'apparente plus au schéma corporel, à côté de la proprioception et de l'extéroception. L'intéroception est la capacité à collecter et à décoder les stimulus dérivants des différents organes internes du corps à travers le système nerveux périphérique (stimulus de la soif, fréquence cardiaque, perception thermique, distension vésicale, fatigue musculaire etc). Elle pourrait jouer un rôle dans la régulation émotionnelle, dans les biais attentionnels et cognitifs, dans les distorsions perceptives, dans la réactivité physiologique, dans la confiance dans ses propres capacités physiques. L'intéroception est évaluée à la fois avec des méthodes non invasives capables de capturer des variations physiologiques et à la fois avec des méthodes de self-reports (Khalsa et al., 2018). Notamment, un déficit de l'intéroception, donc la perturbation de la conscience corporelle et la difficulté à interpréter correctement des signaux corporels internes, a été observé chez des sujets qui présentaient des NSSI ou des TCA par rapport aux contrôles, et corrélait avec un risque accru de présenter des idées suicidaires (Klabunde et al., 2017) (Brausch & Woods, 2019)(Gioia et al., 2022).

L'intériorisation de la stigmatisation envers la population LGBTQA+ corrèle, dans une revue systématique, avec des préoccupations autour de l'image du corps et avec des comportements sexuels à risque (Nowicki et al., 2022).

Une autre catégorie qui est en train d'être méditée, mais qui reste encore empirique et théorique, sont les formes des NSSI où la blessure est recherchée intentionnellement mais infligée indirectement, en passant par le biais d'un autre agent, pour réguler les émotions ou pour résoudre des conflits interpersonnels. Les exemples incluent : les situations dans lesquelles le sujet s'engage dans des pratiques sportives avec le but de se causer une blessure et persiste malgré s'être blessé, les situations dans lesquelles le sujet provoque des animaux pour se faire mordre ou attaquer, ou quand il recherche le combat physique avec d'autres êtres humains, quand il entreprend des activités sexuelles pour se provoquer de la douleur, ou dans des procédures esthétiques ou cosmétiques avec la recherche d'un dommage immédiat. Ces comportements prolongent la détresse clinique, souvent préexistante, mais interrogent également l'acceptabilité sociale et donc le seuil dimensionnel pathologique (Mann, 2022).

La catégorie « sex-as-self-injury » (SASI) partage avec les NSSI les fonctions intrapersonnelles et interpersonnelles liées à la blessure : en particulier le sujet cherche à exprimer une haine envers son propre corps, à s'autopunir, à rechercher des contacts humains sans ressenti de désir et ni attirance physique. Le SASI est fréquemment associé à des antécédents d'abus sexuel comme une forme de répétition traumatique qui perpétue l'état dissociatif, prédispose au risque de s'exposer à des nouveaux abus physiques et sexuels, augmente le risque de comorbidités médicales (douleur pelvien, IST) et de troubles liés à la consommation d'une substance (Hedén et al., 2023).

3.2 DU CÔTÉ DE LA LITTÉRATURE PSYCHOPATHOLOGIQUE PSYCHANALYTIQUE :

Nous essayerons d'illustrer ici un aperçu des travaux et des propositions interprétatives de Catherine Matha et Fanny Dargent. Par ailleurs, beaucoup d'autres psychanalystes ont contribué à la lecture psychopathologique des scarifications. Pour bien éclaircir les concepts exposés juste

ensuite, nous devrions, idéalement, retracer l'évolution dynamique des enjeux psychiques pour un sujet particulier au cours de sa prise en charge. Il sera plutôt question, pour ce travail, de partager les notions générales qui pourraient aider à une première compréhension psychopathologique de toute situation de blessure auto-infligée non suicidaire.

Les blessures auto-infligées non suicidaires se placent à la frontière des troubles internalisés et externalisés : d'un côté, l'adolescent.e se confronte à la position dépressive, de l'autre, il recourt à l'acte. Il y a en effet une dépressivité et un repli narcissique et à l'entrée de l'adolescence nécessaires pour se défaire des objets parentaux investis jusque-là et pour repartir à la découverte des nouveaux objets génitaux. Le monde interne de l'adolescent se trouve à devoir contenir seul une marée montante pulsionnelle, propre de la puberté. À défaut de fusionner et posséder les objets parentaux, l'adolescent.e chemine vers la séparation et choisit plutôt de trouver la voie de l'identification, mais tout se passe à coût d'une angoisse de perte définitive, de meurtre et d'inceste. Si le théâtre intérieure ne filtre pas suffisamment l'envahissement de la libido, avec des représentations préconscientes qui la camouflent et qui tiennent à vue et haut l'horizon de l'idéal du moi, le risque est son déluge inarrêtable. La peau alors devient symboliquement la digue qui pourrait freiner *réellement* la catastrophe.

La traversée de l'Œdipe comporte forcément une certaine précarité des frontières intrapsychiques et des frontières entre le soi et les objets extérieurs. La poussée libidinale à l'adolescence ne suffit pas, par contre, à expliquer la psychopathologie contemporaine de l'adolescent.e, caractérisée fréquemment par les présentations état-limite et narcissique, mais pas uniquement, qui s'expriment volontiers par des blessures sur soi.

Les traces mnésiques précoces sont vécues dans un registre plus perceptivo-sensoriel, du fait de l'immaturation des capacités de représentation : elles s'inscrivent donc dans le corps. Les traces qui n'ont pas pu s'intégrer de manière adéquate affleurent la surface au moment de la puberté pour retrouver un voie d'élaboration, mais, souvent, elles provoquent un débordement trop important pour l'économie psychique (Matha, 2018).

Quand un traumatisme est bien supposé être là et avoir laissé une trace, la résolution psychopathologique, ne devrait pas se concentrer, par contre, sur la mesure et la caractérisation du traumatisme '*réel*', mais plutôt sur l'exploration du traumatisme '*psychique*'. Pour tant que l'escalade

de la quête du fait traumatique réel toujours plus télescopé dans le détail soit intrigante, le problème ce n'est pas moins la présence de ce même fait traumatique, mais c'est « *l'emprisonnement* » de l'adolescent dans cette étiologie enfin identifiée et la difficulté à négocier avec son angoisse (Dargent, 2011). Alors, la clé de la compréhension serait de pouvoir saisir le déroulement de la trace traumatique au sein de la scène intérieure psychique, pour reconnaître quelle place occupe et pour observer comment le sujet s'y confronte. C'est au cours des séances qu'il est possible d'observer dans quelles angoisses, dans quels fantasmes, dans quelles défenses le jeune est absorbé.

Si, pendant l'enfance, le traumatisme est intraitable, représentativement, par définition, déjà il crée des failles dans le « *moi* ». À l'adolescence, le retour du refoulé, trouve difficilement dans le moi fragilisé des limites capables de l'endiguer ; pour se défendre du refoulé, le sujet est amené inconsciemment à élargir la faille préexistante et à « *cliver le moi* » (Dargent, 2011).

Le retour refoulé et l'envahissement libidinale propre de cette âge émergent ensemble et se confondent sur la scène ; l'adolescent.e se trouve confronté aux doutes existentiels d'avoir provoqué lui-même la séduction de l'objet, ou d'avoir pris satisfaction d'un interdit sociétale, il revisite les déceptions et les frustrations dans la relation avec les objets d'amour. Une incertitude insupportable se noue à l'interface du plaisir et de la souffrance. Le *moi* adolescent.e se trouve donc écrasé, ou presque, entre deux presses, le ça pulsionnel et chaotique et le surmoi despotique et intransigeant. Le sujet essaie alors inconsciemment de mettre à distance ses objets à la fois « *excitants et hostiles* », en les jetant dans une « *partie clivée du moi* », mis sous surveillance dans un coin du moi, tout en les laissant « *dans le moi* », à revendication d'un besoin de ses objets et par peur de la rupture définitive (Dargent, 2011).

La question du masochisme se pose pour la charge punitive que le geste emporte, mais qui dépasse, néanmoins le masochisme primaire, où la libido sexuelle est rattachée à la pulsion de mort. Le masochisme peut devenir un « *auto-sadisme* » (Dargent, 2011). En effet, au cours de l'acte même, le plaisir n'accompagne plus l'agressivité, alors que le geste prend origine dans l'univers inconscient où, là-bas, à l'insu du sujet, il y a éventuellement eu satisfaction. Il s'agit tout de même d'un acte de survie à l'expérience de face à face avec l'objet (Matha, 2011).

Au niveau inconscient les fantasmes qui remuent le sujet naviguent autour de l'Œdipe, de la bisexualité psychique donc de la position passive et active, des processus identificatoires, soit

l'assimilation des caractéristiques d'autrui à visée transformative et constitutive personnelle, du stade génitale, de la castration etc. C'est proprement la relation d'objet que l'adolescent.e cherche à contourner, car se relationner avec un objet signifie assumer une subjectivité, et assumer une subjectivité passe par la différenciation avec l'objet. S'engager dans une intersubjectivité et accepter l'impossibilité d'une maîtrise totale, comporte bien évidemment de risques pour l'identité fragile et en voie de construction de l'adolescent.e, mais aussi des occasions bénéfiques essentielles pour « *l'achèvement des processus identificatoires* » (Matha, 2018). Les processus identificatoires remplacent à l'adolescence les relations primaires, ouvrent le large et poussent plus loin le périmètre d'épanouissement personnel.

Il se vérifie parfois que l'adolescent.e n'arrive plus à mettre en dialectique ni à jouer, dans son espace auto-érotique psychique, avec la relation qu'il tient avec l'objet d'amour réel et celle avec l'objet fantasmé (Fanny Dargent, 2011). En effet, le tissage des fantasmes inconscients et leur ascension, une fois transformés, au préconscient, présume une bonne qualité de « *l'autoérotisme* ». Les représentations dans le préconscient et puis dans le conscient peuvent émerger seulement si d'abord, le sujet aie su profiter de « *l'hallucination de satisfaction* » de Freud, c'est-à-dire d'une satisfaction, plus ou moins indistincte, qui est imaginairement produite en l'absence de l'objet, qui accroît la capacité à attendre, à différer avant le nouveau appel à l'objet, car la pulsion sait se contenter et se combler dans l'espace corporel propre du sujet. Cela comporte bien évidemment que le sujet aie expérimenté dans son vécu primordial des satisfactions réelles, apportées par un environnement « *suffisamment bon* » (pour reprendre Winnicott). Aussitôt, l'accès à l'auto-érotisme « *prépare à la relation d'objet* », est « *voie d'accès à l'objet totale* » (Matha, 2018). Le processus de séparation-individuation comporte donc, d'un côté, le pouvoir investir intérieurement les objets d'amour en l'absence de leur perception et malgré la peur de leur perte, de l'autre, le savoir se différencier sans se laisser piéger par les fantasmes inconscients ravivés d'un investissement libidinal excédant, au risque de se sentir condamné pour meurtre ou inceste (Matha, 2018).

Si le moi est clivé, il n'aura pas assez d'espace pour héberger une intimité de qualité pour la rêverie, pour le jeu de « *liaison* », pour les ébauches de représentation des tiers acteurs et des scénarios, donc encore moins le traumatisme ne pourra pas être traité correctement au vu des nouvelles pulsions et des nouvelles expériences. Ce qui va être clivé, veut être en même temps « *expulsé* », donc privé

des aller-retours entre le moi et le ça qui permettent l'élaboration (Dargent, 2011). Dans certaines situations la libido d'objets 's'obstine' à être maintenue par le sujet dans le *moi* de manière clivée. L'adolescent.e ne sait plus si ce qui se tient sur le fil du moi coïncide avec le soi ou l'objet ; il finit parfois par prendre les objets clivés comme des « *parties de soi* », donc il attaque de l'extérieur pour viser cet intérieur et pour le « *neutraliser* », il attaque pour couper l'esprit du corps, ressenti comme source de pulsions néfastes. Le sujet « *instaure un rapport d'exclusion entre corps et psyché* » pour préserver le plus possible dans la réalité psychique les objets d'amour dans une forme pure, intouchable, pour réduire la pression et la secousse libidinale qui prend origine dans le corps (Dargent, 2011). Le clivage se répercute alors entre la psyché et le corps. L'adolescent.e, inconsciemment, ne pense pas avoir d'autres moyens, en dehors de toute destructivité, pour explorer paisiblement sa scène interne. Fanny Dargent parle d'un « *contre-investissement narcissique* » ou d'une « *résistance narcissique du moi-corps à l'investissement d'objet* » : il y a un embarras à se rapprocher libidinalement des objets, auxquels il est finalement préféré, dans la défiance, le soi narcissique. Nous pouvons constater que la question de la place de l'altérité et du sujet est centrale dans les lésions auto-infligées à l'adolescence, il y a quand même question 'd'un objet', à différence des blessures autistiques ou psychotiques (Dargent, 2011).

L'*auto*-blessure souligne également « *l'autosuffisance* », la mise à distance du vrai objet (Matha, 2018). Agir, pour l'adolescent.e, c'est aussi tentative de se dégager du sentiment « *d'être agi* » par la présence et les désirs de l'adulte, de renverser la passivité en activité (Matha, 2011). Le corps va être attaqué aussi à caractère d'avertissement pour les autres, quand les mots font défaut, la motricité se substituant à la parole. La trace sur le corps se dévoile à l'instar d'une affiche expressive et communicative. L'adolescent.e est en attente que l'autre décode son angoisse (Matha, 2011).

Les blessures sur soi témoignent de cette incapacité à investir librement son monde interne, il y a un évitement et une volonté de maîtrise des voies intérieures, car la pensée elle-même pourrait faire penser des choses ambivalentes, contradictoires, ambiguës (Dargent, 2011)(Matha, 2018). « *Par l'acte* » sur le corps, l'adolescent.e tente de mettre en engrenage les processus de mentalisation, le corps représente la terrain de conquête de sa propre subjectivité (Matha, 2018)(Matha, 2011).

Le corps assume le rôle de « *para-excitant* », par manque d'une pare-excitation psychique solide, il assure une fonction de rassemblement et de contenance pour le sujet (Dargent, 2011)(Matha, 2011).

Le corps est parfois pris « *en otage* », et il peut devenir une « *contrainte externe* » à laquelle le sujet se trouve assujéti (le sujet se montre comme attiré par la douleur de la blessure, par la mort, attiré ou repoussé par la nourriture, attiré par une substance)(Matha, 2018). Quand les blessures se répètent, elles peuvent perdre leurs valeur symbolisant, plus aucun contenu est intériorisé pour être traité, alors, l'adolescent.e se retrouve coincé et attaché aux seules composantes sensorielles et motrices du geste, qui créent un comportement addictif. La répétition addictive ne laisse plus de place à l'appui objectal, elle devient stérile, et le psychisme se retrouve à ne plus être rechargé et nourri fantasmatiquement par des vraies relations d'objet, l'espace intime auto-érotique va être encore plus vidé, il se vérifie un « *mouvement de désobjectalisation* », l'appareil mnésique inconscient est figé dans une immobilisation. L'adolescent.e ne reconnaît plus ce qu'il est en train de chasser (Matha, 2011) (Matha, 2018).

La chair du corps figure les échanges entre soi et l'autre, l'entaille figure la volonté d'indépendance. L'image du corps des limites corporels interroge « *la prédominance d'une enveloppe d'excitation au détriment de l'enveloppe « informative », ce qui marquerait l'expérience d'un manque de significations apportées, liées aux éprouvés précoces* » (Matha, 2011).

Dans le transfert avec le psychanalyste, l'altérité peut être investie et réintroduite, l'espace psychique intérieur peut se recolorer, les expériences présentes peuvent s'intégrer à la lumière des anciennes, il s'opère une réorganisation chronologique et symbolique, la représentation du corps et des images érogènes à lui associées peuvent être assumées à nouveau naturellement. Le thérapeute répond à l'appel du jeune et l'aide à traduire et recoudre les fantasmes inconscients.

3.3 DU CÔTÉ DE LA LITTÉRATURE ANTHROPOLOGIQUE ET SOCIOLOGIQUE :

David Le Breton dans son livre « La peau et la trace » (2003), entrevoit pour le jeune la nécessité de retrouver la métaphore dans le réel. La peau et le corps comme contenant et points de gravité sont testés dans leur réalité physique et ne se suffisent plus comme seule projection imaginaire. Il s'agit,

pour le jeune, « *d'une quête du réel* », le corps représente le dernier « *accroche au monde* » avant la fin. La matérialité de ses constituants et de ses liquides forment une butée réelle, une corporéité réelle contre quoi il est possible ressentir la consistance de son existence. La douleur forme une enveloppe de sensorialité et de souffrance. Le menace d'effondrement est double : de soi et du sens. David Le Breton dit que c'est comme si la vie ne se suffisait plus à elle-même pour se sentir vivant. La blessure auto-infligée non suicidaire est « *un rite privé pour revenir au monde, après avoir failli y perdre sa place* », « *après l'incision, le monde est à nouveau pensable* ». Le sujet est l'acteur du rite qui permet de trouver les significations présagés et interrogés inconsciemment. Le sentiment d'identité peut alors mettre ses racines à la fois à l'intérieur de soi et en dehors de soi, le corps reliant le monde à soi, à travers lequel il est possible de rétablir l'échange réciproque perdu et souhaité. La blessure est un compromis sacrificiel entre la vie et la mort, où le sang est le symbole par excellence de cette ambivalence, pour renouer le lien avec l'autre. La blessure est un « *acte de passage* » vers un soi purifié, elle « *accompagne la mutation ontologique* », est propulsion vers un sens renouvelé. Selon le sexe, la blessure s'exprime différemment : chez la fille, la blessure comme la souffrance se déroulent avec réserve et sans trop de bruits, chez le garçons, elle peut donner spectacle à l'extérieur de soi dans une proclamation de la virilité.

Thierry Goguel D'Allondans expose, dans son livre « Rites de passage, rites d'initiation » (2022), que les conduites à risque à l'adolescence croisent trois concepts : le rapport au corps, le signifiant 'mort', et les rites de passages. Les rites sociaux, dans toutes les cultures ont, avant tout, une valeur collective, dans la mesure où une épreuve de vie est affrontée collectivement ; ils assurent la finalité de scander la vie par des événements exceptionnels, qui se rapprochent à des expériences teintées d'un symbolisme sacré, par rapport au quotidien mondain. Les principales circonstances pour lesquelles des rites sociaux ont été traditionnellement organisés sont : les rites d'enfantement, les rites de la puberté sociale, les rites d'alliance et les rites autour des funérailles. Progressivement, les sociétés occidentales ont vu disparaître surtout les rites de la puberté sociale. Au cours de ces rites, le corps du jeune est recruté comme un corps enfin 'prêt' à 'mourir' symboliquement, pour après renaître, les corps des jeunes sont séparés et éloignés pour quelques temps de leurs mères et familles, c'est l'expérience groupale entre jeunes qui est maintenant garante du sentiment d'appartenance au monde, les corps sont entraînés à travers des épreuves physiques et les sujets reçoivent des enseignements culturels par les sages maîtres de la tribu, les corps viennent décorés avec des bijoux, viennent marqués avec des scarifications, tatouages pour qu'ils puissent se

distinguer et se reconnaître, les jeunes reçoivent collectivement des cadeaux. Les conduites à risque à l'adolescence pourraient représenter de rites manqués, opérés de manière plus autonome dans une dimension sociétale plus individualiste.

Au niveau historique, Baptiste Brossard retrouve des blessures auto-infligées chez certaines religieuses du Moyen Age à but d'expiation des péchés, chez certaines filles du dix-neuvième siècle à but de provoquer une pâleur associée à la beauté, des auto-imputations chez certains hommes lors des guerres mondiales qui avaient comme objectif d'échapper à l'armée. Dans l'après-guerre les automutilations ont été soupçonnées par la société être une « *simulation* » afin d'obtenir des bénéfices secondaires, les sujets qui réalisaient des automutilations ont longtemps cru que ce n'était pas une pratique partagée par d'autres personnes, c'est seulement à partir des années quatre-vingt que les automutilations ont connu une diffusion dans les médias ; la médecine a puis englobé les automutilations dans le trouble de la personnalité borderline comme principale lents interprétative. Les travaux sociologiques de Brossard s'appuient sur l'analyse d'environ 70 entretiens. Un vécu traumatique et des difficultés familiales sont souvent rapportées, l'intériorisation d'une agressivité vécue prédisposerait à l'auto-agressivité. Au départ, on peut retrouver des facteurs contingents déclencheurs qui sont tout à fait ordinaires, plus ou moins associés à la remémoration des faits autobiographiques, puis, si les blessures s'installent dans la durée, la rumination autour du geste semblerait s'écarter d'un contexte et d'un contenu particulier, ou alors le sujet rapporte en permanence les situations traumatiques vécues du passé, mais c'est plutôt une angoisse diffuse qui submerge le corps et l'esprit en créant un sentiment de vide et de flottement. Il y a une volonté de maintenir sous contrôle une « *homéostasie individuelle* », mais qui est aussi « *homéostasie sociétale* » : le sujet essaye de voir un sens aux processus sociétales qu'il est en train de questionner et il recherche une « *purification symbolique* » dans l'optique de rétablir un ordre et dans la totale « *autogestion* » pour sauvegarder l'apparence. Les autres façons de communiquer sont ressenties comme inefficaces, le sujet passe d'un moyen à l'autre afin de retrouver la douleur, la plaie en cours de cicatrisation assure la prolongation de la douleur les jours successifs. Le corps est difficilement ressenti comme propre, les stimulations externes donnent des « *sensations étranges* », le sujet vit une déréalisation face à un vécu d'impasse, il en quête de « *l'intelligibilité de l'expérience vécue* » et de « *justice* ». D'autres réactions et modifications corporelles accompagnent fréquemment les automutilations : crises d'angoisses, la colorations ou coupures des cheveux, recherche de blessure lors d'activités sportives. Les motivations pour arrêter sont souvent des moments perçus symboliquement comme passage à l'âge

adulte (fin des études, début d'une cohabitation avec des personnes en dehors de la famille) (Brossard, 2010)(Brossard, 2018).

3.4 POUR CONCLURE : UN REGARD TRANVERSAL ET LES DÉFIS DU SOIN POUR LA PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENCE :

L'acte de blessure auto-infligée non suicidaire est un symptôme typique de l'époque pubertaire. L'acte raconte toujours quelque chose du bouillonnement interne inconscient et du remaniement sexuel du corps. Les lésions succèdent à une phase de désarroi et de perturbation de l'image de soi.

Nous avons observé que la prévalence est majoritairement féminine pour les NSSI. En revanche, les garçons, peuvent utiliser, pour provoquer la blessure, des moyens moins évidents comme le fait de se frapper et cogner, ou présenter les autres types de SITBs, ou d'autres formes indirectes de blessure, pour faire face au sentiment d'égarement. La blessure auto-infligée non suicidaire reste globalement un geste réalisé dans l'intime, certains moyens pour provoquer la blessure ou certaines localisations ne sont pas facilement visibles, donc c'est au professionnel de les rechercher activement en interrogeant l'adolescent.e.

Si la blessure ne cause que des dommages physiques mineurs et peut représenter, au départ, une remise en route psychique à valence élaboratrice, sa répétition, surtout quand la composante douloureuse s'estompe, arrête toute possibilité de mentalisation et augmente le risque suicidaire, d'où l'importance du repérage et de la prise en charge précoce.

Si la blessure est réactivation intrapersonnelle des traces expérientielles non correctement assimilées, l'adolescent.e attend impatiemment que l'adulte le découvre pour qu'il aide à s'épanouir dans sa vie à travers des nouvelles rencontres interpersonnelles à fonction identificatrice. Le corps est tentative de projection externe d'un mal-être mais il sert aussi de contenant pour une intériorité naissante et subjectivante.

Estimer avec exactitude la trajectoire en termes de risques absolus reste difficile, néanmoins évaluer l'organisation structurale psychopathologique sous-jacente représente un appui essentiel pour envisager les pistes thérapeutiques. Au cours de l'examen évaluatif il est nécessaire, par ailleurs,

d'interroger les formes de violence et de négligence passées, comme actuelles, car nous avons vu qu'elles sont souvent impliquées directement, même si pas toujours, dans le débordement émotionnel et dans la réactivation traumatique présentés par l'adolescent.e. De plus, il est sans doute fondamental de sonder au cercle amical réel et virtuel de l'adolescent.e et en interroger les conflits actuels. Il est important de prendre en compte son humeur et son anxiété et d'apprécier le retentissement fonctionnel et scolaire. Il est essentiel également de rechercher les autres formes d'attaques du corps fréquemment associées (SITBs, TCA, trouble lié à la consommation d'une substance, SASI, etc). L'effet collatéral d'avoir tout misé sur le monde objectif de « *l'en soi* » (Merleau-Ponty, 1945) et de l'illusion du contrôle de ses variables, pourrait métaphoriquement se traduire, pour une partie, au niveau existentiel, en une nécessité de maîtrise envers son propre corps. Les sujets qui présentent des NSSI sont souvent décrits comme cherchant à contrôler des états émotionnels négatifs, les sujets qui présentent des TCA prennent des extrêmes précautions concernant leur régime alimentaire et leur activité physique.

Les résultats des recherches, présentées précédemment, montrent l'effort effectué pour désarticuler les différents critères diagnostiques des présentations psychiatriques à l'adolescence, dans leur caractéristiques, relations et chronologie, pour en comprendre mieux le processus développementale et environnementale. La question serait aussi d'approfondir sous quelles conditions les NSSI sont des présentations réversibles et de connaître quels facteurs jouent un rôle prédictif dans la constitution d'un trouble psychiatrique, dont le trouble de la personnalité borderline, chez les adolescent.es qui présentent des NSSI.

Il est indispensable de s'intéresser au développement de l'image du corps, aux antécédents médicaux et chirurgicaux qui ont pu impacter l'image érogène du corps propre, aux souvenirs relationnels liés aux corps, aux ressentis actuels, aux changements corporels de la puberté et à ses préoccupations, investiguer les occasions que l'adolescent.e a de prendre soins de son corps au quotidien. L'image du corps, qui est par essence labile, semble néanmoins plus fragile aujourd'hui. L'inclination à l'objectivation de son propre corps est particulièrement inhérente à l'adolescence parce que les exigences développementales confrontent l'adolescent.e à différentes épreuves sociales, liées à l'intimité des corps, à l'identité sociale, à la désirabilité et l'acceptabilité sociale. La mise à l'écart du corps de l'esprit pourrait encore plus faire expérimenter, à l'adolescent.e, la puberté comme un passage abrupt et pénible. Parfois l'adolescent.e, afin d'affronter ces situations, finit par

se plier et céder à une continuelle observation, vérification, maîtrise de son image, toujours menacée de ne pas être en adéquation avec le reste (Mahtani et al., 2019). Il peut alors succomber à des pesantes ruminations autour de son image jusqu'à la dysmorphophobie et la dysmorphoesthésie. Cette propension à considérer son corps comme un objet est davantage présente si des expériences adverses, dans la relation avec l'autre, notamment avec les figures parentales, ont contribué à rendre chancelantes les stratégies pertinentes tant utiles au cours de la mise à jour de l'image du corps à l'adolescence. David Le Breton (2003) dit que l'image de son propre corps reflète le degré avec lequel nous croyons être aimés par les autres. Nous avons observé comme les points de fragilité de l'image du corps sont saisissables déjà sous le seuil de l'expressivité clinique des NSSI, démontrant comme le corps et son image, très insidieusement, font l'expérience d'un intelligible encore non présentable.

Le fait que les sujets, qui ont vécu des situations de violence, expérimentent plus souvent un rapport au corps comme détaché de soi, pourrait se comprendre par le biais des phénomènes dissociatifs inconscients post traumatiques, et par un désinvestissement et un évitement corporels intentionnels ; l'objectif conscient et inconscient est de mettre à distance et contrôler le plus possible le corps, lieu où possiblement s'incrument et se trament les traces traumatiques qui pourraient se raviver et se ranimer jusqu'à resurgir à la conscience. Il est intéressant de noter que cette vulnérabilité est invisible et silencieuse car avant tout tacite et implicite. Dans le corps se dissimulent des marques indicibles non encore tout à fait prononçables. Le corps est attaqué, ou écrasé par privation de nourriture, ou dilaté par des conduites de remplissage, ou empoisonné avec une substance, pour empêcher la libre circulation libidinale corporelle, véhicule de possibles fantasmes indésirés (Dargent & Matha, 2011). Le corps concret devient ainsi cliniquement le théâtre des « *body-focused disorders* » (Rössler & Cotrufo, 2023).

Nous pourrions nous demander : qu'est-ce qui fait que ces « *mouvements auto* » (Dargent, 2011) sont davantage employés par les adolescent.e.s de manière si inexorable ? Qu'est-ce qui fait que ces manifestations prennent un virage si défensif ? (Matha, 2011)

Certes, l'intolérance au « *vécu de passivité* » (Dargent & Matha, 2011), surtout chez les filles, pourrait être en lien avec une volonté de protection contre des possibles agressions ; la persistance de l'état traumatique au niveau clinique pourrait exprimer la volonté de ne pas faire sombrer dans l'oubli le phénomène des violences intra et extra familiales. Mais, mise à part les formes plus

éclatantes de violence, quelle autre tension l'adolescent.e cherche à évacuer ? Ne serait-ce qu'à travers la déchirure de la peau et le combat actif contre le corps, l'adolescent.e souhaite nous faire part de sa rébellion contre des dynamiques sociétales qui seraient incorporées et intériorisées malgré lui ? Le mouvement « *me-too* », par exemple, nous montre bien comme ce qui est perçu maintenant comme *significativement* violent, auparavant, c'était de l'ordre de l'*irreprésentable*, de conséquence il n'était pas possible de s'en plaindre. C'est comme si les revendications actuelles des jeunes dévoileraient des situations qui sont ressenties graduellement comme des effractions par le corps, car parallèlement elles commencent à manifester une saillance signifiante au niveau psychique. Le corps serait le réceptacle d'une série de 'mini-effractions' à bas bruit, entendues comme des dissonances dans la relation sujet-autrui. La clinique de l'adolescent.e est toujours à référer au contexte historique et culturel. Ainsi, il est pertinent de s'interroger sur les possibles 'nouveaux' facteurs de stress sociaux. Il en est un exemple le ressenti d'invalidations normatives en lien avec l'identité de genre et l'attraction sexuelle. D'autres affaires sociales, comme les réseaux sociaux et les écrans, comme le système scolaire, comme le racisme et l'écologie, pourraient être auditionnés comme contribuant au vécu du mal-être actuel des jeunes (mais ce ne sont que des exemples). Alors que, dans les blessures auto-infligées non suicidaires, notons que l'accent est mis sur l'*auto-imputabilité*. Les vagues éprouvés d'injustice des adolescent.es pourraient être en anticipation avec les transformations sociétales futures, donc en accord avec leur génération d'appartenance mais possiblement en décalage avec les générations antérieures. Le corps est là à étayer la dissolution de signifiants anciens mais également la création des nouveaux signifiants et soutient la mise en la texte de l'expérience subjective.

Le hiatus entre le corps et la psyché provoque des répercussions au niveau temporel. Dans le vécu des NSSI, l'adolescent.e pourrait, pour se sentir 'vivant', chercher à retrouver 'dans l'urgence' un état où sa conscience coïncide 'ici' dans un temps présent et avec un corps. D'autre part, plus nous cherchons d'éloigner le corps, de le négliger dans ses aspects existentiels, plus nous augmenterons la probabilité de subir des 'effractions', à partir des situations les plus ordinaires du quotidien à celles plus graves selon une échelle dimensionnelle : le corps en effet est la partie qui est la plus exposée dans la relation, alors, le psychisme mettra plus de temps à parcourir la distance qui le sépare du corps pour saisir l'événement. Bien évidemment, la vitesse de l'effraction compte également, comme dans le cas des agressions qui surviennent toujours par surprise. Seulement à une certaine

‘lenteur de l’expérience’ le corps-sujet et le corps-objet peuvent rester en étroite relation. Cependant, nous pourrions imaginer le phénomène de la dissociation traumatique aussi comme une exagération existentielle de la façon de se relationner avec notre corps. Un contre-exemple est représenté par les mouvements sociaux de revendication des droits sur un thème quelconque, sous la forme de l’activisme ou sous d’autres formes : les échanges entre les participants, la ferveur collective et la légitimation des ressentis, la possibilité de donner voix au récit subjectif expérientiel, d’apprendre des autres, de recevoir des conseils, font apparaître progressivement les choses à la conscience de manière différente et en même temps préparent graduellement les corps aux futures rencontres, en modifiant la structure à la base, en changeant les prédisposition intentionnelles subjectives afin d’intégrer d’une manière renouvelée les nouveaux évènements.

Ce n’est pas un hasard, aux égards du dualisme corps-esprit, que les adolescent.e.s que nous rencontrons, n’aient pas d’expédients pour tenter de saisir et rendre intelligibles leurs expériences corporelles. Dans la société, nous manquons d’occasions pour ressentir et réfléchir sur son expérience corporelle, nous ‘refoulons’ sans cesse notre corps, par conséquence le décalage initiale entre corps-sujet et corps-objet s’agrandit et perd toute correspondance réciproque. Les états de conscience de soi se pre-modèlent et surgissent difficilement au cours de toute la succession d’instant qui passe de la perception au moment de l’action (ou de la non-action).

Toujours-est-il que les coupures sur soi sont la tentative de « *colmater une brèche de sens* » (Le Breton, 2003). Ce n’est pas alors au professionnel de santé d’aider l’adolescent.e à interroger sur le sens de ses propres blessures ? Qu’est-ce que son corps est en train de lui signifier ? En somme, quelles nouvelles angoisses existentielles pour l’adolescence ? Ce ne serait pas aussi la place des soins de pouvoir faire émerger la narrativité subjective et singulière dans le respect des croyances propres à chaque adolescent.e et à visée thérapeutique et d’accompagnement ?

Cependant, au-delà du rôle des traumatismes qui vulnérabilisent le moi, le moi de l’adolescent.e contemporain est le témoin d’un appauvrissement fantasmatique progressif du psychisme. Ainsi un moi dépossédé d’une matière à rêver et desséché par manque d’éléments essentiels à sa vigueur, court encore plus le risque de se laisser envahir. La perte du symbolisme et de l’enveloppe sociale sont percevables dans le constat des jeunes et des chercheurs. La fragilité sociale se dévoile ainsi à travers la fragilité psychique. Le corps représente le canal privilégié pour se réapproprier de soi et

pour ressentir à nouveau le contact avec le monde (Breton, 2003). Le lien social dans le respect de la diversité individuelle peut se développer à condition d'expérimenter que, dans la relation avec l'autre, des parties encore mystérieuses de soi pourraient se révéler sans prévenir et sans possibilité de les dominer, à condition d'accepter qu'en retour l'autre puisse renvoyer au sujet sa propre vulnérabilité. C'est aussi faire l'expérience de l'ambivalence, de l'incertitude vis-à-vis des réactions de l'autre, c'est accepter l'impalpable de l'autre, l'imperceptible du lien, les 'chutes' d'information. L'altérité aujourd'hui est vécue-t-elle uniquement comme menaçante et sans solutions pour s'en protéger ? L'éloignement entre les individus et la raréfaction sociétale ne promettent plus assez d'expériences avec des tiers ? La contagiosité des blessures pourrait représenter la volonté de retrouver une enveloppe collective ?

Cette transition, mais surtout la complexité du phénomène et la pluralité des questions qu'il suscite, nous permettront d'introduire dans le prochain chapitre le rationnel scientifique et les objectifs du protocole d'étude.

PROTOCOLE D'ÉTUDE – « ICOSCA »

« EXPLORATION DU VÉCU ET DE L'IMAGE DU CORPS CHEZ DES ADOLESCENT.E.S QUI RÉALISENT DES BLESSURES AUTO-INFLIGÉES NON SUICIDAIRES »

4.1. RATIONNEL SCIENTIFIQUE :

Les blessures auto-infligées non suicidaires à l'adolescence s'inscrivent dans un continuum qui s'étend des adolescent.es en population générale aux adolescent.es pris en charge en psychiatrie, et, pour ces derniers, avec une transversalité touchant à plusieurs cadres nosographiques. Les adolescent.es qui présentent des blessures auto-infligées non suicidaires rapportent souvent un vécu dépréciatif et dévalorisant vis-à-vis d'eux-mêmes et de leurs corps. Les adolescent.e.s que nous rencontrons s'appuient difficilement sur leurs ressentis corporels pour appréhender les éléments de réalité partagée. Nous proposons ici que, si cette attitude pourrait dériver, en partie, des expériences adverses passées, des transformations corporelles propres de la puberté et des capacités de mentalisation dans leur dimension cognitive et émotionnelle encore immatures en début d'adolescence, elle pourrait être aussi évocatrice de l'assimilation de la relation et des habitudes envers le corps, courantes en société, comme un corps coupé de l'esprit et vécu comme objet quelconque. Historiquement, il régnait une exhortation à se dégager de sa propre enveloppe corporelle, considérée comme trompeuse, afin de pouvoir déchiffrer avec exactitude la vérité inscrite dans la réalité. L'indépassable dualisme entre l'esprit et le corps a en effet contribué à créer un fossé insondable du côté du corps au point de le réduire à une matière brute non vivante et incapable d'informer sur sa propre subjectivité et son expérience. L'expérience corporelle positionne l'adolescent.e dans ce paradoxe d'avoir à faire avec un corps, cette masse inerte et insolite, qui *ne lui signifie*, au fond, encore pas grand-chose, mais aussi de se réjouir d'être la prolongation de soi-même et pouvoir en faire quelque chose. Se rendre acteur de sa propre souffrance, jusqu'à encourir dans un risque mortel, traduit l'effort de faire prévaloir sa propre

agentivité dans le monde, mais signale aussi la précipitation de l'action du sujet qui n'a pas pu explorer patiemment le vécu qui se nichait dans la chair de son corps.

Nous avons appris que l'image du corps n'est pas simplement une représentation visuelle du corps comme objet, mais une synthèse vivante consciente et inconsciente des engrammes et des marques corporelles et relationnelles, historiques et actuelles : l'image du corps s'interpose entre la perception du monde et l'action que le sujet réalise sur lui. L'image du corps implique le corps propre comme objet de perception et d'action, elle dépend aussi de la relation que le sujet a avec son propre corps. Pouvoir relire le vécu présent et passé à travers le filtre de l'image du corps signifie pouvoir traiter les représentations signifiantes du sujet qui prennent origine de son vécu corporel, soutenir sa narrativité et aider à l'expression du sens. C'est une tentative pour réinstaurer à nouveau la relation avec le monde, pour se rapprocher à nouveau avec l'altérité, mais en faisant d'abord un détour sur son propre corps et son image.

La problématique des attaques du corps nous semble complexe et polyfactorielle. Avant de pouvoir formuler des nouvelles hypothèses, il nous semble important reconstruire les étapes de la mise en scène des premières blessures auto-infligées non suicidaires, élucider le sens attribué par le sujet adolescent.e à cette expérience initiale d'attaque du corps, constater comment les adolescent.es habitent et vivent leur corps, investiguer les contenus du monde extérieur qui seraient 'incorporés', mais possiblement réfutés, ou appréciés, ou appréhendés, et par là entendre leur besoins dans une société qui se transforme.

4.2 METHODOLOGIE :

4.2.1 Objectifs :

Cette étude se donne comme objectif principal d'explorer le vécu expérientiel du corps et l'image du corps convoqués au travers des pratiques de blessures auto infligées non suicidaires dans leurs rapports aux transformations et aux dynamiques de la société actuelle. Il s'agit d'aller faire un état de lieu des vécus chez l'adolescent.e 'd'aujourd'hui' et de ses représentations de l'environnement 'contemporain'.

L'objectif secondaire est de décrire dans une perspective développementale la population étudiée en termes socio-démographiques (âge, le genre et questionnements sur le genre, situation familiale, prise en charge sociale, mode de vie, éléments de scolarisation actuelle) et les éléments cliniques psychiatriques (anamnèse médicale, les éléments cliniques actuels).

4.2.2 Plan expérimental :

- Il s'agit d'une recherche qualitative et d'une étude pilote.
- L'investigateur coordonnateur de la recherche est représenté par le Professeur François Medjkane, responsable du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au CHU de Lille. L'investigateur associé est représenté par l'interne Alice Pigliapoco, interne en psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.
- L'échantillon est théorique et la population de l'étude sera composée par des inclusions consécutives de premiers 10-20 sujets qui présentent les critères d'inclusions et qui ne présentent pas les critères d'exclusion.
- L'étude est monocentrique. Le lieu du déroulement de l'étude est la Maison des Ados (MDA) de Lille.
- Les choix de la technique du recueil des données pour l'objectif primaire sont : l'entretien individuel semi-structuré audio-enregistré dont les données verbales seront analysées par la suite, le dessin, une fiche pré-étudiée individuelle d'aide interprétative du dessin.
- Le choix de la méthodologie théorique pour l'analyse des données est l'Analyse Phénoménologique Interprétative.
- Le choix de la technique du recueil des données pour l'objectif secondaire est une fiche pré-étudiée individuelle de recueil de données à partir du dossier médical du sujet.
- Durée de participation par participant : 3 heures environ
- Durée de saisie et d'analyse des données anonymisées par participant : 2 semaines
- Durée totale de la recherche : 9 mois

4.2.3 Aspects éthiques et CPP :

Le promoteur du protocole est la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France. Il s'agit d'une étude de catégorie RIPH 2, hors produits de santé. Le promoteur a soumis une demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP)

Nord-Ouest I, organisme officiel et indépendant qui a vocation à protéger la sécurité des personnes qui se prêtent à la recherche, conformément à l'article L1121-4 du Code de la Santé Publique. Le promoteur a adressé une copie et un résumé de la recherche à l'ANSM. En application de la loi, cette étude a reçu, le 29/11/2023 un avis favorable du CPP : ses conditions éthiques sont remplies notamment au regard des éléments de l'article L.1123- 7 du code de la santé publique. Le numéro national du dossier est le 2023-A02036-39. Le traitement des données sera réalisé dans les conditions de confidentialité définies par la délibération no 2016-262 du 21 juillet 2016. Cette étude nécessite la réalisation d'un traitement automatisé des données des participants à l'étude. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, un dossier a été constitué pour obtenir l'avis du CCTIRS avant de demander l'autorisation à la CNIL pour créer et utiliser un fichier informatique de données personnelles.

4.2.4 Population étudiée :

Critères d'inclusion :

- Adolescent.e ou jeune adulte entre 11 et 21 ans qui a entrepris une prise en charge à la Maison des Ados de Lille
- Présence d'un moins un épisode de lésion auto-infligée non suicidaire dans les derniers 12 mois avant l'inclusion dans l'étude.
- Premières lésions auto-infligées répondant au critère MB23.E de la CIM 11 : « Lésion auto-infligée non suicidaire (description : blessure auto-infligée intentionnellement au corps, le plus souvent en coupant, grattant, brûlant, mordant ou frappant, avec l'espoir que la blessure n'entraînera que des dommages physiques mineurs) »
- Si l'adolescent.e est mineur.e, situations pour lesquelles les parents ou les représentants de l'autorité parentale sont déjà au courant que l'adolescent.e présente des lésions auto-infligées non suicidaires.

Critères de non inclusion :

- Adolescent.e ou jeune adulte présentant des premières lésions auto-infligées non suicidaires qui exprime une volonté de cacher les blessures à ses parents ou aux représentants de l'autorité parentale, pour lequel donc l'inclusion dans l'étude limiterait son accès aux soins.

- Adolescent.e ou jeune adulte qui avait présenté dans le passé (plus de 12 mois auparavant) les premières lésions auto-infligées non suicidaires et qui, après une longue période de non attaque du corps, reprend des blessures auto-infligées non suicidaires.
- Adolescent qui a présenté uniquement un ou des épisodes de lésion auto-infligée avec volonté suicidaire de la lésion, répondant globalement au critère XE97V de la CIM-11 : « Lésion auto-infligée, avec intention de se donner la mort (Lésion auto-infligée avec intention de suicide) » et à d'autres critères où le moyen est précisé (par un objet contondant, par suffocation, par intoxication médicamenteuse volontaire etc.)
- La présence d'idées suicidaires ne constitue pas un critère d'exclusion

4.2.5 Critères d'évaluation pour l'objectif primaire :

Le critère d'évaluation pour l'objectif principal comporte le traitement des données verbales et la réalisation d'un dessin (« un portrait de soi-même ») provenant de deux entretiens individuels consécutifs (45min -1h chacun) séparés d'un bref intervalle temporel de l'ordre de quelques minutes ; c'est au cours du deuxième entretien qu'il sera demandé au participant la réalisation du dessin. Les entretiens seront semi-directifs et audio-enregistrés pour pouvoir retranscrire intégralement le verbatim dans les suites de chaque rencontre et les analyser. L'enquêteur ne prendra pas d'annotations pendant les entretiens.

L'approche est qualitative, inductive et constructiviste. La méthode utilisée pour la conduite des entretiens et l'analyse du verbatim est l'Analyse Phénoménologique Interprétative, qui est une méthode de phénoménologie appliquée. C'est une démarche de recherche active inductive portant sur l'expérience subjective de l'individu où la connaissance d'une thématique pas tout à fait comprise émerge d'un processus de construction et reconstruction dans l'intersubjectivité. On l'utilise pour comprendre une expérience donnée et comment la personne lui donne du sens, pour explorer ce que la personne dit de ce qu'elle vit. Elle repose sur une double herméneutique puisque le chercheur enquête et tente de donner un sens au sens que le sujet donne à son expérience. Elle est aussi idiographique car considère chaque expérience comme unique et dépendant du contexte. La méthode ne fait pas abstraction de la subjectivité de l'enquêteur qui fait partie intégrante du processus, donc nous allons lister, plusieurs fois au cours de l'étude, tous les aprioris, les attentes,

les influences théoriques sur la psychopathologie, les préjugés de l'enquêteur jusqu'à analyser l'intérêt qu'il porte pour le sujet de recherche.

Les deux entretiens diffèrent pour le changement du focus attentionnel porté, dans le premier entretien (**cf. Annexe n.1**) au vécu autour de l'expérience d'attaque du corps et, dans le deuxième à une réflexivité globale sur l'image de soi (**cf. Annexe n.2**). Nous allons détailler les entretiens respectifs dans le sous-chapitre 4.2.2 et dans le sous-chapitre 4.2.3.

La modalité de l'entretien semi-structuré pour l'exploration de la question de recherche nous semble cohérente avec la volonté de partir du point de vue de l'adolescent.e ou jeune adulte pour faire émerger une connaissance psychopathologique coconstruite. La proposition du dessin comme médiation aide à aménager le dispositif de l'entretien en triangulant la rencontre avec l'adolescent.e et supporte le récit autour de l'image du corps.

La technique générale utilisée lors des entretiens sera caractérisée par un souci constant à soutenir la verbalisation sur le vécu et la perception à travers son propre corps de soi et de ce qui se trouve et se produit autour, jusqu'à capter de manière plus étendue ce que l'adolescent perçoit des dynamiques relationnelles interhumaines et socio-culturelles. L'enquêteur pourra poser des questions relances entre chaque question ou des reformulations, pour interroger au mieux l'expérience, pour approfondir un argument évoqué par l'adolescent.e, pour préciser les détails de l'expérience, ou simplement pour suivre le dialogue en étant guidé par son engagement profond et par son écoute active. Les questions principales du guide d'entretien seront à priori posées à tous.tes. les adolescent.e.s rencontré.e.s, mais la guide d'entretien restera souple. Les questions accessoires pourront évoluer au fur et à mesure des entretiens par exemple pour intégrer des thèmes émanant des interlocuteurs précédents.

L'analyse de la transcription intégrale de chaque verbatim, se fera à fur et mesure et comprendra plusieurs phases de :

- Lecture de la transcription
- Annotations, reformulations des unités de sens
- Regroupement d'unité de sens en groupes thématiques émergents

- Commentaries linguistiques, conceptuels de l'enquêteur
- Remarques provenant de la supervision de la part de l'investigateur principal
- Redaction d'une description narrative
- Interpretation

4.2.6 Critères d'évaluation pour l'objectif secondaire :

Pour répondre à l'objectif secondaire nous allons remplir une fiche de recueil de données (**cf. ANNEXE n.4**) pour chaque sujet, à la fin de deux entretiens et à partir de son dossier médical. La fiche est non exhaustive mais interviendra pour aider à contextualiser les verbatims et le dessin et pour leur interprétation. Nous nous attendons à que les données présentes dans le dossier puissent ne pas être complètes pour différentes raisons : prise en charge initiale de l'adolescent.e, projet de réorientation dans un autre dispositif de soins etc. Dans la fiche nous signalerons les données concernant l'âge, le genre et la présence de questionnements sur le genre, la présence de relations conflictuelles au sein de la famille et dans l'entourage amicale, des éléments concernant la scolarisation actuelle, les éléments anamnestiques sur les antécédents psychiatriques et les éléments cliniques actuels.

4.2.7 Déroulement de la recherche :

Nous avons discuté et fait approuver l'étude par le Docteur Charles-Edouard Notredame, MCU-PH dans le service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Lille et médecin coordonnateur à la Maison des Ados de Lille et par la directrice de la Maison des Ados, Madame Cindy Vandamme. L'étude a été présentée par la suite aux autres professionnels de la Maison des Ados. La démarche d'inclusion dans l'étude a été pensée ensemble avec l'équipe de la Maison des Ados.

Chaque professionnel au cours de prise en charge pourra vérifier si les critères d'inclusions sont remplis pour chaque adolescent.e et, quand le moment est propice et opportun, il pourra présenter brièvement l'étude en donnant le flyer préétabli à l'adolescent.e ou jeune adulte en précisant qu'il consistera en un type de « séance-interview » dans les locaux de la Maison des Ados. Si l'adolescent.e ou jeune adulte semble plutôt intéressé.e, le professionnel en question pourra lui demander son accord oral pour que l'enquêteur puisse l'appeler pour lui présenter au téléphone comment l'étude va se dérouler.

Une table de correspondance initiale non anonymisée sera créée pour noter les patients potentiellement rentrant dans l'étude et leurs coordonnées téléphoniques et celles des représentants de l'autorité parentale. La table de correspondance sera stockée dans un fichier informatisé de type tableur Excel sur le réseau sécurisée de la Fédération de Recherche en Santé Mentale des Hauts de France (Nextcloud hds).

L'enquêteur appellera également les représentants de l'autorité parentale si l'adolescent.e est mineur.e pour leur expliquer la démarche de l'étude.

Une lettre d'information avec la demande d'autorisation écrite seront transmises à l'adolescent.e et aux représentants de l'autorité parentale. La lettre d'information est rédigée en quatre versions : une pour l'adolescent.e de 11-14 ans, une pour l'adolescent.e de 15-17 ans, une pour le jeune adulte de 18-21 ans, et une pour les représentants de l'autorité parentale.

Aucun acte spécifique au protocole ne devra commencer sans la réception des autorisations signées. Le consentement sera signé par les investigateurs, le participant, et par au moins un des titulaires de l'autorité parentale s'il s'agit d'un mineur non émancipé. Si le consentement écrit de l'un des titulaires ne pouvait être obtenu, l'investigateur entreprendrait les démarches nécessaires pour tenter de le récupérer, mais la signature d'un seul des représentant légaux ne contre-indiquerait pas la participation.

Un délai de réflexion raisonnable sera laissé au participant afin de confirmer ou non sa participation à l'étude ; après la distribution du flyer, nous allons attendre trois jours avant de rappeler le patient et ses représentants légaux pour leur transmettre la lettre d'information avec la demande de consentement. Nous laisserons également un temps satisfaisant d'une semaine supplémentaire au maximum pour la lecture de la lettre d'information et la possibilité de poser des questions supplémentaires si besoin.

L'acceptation et la participation dans l'étude seront notés dans le dossier du patient.

La date de l'interview sera donc accordée avec l'adolescent.e et ses représentants légaux ou avec le jeune adulte si majeur.e.

Les deux entretiens se dérouleront au sein de la Maison de Ados de Lille (dans les locaux en centre-ville à Lille ou à Roubaix), dans un lieu calme comme un bureau et sans interruptions. Les entretiens seront audio-enregistrés avec un appareil enregistreur-dictaphone. Les entretiens seront conduits principalement par l'enquêteur associé, qui se chargera de l'accueil de l'adolescent.e. Le

sujet adolescent.e connaît le statut de l'enquêteur : interne en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Les deux entretiens se dérouleront dans la même demi-journée. Au terme des deux entretiens l'enquêteur évaluera si l'adolescent.e présente une souffrance et notamment évaluera le risque suicidaire. Si une urgence psychiatrique est présente l'enquêteur assurera la prise en charge d'urgence standard de l'adolescent.e pour une réorientation vers les soins. En cas d'urgence, une supervision sera réalisée par un des psychiatres de la Maison des Ados et une transmission de l'information sera faite aux professionnels référents de la Maison de Ados.

Une indemnisation non monétaire est attribuée à chaque participant.e sous forme d'offre de deux places gratuites non nominatives au cinéma « Le Méliès » (au Centre commercial du triolo, rue Traversière 59650 à Villeneuve d'Ascq, Lille-Métropole).

Par la suite, l'enquêteur écrira une observation dans le dossier médical de l'adolescent.e pour transmettre à l'équipe quelques éléments significatifs de l'entretien et le contenu de l'évaluation psychiatrique finale. Cette transmission permettra, entre autres, une notification des éléments concernant la protection de l'enfance, en cas de révélation pendant l'entretien, et permettra à l'équipe de la Maison des Ados de notifier plus tard un effet indésirable survenu entre la date de l'entretien et le prochain rendez-vous du patient. L'enquêteur compilera aussi la fiche d'aide à la relecture interprétative du dessin et la fiche de recueil de données socio-démographiques et cliniques à partir du dossier du patient.e.

L'identification des patient.e.s sera anonymisée à l'aide d'un code composé du terme « Répondant », suivi d'un chiffre (1 ou 2..etc) en fonction de l'ordre de participation à l'étude ; les éléments pouvant permettre une identification seront supprimés dans les verbatims (par exemple noms et prénoms de personnes, lieux, etc.). Le nom, prénom et les coordonnées de l'adolescent.e seront donc effacés de la table de correspondance, après chaque interview.

Les fiches ainsi que un scan des dessins seront téléchargées et anonymisées dans le réseau sécurisée de l'étude (Nextcloud hds de la F2RSM). Seuls les dessins en version papier et de manière anonyme seront conservés temporairement à la Maison des Ados puis déposés à la

F2RSM. L'enquêteur transférera l'audio des deux entretiens de l'enregistreur-dictaphone dans le réseau sécurisé et le nommera avec le même numéro que les deux fiches et le dessin. Le file audio sera donc effacé de l'enregistreur-dictaphone après chaque interview.

Les verbatims seront retranscrits dans les 15 jours successifs à l'interview et les files audio seront détruits de la plateforme sécurisée après la transcription intégrale.

4.2.8 Évaluation des bénéfices et des risques

Il n'y aura pas de bénéfices directs pour-il ou la participant.e. Néanmoins la transmission des éléments significatifs de l'entrevue aux professionnels de la Maison de Ados référents de l'adolescent.e pourrait améliorer sa prise en charge.

Les bénéfices collectifs que nous retrouvons sont l'entraînement d'un esprit phénoménologique et dialectique pour l'équipe soignante vis-à-vis d'une clinique de l'adolescence qui se transforme au pas des transformations sociétales. Il s'agit donc d'une démarche continue de renouvellement du corpus théorique de psychiatrie de l'adolescent.e. La recherche essaie de montrer comme l'intérêt pour un croisement de disciplines (médecine, philosophie, sociologie) est utile pour interpréter les expressions symptomatiques. Les perspectives et les questions employées au cours des entretiens pourront suggérer des nouvelles attitudes dans la rencontre avec l'adolescent.e, comme inciter l'adolescent.e à décrire son propre vécu corporel et à faire des liaisons à partir de sa propre subjectivité, expérimenter l'importance de s'interroger sur le sens. L'utilisation du dessin pourra être reproduit comme support d'entretien par les professionnels.

Les risques pour les participants sont une déstabilisation par les questions des entretiens. Le patient pourra remémorer certains événements de vie difficiles voire des vécus traumatiques. Pour limiter les risques l'investigateur sera présent et disponible pour repérer et évaluer cliniquement la souffrance et le risque suicidaire de l'adolescent.e à la fin des deux entretiens. Les patient.e.s seront également invité.e.s à appeler leur médecin traitant ou le 3114 en cas de détresse psychologique à distance des entretiens.

4.3 GUIDE DU PREMIER ENTRETIEN :

Les apports de la philosophie du corps et de la perception en phénoménologie (cf. chapitre I) nous ont servi à concevoir la grille du premier entretien. Nous croyons important saisir phénoménologiquement le lien entre le sujet et son corps et pareillement la relation, dont la relation corporelle, que le sujet engage avec le monde. L'entretien est pensé comme accomplissant une réflexivité à la première personne, où le sujet sera amené à effectuer des aller-retours entre regard introspectif sur soi et regard vers l'extérieur afin de faire progresser l'explicitation de l'implicite et afin d'explorer un champ perceptif progressivement plus élargi. Comme les philosophes nous ont montré, nous ne pourrions pas étudier phénoménologiquement le point de vue du corps-sujet percevant, mais uniquement le corps comme objet intentionnel de la conscience de l'adolescent.e. Par contre, la rencontre permet que l'investigateur puisse observer le corps-sujet de l'adolescent.e, ce qui permettra un ajustement de l'entretien en fonction des réactions réciproques. En outre l'adolescent.e corps-narrant se mettra inévitablement en tension avec le contenu-corps de son discours. De plus, indirectement, le vécu du corps, sous forme de narrativité subjective réflexive et explicite de l'expérience du 'pour soi', implique une image du corps et un schéma du corps inconscients, voire un inconscient corporel, donc à travers les rebondissements nous souhaitons inciter l'accès à une perspective centrée sur le travail des représentations préconscientes et inconscientes corporelles.

La guide d'entretien commencera par une question engageant à la reconstruction des premières expériences liées aux blessures, puis de la perception subjective de son propre corps, des autres, de l'environnement. Pour chaque thématique, les questions sondent à la fois l'aspect plus physique et sensoriel, le ressenti émotionnel et les représentations cognitives, le jugement. L'enquêteur s'efforcera d'adopter l'attitude nécessaire à l'émergence du phénomène'. L'enquêteur pourra adapter la formulation des questions, ou ne pas poser toutes les questions, en fonction du contenu des réponses précédentes et de l'âge de l'adolescent.e ou du jeune adulte qu'il rencontrera. La dernière question inclue une question sur le sens : l'objectif ici est l'acheminement de ce qui fait sens pour l'adolescent.e dans son geste de blessure, pour faire apparaître l'interprétation subjective en déca des interprétations déjà existantes du savoir.

La première question est centrée sur la narration de l'expérience de la blessure :

- « *Pourrais-tu me raconter la première fois que tu t'es fait une blessure sur toi-même et sans que c'était pour mourir ?* »

La deuxième thématique aborde le corps-objet :

- « *Je voudrais que tu puisses me décrire comment tu vivais ton corps dans les instants ou jours qui précédaient la blessure. Par exemple, comment tu te sentais dans ton propre corps ?* »
- « *Quel jugement avais-tu de ton corps ?* »
- « *Quel souvenir as-tu des sensations qui traversaient ton corps ?* »
- « *Qu'est-ce que tu éprouvais avec ton corps ?* »

La troisième thématique est relative à la perception des relations interpersonnelles :

- « *Je voudrais que tu puisses me parler de tes impressions sur les personnes qui t'entouraient, comme tes proches, tes amis mais aussi des personnes que tu connaissais juste un peu. Quel était ton ressenti vis-à-vis d'eux.elles ?* »
- « *Te souviens-tu d'avoir pensé quelque chose par rapport à eux.elles ?* »
- « *Avais-tu été marqué.e par une situation ou une expérience en particulier ?* »
- « *Par rapport à ce que tu viens de raconter, quels effets cela a provoqué sur ton corps ? Par exemple, avais-tu ressenti une impression comme corporelle à ce moment-là ? Comme si ton corps voulait réagir ou s'exprimer ?* »

La quatrième thématique touche la question de la perception de la société contemporaine :

- « *Je voudrais que nous puissions discuter de ce qui te préoccupait dans ce qui se passait le monde, à cette période. Par exemple, avais-tu été frappé.e par un évènement ?* »
- « *Avais-tu le sentiment d'être sensible à certaines informations qui circulaient parmi les gens ou à certaines images ?* »
- « *Par rapport à ce que tu viens de dire, quel impact cela avait eu sur ton corps ? Par exemple, as-tu le souvenir d'avoir été saisi par une sensation corporelle particulière ?* »
- « *Quel avis as-tu de la société ? Comment tu perçois la société en générale ?* »

La cinquième question explore le sens de la blessure :

- « *Que penses-tu des adolescent.e.s qui se font des blessures à eux.elles-mêmes ?* »

(La grille d'entretien est également présente en Annexe n.1)

Nous allons détailler la méthodologie employée lors le deuxième entretien. Tout d'abord, nous allons illustrer les principaux apports autour du dessin d'enfant en pédopsychiatrie dans une perspective historicisante, par la suite nous allons introduire et justifier notre choix du dessin pour la rencontre avec l'adolescent.e.

4.4 LE CHOIX DU DESSIN POUR L'ETUDE

Nous proposerons le dessin comme support à l'échange et test projectif lors du deuxième entretien, après une pause de quelques minutes du premier entretien, et il sera également auto-enregistré. Nous prévoyons la durée de 45 minutes - 1 heure environ pour le deuxième entretien.

Nous allons exposer la grille de l'entretien, qui est reportée également en **Annexe n.3**.

Nous avons choisi de proposer *l'autoportrait de soi-même* comme test projectif pouvant transposer scéniquement la coloration affective de la représentation du corps et pouvant, à travers le déclenchement du geste et du mouvement graphique, faciliter chez l'adolescent.e l'externalisation des associations libres à propos de sa propre image du corps. L'intérêt de la trace dans son dynamisme réside dans sa vertu à réunir l'action et l'expression.

La consigne choisie est la suivante : « *Je vais te demander de faire un dessin de ta personne, yeux fermés, sans regarder la feuille, à partir d'une image que tu as de toi et de ton corps.* »

L'adolescent.e aura à disposition trois feuilles A3 et des pastels gras à l'huile colorés, déjà préparés à l'avance sur la table devant lui. Le matériel sera standardisé pour tous les entretiens.

La consigne prévoit, dans un premier temps, *le dessin yeux fermés* pour différentes raisons. En premier lieu, pour que le stimulus soit le plus ambigu possible. Nous souhaitons ainsi favoriser la projection à la fois de ce qui reste dans les images internes au niveau représentatif conscient de la perception corporelle et à la fois la projection de l'image inconsciente, les yeux fermés favorisant une sorte de situation de régression psychique. En deuxième lieu, pour que le dessin lui-même ne soit pas

cognitivement parasité par un style graphique ou par des caricatures présentes dans la culture. En troisième lieu, pour éviter de confronter narcissiquement l'adolescent.e à sa performance et à la maîtrise de soi (N. Kimon,1941). Ce premier dessin permettra ainsi un décollement de la forme « du fond » psychique ; dans l'essentialité du profil affiché il sera déjà étonnant remarquer les proportions, le mouvement, le positionnement des parties du corps, les chevauchements.

Quand l'adolescent.e aura finalisé son dessin yeux fermés, nous lui demanderons comme deuxième question : « *maintenant tu peux ouvrir les yeux, souhaiterais tu y ajouter quelque chose ?* »

La proposition d'apport de compléments (ou modifications) permettra de ramasser l'expérience de manière plus contenante et un temps de récupération dans une position spéculaire à sa représentation.

On lui laissera le temps de finaliser son dessin s'il le souhaite et de s'exprimer sur son dessin, en le sollicitant si nécessaire avec la question : « *qu'est-ce que tu en penses ?* ».

Il suivra donc un échange avec l'enquêteur sur les premières impressions et associations concernant le dessin obtenu.

Les associations libres peuvent être à la fois des pensées et images préexistantes à l'élaboration même du dessin, soit impliquées pendant la réalisation, ou survenir une fois le dessin finalisé ; les évocations concernent donc le système conscient-préconscient (D. Widlöcher, 1965).

Il y a éléments, en revanche, qui échappent à l'auto-observation introspective consciente et au préconscient, c'est pour cela que le thérapeute est là pour remarquer l'enchaînement des signifiants dans leur discours et quel rôle ils assument, l'utilisation symbolique, si des mécanismes de déplacement et de condensation ou des conflits se distinguent, afin d'explorer les pensées et les désirs refoulés inconscients (D, Widlöcher, 1965).

L'adolescent.e pourra alors, s'il le souhaite, reprendre son dessin pour le retravailler graphiquement ou refaire un dessin sur une autre feuille, mais cette fois-ci à yeux ouverts. Il suivra un deuxième temps d'échanges libres sur le dessin obtenu. La transformation graphique du dessin yeux ouverts consentira d'observer ses réactions et d'y déposer un contenu, des annexes, des corrections.

La troisième question sera la suivante : « *Quel sens tu donnes à ce que tu as ajouté ?* »

Quatrième question : « *Est-ce que ton dessin a un rapport avec comment tu te vois, comment tu te sens dans ton corps ?* »

Cinquième question : « *Selon toi, les blessures que tu t'es faites, elles ont un lien avec l'image que tu as de toi-même ? Si oui, lequel ?* »

De la même manière que lors du premier entretien, des questions relances seront proposées si l'enquêteur principal le trouve pertinent et approprié. Le dessin permettra d'investiguer l'apparence corporelle, la relation que l'adolescent.e entretient avec son propre corps, l'intériorisation des stéréotypes sociales, les marques signifiantes du passé, et d'investiguer indirectement comment le filtre corporel entre en jeu dans le processus perceptif présent de la réalité extérieure.

Le dessin fera objet d'une relecture interprétative à l'aide d'une fiche pré-étudiée (**cf. Annexe n.4**). L'interprétation commence à partir de l'achèvement du dessin yeux ouverts et tient compte des éléments graphiques, du récit de l'adolescent.e au cours du geste et de la relation intersubjective avec le soignant. La fiche sera une réadaptation de la fiche créée et adoptée, dans d'études précédentes, par le Professeur François Medjkane et al. pour le dessin de famille. Pour l'analyse de la production nous nous inspirons aux travaux de K. Machover, F. Dolto, D. Widlöcher.

CONCLUSIONS

Il se peut bien que l'utopie première, celle qui est la plus indéradicable dans le cœur des hommes, ce soit précisément l'utopie d'un corps incorporel. Les utopies [...] sont nées du corps lui-même et se sont peut-être ensuite retournées contre lui
Michel Foucault

Les blessures auto-infligées non suicidaires sont fréquentes à l'adolescence et s'inscrivent dans un continuum qui s'étend des adolescent.es en population générale aux adolescent.es prise.es en charge en psychiatrie avec une transversalité touchant à plusieurs cadres nosographiques. Qu'est-ce que nous pourrions voir dans cette conduite d'attaque du corps ? Qu'est-ce que nous serions prêts à accueillir ? La lésion où se trouve-t-elle véritablement ?

Nous avons observé que les comportements humains ont été d'abord interprétés selon une boucle psycho-physiologique et selon un noyau pulsionnel. Les déterminants organiques et les déterminants psychiques référés à la personnalité du sujet, conditionnaient l'expérience perceptive et ses représentations. Le curseur physio-psychopathologique explicatif était focalisé surtout à l'intérieur du sujet. Avec l'évolution épistémologique du concept d'image du corps et grâce aux apports philosophiques, le curseur s'est déplacé progressivement à l'interface, entre intérieur et extérieur de l'individu, pour englober l'histoire relationnelle, jusqu'à s'intéresser, afin d'établir une dialectique, à ce qui se passe dans le lien social, en élargissant, donc, la boucle des influences dans un périmètre extérieur. De plus, le corps, après avoir été 'refoulé' par le savoir, il a été inclus dans la réflexion, non plus seulement comme 'morphogramme' constituant l'être, mais dans ses aspects de corps vivant, comme « *sentinelle* » du monde (Merleau-Ponty, 1964).

Le propos de ce travail de thèse est d'approuver la mise en liaison dialectique de plusieurs ressources et non pas d'un basculement d'un pôle à un autre du savoir, comme nous rappelle M. Marzano, qui écrit « *les problèmes naissent à chaque fois qu'on refuse l'articulation du naturel et du culturel et qu'on se focalise soit sur le corps biologique génétiquement déterminé, soit sur le corps sociale culturellement construit* » (Marzano, 2022).

Les réflexions merleau-pontiennes nous montrent comme un décalage inévitable s'instaure entre l'expérience actuelle, entre interaction réelle, et les conclusions d'un savoir, qui, bien que fondé et

exact, prétend prendre le devant et attester de quasi toutes les réponses, ne laissant pas l'espace à l'émergence du 'savoir' individuel. Les professionnels pourraient se retrouver à chercher dans le récit du sujet presque exclusivement les informations nécessaires au calcul d'une analyse préconçue. Les professionnels pourraient être avalés eux-mêmes dans leur unique filtre de lecture qu'ils imposent. La narrativité intime relative à l'histoire du sujet pourrait perdre sa cohérence parce que disjointe et interrompue par les interférences de la part des connaissances qui s'y intromettent sans laisser le sujet participer à la co-construction de son expérience de pathologie et de parcours de soin. Nous savons comme la médecine, la psychopathologie, la science fondamentale, détiennent de facto et symboliquement une position sociale de pouvoir. Le risque d'un savoir qui ne tient pas compte du « *pour soi* » (Merleau-Ponty, 1945) est de transposer implicitement au sujet sa vision du monde objectif avec ses principes de causalité, d'étudier le sujet avec les seuls prédicats antérieurs et décliner pour toujours la perspective du vécu et de l'engagement subjectifs et actuels dans le monde. Le savoir médical peut devenir hermétique et étanche à l'éventail des possibilités interprétatives dérivées des expériences subjectives intentionnelles. D'autre part, la surdétermination à partir des variables connues pourrait implicitement infléchir la possibilité perçue de reprise développementale et d'autodétermination. La réintroduction du « *pour soi* » au niveau médical pourrait être bénéfique pour l'alliance avec le patient, pour l'acceptation et l'accompagnement du trouble, pour l'intégration de ses expériences, pour la mise en sens coopérative. Nous croyons que l'articulation des différentes disciplines soit essentielle pour ne pas enfermer une présentation comportementale humaine dans une seule interprétation. Sous cet aspect, nous pensons que les NSSI réouvrent la question de l'interprétation phénoménologique du symptôme. Ainsi, la connaissance d'un phénomène est déclenchée par notre acte de conscience intentionnelle qui a besoin de mettre entre parenthèse ce qu'elle sait pour faire apparaître le phénomène.

Le vécu subjectif commence par le corps, qui est doté d'une prise sur le monde infra-réflexive, donc capable d'une mise en relation directe avec l'environnement. Cependant, il est très difficile de rendre intelligible notre vécu. Comme suggéré par la phénoménologie, le savoir, ainsi que la capacité de réflexivité humaine en générale, arrivent toujours un peu après-coup. Le travail d'analyse, de fragmentation de la perception en ses composantes, ne se fait qu'à posteriori, l'acte perceptif même est presque insaisissable. Le savoir a tenté de réduire ce décalage en recherchant les déterminants de l'expérience, en créant un inventaire des situations probables et des facteurs

impliqués, mais elle le fait en agissant à un niveau objectif. Malheureusement, ce ne sera pas possible annuler le problème de la cécité fondamentale et de l'indétermination de l'existence.

La philosophie nous suggère, en revanche, l'exercice d'immersion et de repli dans notre corps pour pouvoir ensuite vivre, le plus possible, de façon immanente la perception, en nous s'approchant, au niveau existentiel, de l'adéquation du pour soi et de l'en soi. La redécouverte de son propre corps avec des aller-retours entre en soi et pour soi, entre corps-objet et corps sujet, peut ainsi habiliter le préreflexif corporel à apparaître graduellement comme réflexif. Cette démarche peut améliorer les capacités d'élaboration personnelle et augmenter le sens d'agentivité et d'existence incarnée. Cela signifie pourvoir établir une correspondance entre les actions et les besoins et intentions profondes du sujet pour une participation active et critique de la réalité.

L'idée du protocole de recherche découle de ce constant philosophique d'une existence du « *pour soi* » (Merleau-Ponty, 1945) et d'une « *conscience corporelle préreflexive* » (Legrand, 2005) et de la nécessité d'aborder le rapport au corps dans les manifestations cliniques liées au corps à l'adolescence selon nouvelle perspective. De manière générale, il nous semble important de lutter contre la progression de la pathologie à l'adolescence et chercher des possibles facteurs de pérennisation des troubles. Pour satisfaire l'objectif d'émergence d'informations subjectives en coparticipation avec les adolescent.es dans une narrativité à la première personne, nous avons retenu que l'étude qualitative et le paradigme constructiviste étaient la méthode la plus adaptée. Nous estimons que ce choix représente également des limites pour le fait que l'appréciation se base sur une seule rencontre et pour l'impossibilité de généralisation des résultats, mais qui pourraient faire entrevoir des éléments pour la formulation d'hypothèses pour des futures études quantitatives.

Nous avons souhaité créer, à travers l'entretien semi-structuré et le dessin, les conditions d'un récit narratif afin de témoigner le vécu sensible et signifiante des adolescent.e.s qui réalisent des blessures auto-infligées non suicidaires au sein de leur monde environnant, à partir de la description avec laquelle le sujet fait sens, afin d'entendre les écho des dynamiques de la société actuelle. Ceci, à partir du constat de comment l'adolescent.e habite et parle de son corps en élevant le corps au même rang des autres sujets du discours, le corps qui, lui, se tient garant des toutes les expériences.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- Abbagnano, N., & Fornero, G. (1999). *Protagonisti e testi della filosofia. Modulo D1 : Da Nietzsche all'esistenzialismo*. Paravia.
- Abettan C. & Landazuri F. (2017). *Les états-limites. Approches anthropo-phénoménologiques et psychopathologiques*. Le cercle herméneutique.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson SAS.
- Andrieu, B. (2010). *Philosophie du corps : expériences, interactions et écologie corporelle*. Librairie Philosophique Vrin.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Dunod.
- Aubin, H. (1970). *Le dessin de l'enfant inadapté*. Edouard Privat, Editeur.
- Bernard, M. (1995). *Le corps*. Seuil.
- Breton, D. L. (2003). *La peau et la trace : Sur les blessures de soi*. Éditions métailié.
- D'Allondans T. G. (2022). *Rites de passages et d'initiation*, Presses de L'Université de Laval,
- Dargent, F., & Matha, C. (2011). *Blessures de l'adolescence*. PUF.
- De Mèredieu, F. (1974). *Le dessin d'enfant*. Blusson.
- Depraz N., Varela F.J., Vermersch P. (2003). *On Becoming Aware : A Pragmatics Of Experiencing*. Amsterdam, John Benjamins Pub Co
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.
- Durand G. (1989). *L'imagination symbolique*. Quadrige/PUF
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. Editions Gallimard.
- Freud, S. (2011[1923]). *Le moi et le ça*. PUF.
- Freud, S. (2015 [1915]). *L'inconscient*. Petite Biblio Payot.
- Henry, M. (1965). *Philosophie et phénoménologie du corps*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Lacan J. (1966). *Écrits*. Seuil.
- Laplanche J. & J.-B. Pontalis (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Legrand D. (2005). *Le soi corporel*. L'évolution psychiatrique.
- Leroy-Viémon, B. (2011). *Ludwig Binswanger : philosophie, anthropologie clinique, daseinsanalyse*. Le Cercle Herméneutique Éditeur.
- Linenhan M.M. (2000). *Traitement cognitivo-comportementale du trouble de la personnalité état-limite*. Médecine&Hygiène.
- Luquet G.-H. (1927). *Le Dessin Enfantin*. Paris, Alcan.
- Machover K. (1949). *Personality projection in the drawing of human figure*. Charles Thomas – Springfield
- Marzano, M. (2007). *Dictionnaire du corps*. Presses Universitaires de France - PUF.
- Marzano, M. (2022). *La philosophie du corps*. QUE SAIS-JE.
- Matha, C. (2018). *Les attaques du corps à l'adolescence- approche psychanalytique en clinique projective*. Edition DUNOD
- Mauss, M. (1926). *Manuel d'Ethnographie*. Éditions Payot & Rivages.
- Merleau-Ponty, M. (1985 [1964]). *L'oeil et l'esprit*. Éditions Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (2013 [1945]). *Phénoménologie de la perception*. Editions Gallimard.
- Morin C. (2010). *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire. Neurologie et psychanalyse*. Éres.
- Naccache, L. (2006). *Nouvel Inconscient (LE) : Freud, le Christophe Colomb des neurosciences*. Odile Jacob.

- Nicolaidis, K., (1941). *The Natural Way to Draw : A working Plan for art study*. Houghton Mifflin Company Boston.
- Prudhomeau M. (1947). *Le dessin de l'enfant*. PUF
- Roussillon R. (2000). *Les enjeux de la symbolisation*, in Adolescence, monographie ISAP
- Roussillon R. et al (2018). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Elviesier Masson.
- Schilder, P. (1968). *L'Image du corps*. Éditions Gallimard.
- Siegler R.S. (2010). *Enfant et raisonnement, le développement cognitif de l'enfant*. Traduction de la 3eme version americaine, Ouvertures Psychologiques. Groupe de Boeck
- Trybou, V., Kédia, M., & Brossard, B. (2018). *Automutilations : Comprendre et soigner*. Odile Jacob.
- Widlöcher D. (1965). *L'interprétation des dessins d'enfants*. Pierre Mardaga, éditeur, Fonds Dessart

Vidéo :

- Heure de culture française - Les utopies réelles ou lieux et autres lieux, par Michel Foucault (1ère diffusion : 07/12/1966). (2017, 3 juin). France Culture. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-nuits-de-france-culture/heure-de-culture-francaise-les-utopies-reelles-ou-lieux-et-autres-lieux-par-michel-foucault-1ere-diffusion-07-12-1966-2759883>*

Thèses :

- Slovak S. – *Le trouble de la personnalité borderline : état de l'art et perspectives*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine – Université de Lille- Octobre 2020
- Cascarino A. – *Regards croisés sur les scarifications adolescentes. Une approche réflexive entre psychanalyse et sociologie*. Thèse de doctorat pour l'obtention du grade de Docteur en Psychologie – Université de Paris – Décembre 2020
- Notredame C.-E. – *Trajectoires d'adversité vers le suicide et la tentative de suicide : rôle développemental et spécificités de l'adolescence* – Thèse pour le grade de Docteur de l'Université de Lille – Université de Lille – 2021

Mémoires :

- Medjkane F. – *Intérêt du dessin d'enfant dans l'approche psychopathologique des pathologies de l'agir. Étude de faisabilité et résultats préliminaires portant sur des enfants et adolescents hospitalisés dans une unité d'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie* – Mémoire pour le M2 Recherche en Psychanalyse et pluridisciplinarité – Université de Paris – Mai 2015
- Zimmermann C. – *Connaitre et s'engager par nos corps. Analyse améliorative des corps par la phénoménologie, la cognition incarnée et le féminisme*. – Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en philosophie – Université du Québec à Montréal – Décembre 2020

Conférences :

- Cohen de Lara A., Maupas A., Matha C., Gernet I., Givre P., Prigent A. – *Le corps en séance* - Centre de colloques – Auditorium 150, Aubervilliers – 28 Janvier 2022
- Cabestan, P. – *Phénoménologie, analyse existentielle et psychiatrie* – Amphithéâtre Hôpital Saint Vincent de Paul à Lille - 25 Janvier 2024.

Articles :

- Adam J. D. Mann MS | Matthew T. Tull PhD | Kim L. Gratz PhD. (2022). *Hiding in the open: Consideration of nonsuicidal self-injury by proxy as a clinically meaningful construct*.
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of Childhood Maltreatment with Suicide Behaviors among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Auerbach, R. P., Pagliaccio, D., Allison, G. O., Alqueza, K. L., & Alonso, M. F. (2021). Neural Correlates Associated With Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Youth. In *Biological Psychiatry* (Vol. 89, Issue 2, pp. 119–133). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.002>
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence*, 37(6), 817–826. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.05.010>
- Batejan, K. L., Jarvi, S. M., & Swenson, L. P. (2015). Sexual Orientation and Non-Suicidal Self-Injury: A Meta-Analytic Review. *Archives of Suicide Research*, 19(2), 131–150. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957450>
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 37, pp. 72–88). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>
- Bolton, D. (2020). Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. *Archives de Philosophie*, 83(4), 13–40. <https://doi.org/10.3917/aphi.834.0013>
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*, 4(2), 207–212. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.02.001>
- Brausch, A. M., & Woods, S. E. (2019). Emotion Regulation Deficits and Nonsuicidal Self-Injury Prospectively Predict Suicide Ideation in Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 868–880. <https://doi.org/10.1111/sltb.12478>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 38, pp. 55–64). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Breton, D. Le. (2006a). Scarifications adolescentes. *Enfances et Psy*, 32(3), 45–57. <https://doi.org/10.3917/ep.032.0045>
- Breton, D. Le. (2006b). Scarifications adolescentes. *Enfances et Psy*, 32(3), 45–57. <https://doi.org/10.3917/ep.032.0045>
- Brossard, B. (2010). L'automutilation : Un rituel à même la peau ? Modifier l'expérience par la manière dont on l'exprime. *Enfances et Psy*, 49(4), 53–64. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0053>

- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). L'image du corps de 10 à 14 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC. *Bulletin de Psychologie*, 40(382), 893–907. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1987.13473>
- Buelens, T., Costantini, G., Luyckx, K., & Claes, L. (2020). Comorbidity Between Non-suicidal Self-Injury Disorder and Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Graphical Network Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580922>
- Buelens, T., Luyckx, K., Gandhi, A., Kiekens, G., & Claes, L. (2019). Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence: Longitudinal Associations with Psychological Distress and Rumination. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(9), 1569–1581. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00531-8>
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. In *Psychiatry Research* (Vol. 251, pp. 103–114). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. In *Body Image* (Vol. 1, Issue 1, pp. 1–5). [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., & Whitehead, A. (2002). Beyond Body Image as a Trait: The Development and Validation of the Body Image States Scale. *Eating Disorders*, 10, 103–113. <https://doi.org/10.1080/1064026029008167>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2020). Non-suicidal self-injury among italian adolescents: The role of parental rejection, self-concept, anger expression, and body investment. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(6), 330–338. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200602>
- Conner, M., & Norman, P. (2022). Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923464>
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A. Ş., Renshaw, S., Landau, S., & Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(7).
- De Luca, L., Pastore, M., Palladino, B. E., Reime, B., Warth, P., & Menesini, E. (2023). The development of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 339, pp. 648–659). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.091>
- De Mèredieu, F. (1974). Le dessin d'enfant. . *Blusson*.
- Dempsey, R. C., Fedorowicz, S. E., & Wood, A. M. (2023). The role of perceived social norms in nonsuicidal self-injury and suicidality: A systematic scoping review. *PLoS ONE*, 18(6 June). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286118>
- Deville, D. C., Whalen, D., Breslin, F. J., Morris, A. S., Khalsa, S. S., Paulus, M. P., & Barch, D. M. (2020). Prevalence and Family-Related Factors Associated with Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Self-injury in Children Aged 9 to 10 Years. *JAMA Network Open*, 3(2). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20956>
- Epstein, S., Roberts, E., Sedgwick, R., Polling, C., Finning, K., Ford, T., Dutta, R., & Downs, J. (2020). School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 29, Issue 9, pp. 1175–1194). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01327-3>

- Escelsior, A., Belvederi Murri, M., Corsini, G. Pietro, Serafini, G., Aguglia, A., Zampogna, D., Cattedra, S., Nebbia, J., Trabucco, A., Prestia, D., Olcese, M., Barletta, E., Pereira da Silva, B., & Amore, M. (2021). Cannabinoid use and self-injurious behaviours: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 278, pp. 85–98). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.020>
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of Pathological Self-Mutilation. In *Behavioural Neurology* (Vol. 3).
- Ferron, C. (1992). Evolution de l'image du corps à l'adolescence. Déterminants psychosociaux et effets comportementaux. Revue de la littérature récente. *Bulletin de Psychologie*, 46(409), 130–138. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1992.1255>
- Fisher, S. (n.d.). *Prediction of body exterior vs. body interior reactivity from a body image schema*^.
- Fisher, S. (1952). *The body image as a source of selective cognitive sets*^. Wemer and Wapner.
- Fisher, S., & Cleveland, S. E. (n.d.). *BODY-IMAGE BOUNDARIES AND STYLE OF LIFE*.
- Fisher, S., & Cleveland, S. E. (1957). AN APPROACH TO PHYSIOLOGICAL REACTIVITY IN TERMS OF A BODY-IMAGE SCHEMA 1. In *Psychological Review* (Vol. 64, Issue 1).
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 42, pp. 156–167). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
- Frede, M. C., Gautney, D. B., & Baxter, J. C. (1968). RELATIONSHIPS BETWEEN BODY IMAGE BOUNDARY AND INTERACTION PATTERNS ON THE MAPS TEST. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 32, Issue S).
- G. L. Engel. (1968). A Reconsideration of the Role of Conversion in Somatic Disease. *Comprehensive Psychiatry, Applied Psychoanalysis Clinical*, 9(4).
- Gallagher, S. (1986). *Body image and body schema*. <https://www.researchgate.net/publication/285831511>
- Gallagher, S. (2023). Embodied and Enactive Approaches to Cognition. In *Embodied and Enactive Approaches to Cognition*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009209793>
- Gandhi, A., Luyckx, K., Baetens, I., Kiekens, G., Sleuwaegen, E., Berens, A., Maitra, S., & Claes, L. (2018). Age of onset of non-suicidal self-injury in Dutch-speaking adolescents and emerging adults: An event history analysis of pooled data. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.007>
- García, E., & Arandia, I. R. (2022). Enactive and simondonian reflections on mental disorders. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.938105>
- Gioia, A. N., Forrest, L. N., & Smith, A. R. (2022). Diminished body trust uniquely predicts suicidal ideation and nonsuicidal self-injury among people with recent self-injurious thoughts and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(6), 1205–1216. <https://doi.org/10.1111/sltb.12915>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483–2490. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002>

- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
- Gordon Wright, B. H. (n.d.). *THE NAMES OF THE PARTS OF THE BODY A LINGUISTIC APPROACH TO THE STUDY OF THE BODY-IMAGE*. <https://academic.oup.com/brain/article/79/1/188/261988>
- Gottesfeld, H. (1962). BODY AND SELF-CATHEXIS OF SUPER-OBESE PATIENTS. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 6). Pergamon Press Ltd.
- Guénolé, F., Spiers, S., Gicquel, L., Delvenne, V., Robin, M., Corcos, M., Pham-Scottez, A., & Speranza, M. (2021). Interpersonal Relatedness and Non-suicidal Self-Injurious Behaviors in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.731629>
- Hazzard, V. M., Mason, T. B., Smith, K. E., Schaefer, L. M., Anderson, L. M., Dodd, D. R., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2023). Identifying transdiagnostically relevant risk and protective factors for internalizing psychopathology: An umbrella review of longitudinal meta-analyses. In *Journal of Psychiatric Research* (Vol. 158, pp. 231–244). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.025>
- Hedén, L., Jonsson, L. S., & Fredlund, C. (2023). The Connection Between Sex as Self-Injury and Sexual Violence. *Archives of Sexual Behavior*, 52(8), 3531–3540. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02669-5>
- Hicinbothem, J., Gonsalves, S., & Lester, D. (2006). Body modification and suicidal behavior. *Death Studies*, 30(4), 351–363. <https://doi.org/10.1080/07481180600553419>
- Ho, T. C., Walker, J. C., Teresi, G. I., Kulla, A., Kirshenbaum, J. S., Gifuni, A. J., Singh, M. K., & Gotlib, I. H. (2021). Default mode and salience network alterations in suicidal and non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors in adolescents with depression. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01103-x>
- Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020a). Nonsuicidal self-injury: Diagnostic challenges and current perspectives. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (Vol. 16, pp. 101–112). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>
- Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020b). Nonsuicidal self-injury: Diagnostic challenges and current perspectives. In *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (Vol. 16, pp. 101–112). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>
- Huang, H., Ding, Y., Wan, X., Liang, Y., Zhang, Y., Lu, G., & Chen, C. (2022). A meta-analysis of the relationship between bullying and non-suicidal self-injury among children and adolescents. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22122-2>
- Hunt, R. G., & Feldman, M. J. (n.d.-a). *BODY IMAGE AND RATINGS OF ADJUSTMENT ON HUMAN FIGURE DRAWINGS*.
- Hunt, R. G., & Feldman, M. J. (n.d.-b). *BODY IMAGE AND RATINGS OF ADJUSTMENT ON HUMAN FIGURE DRAWINGS*.
- Ian Hacking. (2006). Making Up People. *LRB*, 28.
- John, A., Glendenning, A. C., Marchant, A., Montgomery, P., Stewart, A., Wood, S., Lloyd, K., & Hawton, K. (2018). Self-harm, suicidal behaviours, and cyberbullying in children and young people: Systematic review. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 20, Issue 4). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/jmir.9044>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the

- individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Katherine Anne Comtois. (2002). 2002 parasuicide. *Psychiatric Services*, 53(9).
- Kaufman, I., & Heims, L. (n.d.). *THE BODY IMAGE OF THE JUVENILE DELINQUENT**.
- Khalsa, S. S., Adolphs, R., Cameron, O. G., Critchley, H. D., Davenport, P. W., Feinstein, J. S., Feusner, J. D., Garfinkel, S. N., Lane, R. D., Mehling, W. E., Meuret, A. E., Nemeroff, C. B., Oppenheimer, S., Petzschner, F. H., Pollatos, O., Rhudy, J. L., Schramm, L. P., Simmons, W. K., Stein, M. B., ... Zucker, N. (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. In *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* (Vol. 3, Issue 6, pp. 501–513). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Myin-Germeys, I., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>
- Kiekens, G. (2017). What Predicts Ongoing Nonsuicidal Self-Injury?: A Comparison Between Persistent and Ceased Self-Injury in Emerging Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(10).
- Kirmayer, L. J., & Gómez-Carrillo, A. (2019a). Agency, embodiment and enactment in psychosomatic theory and practice. In *Medical Humanities* (Vol. 45, Issue 2, pp. 169–182). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011618>
- Kirmayer, L. J., & Gómez-Carrillo, A. (2019b). Agency, embodiment and enactment in psychosomatic theory and practice. In *Medical Humanities* (Vol. 45, Issue 2, pp. 169–182). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011618>
- Kling, J., Kwakkenbos, L., Diedrichs, P. C., Rumsey, N., Frisén, A., Brandão, M. P., Silva, A. G., Dooley, B., Rodgers, R. F., & Fitzgerald, A. (2019). Systematic review of body image measures. In *Body Image* (Vol. 30, pp. 170–211). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.06.006>
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The “side effects” of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 33, Issue 6, pp. 782–794). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Linardon, J., Anderson, C., Messer, M., Rodgers, R. F., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Body image flexibility and its correlates: A meta-analysis. *Body Image*, 37, 188–203. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.02.005>
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
- Liu, R. T., Walsh, R. F. L., Sheehan, A. E., Cheek, S. M., & Sanzari, C. M. (2022). Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. In *JAMA Psychiatry* (Vol. 79, Issue 7, pp. 718–726). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1256>
- Liu, X., Liu, Z. Z., Fan, F., & Jia, C. X. (2018). Menarche and menstrual problems are associated with non-suicidal self-injury in adolescent girls. *Archives of Women's Mental Health*, 21(6), 649–656. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0861-y>

- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lukianowicz, N. (1967). “Body image” disturbances in psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 113(494), 31–47. <https://doi.org/10.1192/bjp.113.494.31>
- Mahtani, S., Hasking, P., & Melvin, G. A. (2019). Shame and Non-suicidal Self-injury: Conceptualization and Preliminary Test of a Novel Developmental Model among Emerging Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(4), 753–770. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0944-0>
- Marques-Feixa, L., Moya-Higueras, J., Romero, S., Santamarina-Pérez, P., Rapado-Castro, M., Zorrilla, I., Martín, M., Anglada, E., Lobato, M. J., Ramírez, M., Moreno, N., Mayoral, M., Marín-Vila, M., Arias, B., & Fañanás, L. (2021a). Risk of suicidal behavior in children and adolescents exposed to maltreatment: The mediating role of borderline personality traits and recent stressful life events. *Journal of Clinical Medicine*, 10(22). <https://doi.org/10.3390/jcm10225293>
- Marques-Feixa, L., Moya-Higueras, J., Romero, S., Santamarina-Pérez, P., Rapado-Castro, M., Zorrilla, I., Martín, M., Anglada, E., Lobato, M. J., Ramírez, M., Moreno, N., Mayoral, M., Marín-Vila, M., Arias, B., & Fañanás, L. (2021b). Risk of suicidal behavior in children and adolescents exposed to maltreatment: The mediating role of borderline personality traits and recent stressful life events. *Journal of Clinical Medicine*, 10(22). <https://doi.org/10.3390/jcm10225293>
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). *Body-Esteem Scale for Adolescents and Adults*.
- Meszáros, G., Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>
- Miotto, P., Coppi, M. De, Frezza, M., & Preti, A. (2003). *Eating Disorders and Suicide Risk Factors in Adolescents: An Italian Community-Based Study*.
- Morales-Sánchez, L., Luque-Ribelles, V., Gil-Olarte, P., Ruiz-González, P., & Guil, R. (2021). Enhancing self-esteem and body image of breast cancer women through interventions: A systematic review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 4, pp. 1–20). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041640>
- Morganti, F., Rezzonico, R., Chieh Cheng, S., & Price, C. J. (2020). Italian Version of the Scale of Body Connection: Validation and Correlations with the Interpersonal Reactivity Index. *Complementary Therapies in Medicine*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102400>
- Moss, T. P., & Rosser, B. A. (2012). The Moderated Relationship of Appearance Valence on Appearance Self Consciousness: Development and Testing of New Measures of Appearance Schema Components. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050605>
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.010>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. In *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (Vol. 6). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Smits, D., Peat, C. M., & Vandereycken, W. (2011). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*, *188*(1), 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.023>
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M. (2019). Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, *23*(4), 551–563. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1957–1965. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.014>
- Nesi, J., Burke, T. A., Bettis, A. H., Kudinova, A. Y., Thompson, E. C., MacPherson, H. A., Fox, K. A., Lawrence, H. R., Thomas, S. A., Wolff, J. C., Altemus, M. K., Soriano, S., & Liu, R. T. (2021). Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 87). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102038>
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, *18*(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nowicki, G. P., Marchwinski, B. R., O'Flynn, J. L., Griffiths, S., & Rodgers, R. F. (2022). Body image and associated factors among sexual minority men: A systematic review. In *Body Image* (Vol. 43, pp. 154–169). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.08.006>
- O'Connor, R. C., & Robb, K. A. (2020). Identifying suicide risk factors in children is essential for developing effective prevention interventions. In *The Lancet Psychiatry* (Vol. 7, Issue 4, pp. 292–293). Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30094-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30094-8)
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Sheffer, A., Meged, S., Har-Even, D., & Stein, D. (2006). Negative bodily self in suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(2).
- Orbach, I., Stein, D., Shan-Sela, M., & Har-Even, D. (2001). Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31*(3).
- Pao, P. N. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, *42*(3).
- PHILLIPSON, H., & HOPKINS, J. (1964). Personality: an approach to the study of perception. *British Journal of Medical Psychology*, *37*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1964.tb01301.x>
- Presti, P., Galasso, G. M., Ruzzon, D., Avanzini, P., Caruana, F., Rizzolatti, G., & Vecchiato, G. (2023). Architectural experience influences the processing of others' body expressions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *120*(41). <https://doi.org/10.1073/pnas.2302215120>
- Qu, D., Wen, X., Liu, B., Zhang, X., He, Y., Yu, J., Duan, X., Chen, D., Liu, D., & Chen, R. (2022). *The biopsychosocial-ecological approach of non-suicidal-self-injury behavior (NSSI) in China: A scoping review protocol*. <https://doi.org/10.37766/inplasy2022.12.0099>
- Raffagnato, A., Iannattone, S., Fasolato, R., Parolin, E., Ravaglia, B., Biscalchin, G., Traverso, A., Zanato, S., Miscioscia, M., & Gatta, M. (2022). A Pre-Adolescent and Adolescent Clinical Sample Study about Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Self-Harming.

- European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(10), 1441–1462. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12100100>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. In *Psychological Medicine* (Vol. 46, Issue 2, pp. 225–236). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Robin, M., Bellone, L., Belbèze, J., Kazemian, K., Radjack, R., & Corcos, M. (2023). Three-level containment model of hospitalized adolescents with borderline pathology: a holistic therapeutic perspective. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 14). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1110788>
- Ross, S., Heath, N. L., & Toste, J. R. (2009). Non-Suicidal Self-Injury and Eating Pathology in High School Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83–92. <https://doi.org/10.1037/a0014826>
- Rössler, W., & Cotrufo, P. (2023). *Editorial: The importance of the body-mind relationship in mental functioning and development of body-focused disorders in adolescence*. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015>
- Roth, M. (1949). *DISORDERS OF THE BODY IMAGE CAUSED BY LESIONS OF THE RIGHT PARIETAL LOBE*. <https://academic.oup.com/brain/article/72/1/89/256705>
- Rousseau, A., Knotter, A., Barbe, P., Raich, R. M., & Chabrol, H. (2005). Validation of the french version of the Body Shape Questionnaire. *Encephale*, 31(2), 162–173. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(05\)82383-8](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(05)82383-8)
- Schonfeld, W. A. (n.d.). *BODY-IMAGE DISTURBANCES IN ADOLESCENTS WITH INAPPROPRIATE SEXUAL DEVELOPMENT**.
- Scott, R. D. (1951). The psychology of body image. *British Journal of Medical Psychology*, 24(4), 254–266. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1951.tb00410.x>
- Selby, E. A., Kranzler, A., Fehling, K. B., & Panza, E. (2015). Nonsuicidal self-injury disorder: The path to diagnostic validity and final obstacles. In *Clinical Psychology Review* (Vol. 38, pp. 79–91). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.003>
- Serafini, G., Aguglia, A., Amerio, A., Canepa, G., Adavastro, G., Conigliaro, C., Nebbia, J., Franchi, L., Flouri, E., & Amore, M. (2023). The Relationship Between Bullying Victimization and Perpetration and Non-suicidal Self-injury: A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(1), 154–175. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01231-5>
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Murri, M. B., Erbuto, D., Poci, B., Fiorillo, A., Pompili, M., Flouri, E., & Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic review. In *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 8, Issue AUG, p. 149). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00149>
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y. Y., & Mann, J. J. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124(1–2), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.028>
- Surace, T., Fusar-Poli, L., Voza, L., Cavone, V., Arcidiacono, C., Mammano, R., Basile, L., Rodolico, A., Bisicchia, P., Caponnetto, P., Signorelli, M. S., & Aguglia, E. (2021). Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. In *European Child and Adolescent Psychiatry* (Vol. 30, Issue 8, pp.

- 1147–1161). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01508-5>
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4).
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. In *Suicide and Life-Threatening Behavior* (Vol. 44, Issue 3, pp. 273–303). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Swensen, C. H. (1968). EMPIRICAL EVALUATIONS OF HUMAN FIGURE DRAWINGS: 1957-1966. In *Bulletin* (Vol. 70, Issue 1).
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 227, pp. 759–769). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Thompson, J. K., Burke, N. L., & Krawczyk, R. (2012). Measurement of body image in adolescence and adulthood. In *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol. 2, pp. 512–520). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00081-X>
- Tolor, A., & Jalowiec, J. E. (1968). INTERNAL-EXTERNAL EXPECTANCY. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 32, Issue 2).
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The body appreciation scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12(1), 53–67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., Underwood, S., & Gochez-Kerr, T. (2015). Subtypes of Non-Suicidal Self-Injury Based on Childhood Adversity. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 137–151. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9313-7>
- Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.009>
- Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., & Tao, F. (2015). Impact of childhood abuse on the risk of non-suicidal self-injury in mainland Chinese adolescents. *PLoS ONE*, 10(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131239>
- White Pherson, M. M., H N A Popplestone, J. O., & D K A T H E R E A Evansl, A. N. (1966). R A W I N G PRECISION, A N D ORAL ACTIVITY A M O N G NORMAL SIX-YEAR-OLDS. In *CARELESSNESS* (Vol. 22). @ Southern Universities Press.
- White, W. F., & Wash, J. A. (1965). PREDICTION OF SUCCESSFUL COLLEGE ACADEMIC PERFORMANCE FROM MEASURES OF BODY-CATHEXIS, SELF-CATHEXIS, AND ANXIETY. In *Perceptual and Motor Skills* (Vol. 20). @ Southern Universities Press.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 486–492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Wysocki A N D Eleanor W H I T N E Y, B. A. (1965). *BODY IMAGE O F CRIPPLED CHILDREN AS SEEN I N DRAW-A-PERSON TEST BEHAVIOR* (Vol. 21). Southern Universities Press.

- Zelkowitz, R. L., & Cole, D. A. (2019). Self-Criticism as a Transdiagnostic Process in Nonsuicidal Self-Injury and Disordered Eating: Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(1), 310–327. <https://doi.org/10.1111/sltb.12436>
- Zelkowitz, R. L., Cole, D. A., Han, G. T., & Tomarken, A. J. (2016). The Incremental Utility of Emotion Regulation But Not Emotion Reactivity in Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(5), 545–562. <https://doi.org/10.1111/sltb.12236>

Annexe n. 1 – GRILLE DU PREMIER ENTRETIEN :

- « Pourrais-tu me raconter la première fois que tu t'es fait une blessure sur toi-même et sans que c'était pour mourir ? »
- « Je voudrais que tu puisses me décrire comment tu vivais ton corps dans les instants ou jours qui précédaient la blessure. Par exemple, comment tu te sentais dans ton propre corps ? » « Quel jugement avais-tu de ton corps ? » « Quel souvenir as-tu des sensations qui traversaient ton corps ? » « Qu'est-ce que tu éprouvais avec ton corps ? »
- « Je voudrais que tu puisses me parler de tes impressions sur les personnes qui t'entouraient, comme tes proches, tes amis mais aussi des personnes que tu connaissais juste un peu. Quel était ton ressenti vis-à-vis d'eux.elles ? » « Te souviens-tu d'avoir pensé quelque chose par rapport à eux.elles ? » « Avais-tu été marqué.e par une situation ou une expérience en particulier ? » « Par rapport à ce que tu viens de raconter, quels effets cela a provoqué sur ton corps ? Par exemple, avais-tu ressenti une impression comme corporelle à ce moment-là ? Comme si ton corps voulait réagir ou s'exprimer ? »
- « Je voudrais que nous puissions discuter de ce qui te préoccupait dans ce qui se passait le monde, à cette période. Par exemple, avais-tu été frappé.e par un évènement ? » « Avais-tu le sentiment d'être sensible à certaines informations qui circulaient parmi les gens ou à certaines images ? » « Par rapport à ce que tu viens de dire, quel impact cela avait eu sur ton corps ? Par exemple, as-tu le souvenir d'avoir été saisi par une sensation corporelle particulière ? » « Quel avis as-tu de la société ? Comment tu perçois la société en générale ? »

Annexe n.2 – GRILLE DU DEUXIÈME ENTRETIEN :

- « Que penses-tu des adolescent.e.s qui se font des blessures à eux.elles-mêmes ? »
- « Je vais te demander de faire un dessin de ta personne, yeux fermés, sans regarder la feuille, à partir d'une image que tu as de toi et de ton corps. »
- « Maintenant tu peux ouvrir les yeux, souhaiterais tu y ajouter quelque chose ? »
« Qu'est-ce que tu en penses ? »
- « Quel sens tu donnes à ce que tu as ajouté ? »
- « Est-ce que ton dessin a un rapport avec comment tu te vois, comment tu te sens dans ton corps ? »
- « Selon toi, les blessures que tu t'es faites, elles ont un lien avec l'image que tu as de toi-même ? Si oui, lequel ? »

Annexe n. 3 : FICHE D'AIDE INTERPRETATIVE AU DESSIN

Eléments de réalisation globale du dessin :

Temps de latence de la réponse supérieur à 2 minutes : oui non

Répétition consigne : oui non

Opposition : oui non

Refus partiel : oui non

Inhibition : oui non

Désinhibition : oui non

Aménagement du dispositif nécessaire : oui non

Ouverture des yeux : oui non

Présentation posturo tonique de de l'adolescent durant la passation :

Globalement hypotonique : oui non

Globalement hypertonique et tendu : oui non

• en recherche d'étayage : oui non

• fluctuant : oui non

Utilisation usuelle du matériel : oui non

Utilisation feuille :

en hauteur en largeur

Utilisation de tout l'espace de la feuille : oui non

Utilisation d'une partie de la feuille : oui non

Qualité du trait :

faible ajusté appuyé

continu haché

Premier dessin yeux fermés

Analyse du contenu graphique :

Eléments figuratifs :

Bonhomme têtard : oui non

Bonhomme type avec tronc : oui non

Bonhomme avec membres à double contours : oui non

Bonhomme de profil : oui non

Bonhomme à l'adolescence :

- Stylisé : oui non

- Caricaturé : oui non

Position plutôt statique plutôt dynamique

Complet dans son unité Incomplet

Présence des éléments du visage : oui non

Composantes majoritairement : descendantes ascendantes horizontales

Parties manquantes : oui non (laquelle/lesquelles ...)

Parties déliées : oui non (laquelle/lesquelles ...)

Parties hors-place : oui non (laquelle/lesquelles ...où ?..)

Chevauchements : oui non (laquelle/lesquelles ...où ?..)

Sexualisation : oui non (quoi ?..)

Correspond à l'âge de l'adolescent.e : oui non

Habillage/Déguisement : oui non
Présence d'éléments de décor : oui non
Présence arrière-plan/ premier plan : oui non

Phase de transformation du dessin :
 transformation du premier dessin nouveau dessin
Rectifications : oui non
Remplissages : oui non
Effacements : oui non
Ajout d'organes : oui non (si oui lequel/lesquels ... où ?..)
Modification dans le genre : oui non
Modification dans le style : oui non
Modification dans la caricature : oui non
Transformation vers un personnage/objet non humain : oui non

Utilisation des couleurs :

monochrome : oui non
Si oui quelle couleur :
polychrome : oui non

Analyse du contenu verbal :

Capacité d'exposition :

Spontanée : oui non
Nécessite d'être soutenue au démarrage du récit : oui non
Nécessite d'être soutenue toute l'exposition : oui non

Eléments symbolisés :

De manière métaphorique (une représentation pour une autre):
De manière métonymique (une partie pour le tout):

Relation à l'examineur pendant la réalisation :

Ajustée : oui non
Évitante : oui non
Adhésive : oui non
Anaclitique : oui non
Fluctuante : oui non

Hypothèses quant à la nature de l'angoisse :

Angoisse de morcellement : oui non
Angoisse de perte d'objet : oui non
Angoisse de castration : oui non

Hypothèses quant au type de relation d'objet prévalent :

Relation d'objet fusionnelle : oui non
Relation d'objet anaclitique : oui non
Relation d'objet de type génitale : oui non

Mécanismes de défense apparaissant au cours de la passation dans le contenu projectif et la relation à l'examineur :

Déni : oui non

Clivage : oui non

Projection : oui non

Identification projective : oui non

Formation réactionnelle : oui non

Formation substitutive : oui non

Formation de compromis : oui non

Annulation : oui non

Dénégation : oui non

Annexe n. 4 : FICHE DE RECUEIL SOCIO DEMOGRAPHIQUE, ANAMNESTIQUE ET CLINIQUE

Données socio démographiques :

- Age :
- Sexe assigné à la naissance :
- Présence de questionnements sur parcours de transidentité/
orientation sexuelle/affirmation de genre: oui non

Situation familiale :

- Notion de conflits dans la fratrie : oui non non explorés pas de fratrie
- Notion de conflits entre les parents : oui non pas explorés
- Notion de perturbations dans la relation entre parent et adolescent.e : oui non pas explorées
- Notion de rupture des contacts entre l'adolescent.e et l'un de deux parents : oui non
- Autorité parentale partagée par les deux parents : oui non
- Décès d'un/des parent(s) : oui non
- Notion de parcours migratoire d'un/des parents : oui non pas explorée

Prise en charge sociale :

- Antécédents de prise en charge sociale : oui non pas explorés
- Information préoccupante transmise : oui non non précisée
- Signalement judiciaire transmis : oui non non précisé
- Antécédent de mesure de placement : oui non non précisé
- Antécédent de mesure éducative : oui non non précisé
- Orientation vers un établissement : oui non non précisé

Mode de vie :

- Notion de conflits/ruptures amicales : oui non pas explorées
- Notion de conflits/ruptures amoureuses : oui non pas explorées
- Notion d'harcèlement scolaire/extrascolaire : oui non pas exploré
- Exploration des activités extrascolaires : oui pas précisées
- Exploration de l'utilisation des réseaux sociaux/autres réseaux en ligne : oui pas précisée
- Notion d'harcèlement en ligne : oui non pas exploré
- Exploration de croyances socio-culturelles-politiques : oui pas précisées
- Exploration de spiritualité : oui pas précisée

Eléments concernant la scolarité actuelle (<12 mois) :

- Scolarisation en milieu ordinaire : oui non
- Classe :
- Notion de changement récent d'établissement : oui non pas exploré
- Notion d'absentéisme : oui non pas exploré
- Présence d'aménagements scolaires : oui non pas explorés

Eléments anamnestiques :

- Antécédents de suivi médico-chirurgical pour pathologie somatique chronique : oui non pas explorés
- Antécédents de prise en charge pédopsychiatrique : oui non pas explorés
- Mots clés retrouvés dans les dossier pour caractériser prise en charge pédopsychiatrique (p.ex suivi psychologique CMP, hospitalisation en pédopsychiatrie etc.) :
- Mots clés retrouvés dans les dossier pour caractériser antécédents psychiatriques :
- Mots clés retrouvés dans les dossier de symptômes/signes de la sphère psychique non médicalisés :
- Antécédents psychiatriques chez un/plusieurs membres de premier degré : oui non pas exploré

Eléments cliniques :

- Traitement actuel :
- Consommation de substances : oui non pas explorée (si oui laquelle/lesquelles : ...)
- Antécédent de victime de violence sexuelle : oui non pas exploré
- Antécédent de victime de violence physique : oui non pas exploré
- Antécédent de victime de violence verbale : oui non pas exploré
- Antécédent de tentative de suicide : oui non pas exploré
- Mots clés des symptômes/signes cliniques actuels de la sphère psychique retrouvés dans le dossier (p.ex : crises d'angoisse, tristesse de l'humeur etc) :
- Idées suicidaires : oui non
- Mots clés des symptômes/signes cliniques somatiques actuels retrouvés dans le dossier (p.ex : céphalées, douleurs abdominaux etc.) :
- Mots clés retrouvés dans le dossier pour caractériser sommeil et alimentation :
- Mots clés retrouvés dans le dossier pour explorer sphère sexuelle :
- Diagnostique évoqué par l'équipe :

AUTRICE :

Nom : Pigliapoco

Prénom : Alice

Date de soutenance : 5 avril 2024

Titre de la thèse : Coupure du corps, coupure de soi.

Revue narrative et étude qualitative chez des adolescent.e.s qui réalisent des blessures auto-infligées non suicidaires.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Psychiatrie, option psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

Mots-clés : « NSSI » « image du corps » « phénoménologie » « dessin d'adolescent.e » « prévention en santé mentale »

Résumé : Les blessures auto-infligées non suicidaires sont fréquentes à l'adolescence et s'inscrivent dans un continuum qui s'étend des adolescent.es en population générale aux adolescent.es prises en charge en psychiatrie avec une transversalité touchant à plusieurs cadres nosographiques. Les adolescent.es qui présentent des blessures auto-infligées non suicidaires rapportent souvent un vécu dépréciatif et dévalorisant vis-à-vis d'eux-mêmes et de leurs corps, et présentent un risque suicidaire majoré par rapport aux adolescent.e.s qui ne présentent pas des blessures auto-infligées non suicidaires. La problématique des attaques du corps nous semble complexe et indissociablement liée à une époque socio-culturelle. Avant de formuler des nouvelles hypothèses, il nous semble important d'explorer le vécu expérientiel du corps et l'image du corps en reconstruisant l'apparition des premières blessures auto-infligées non suicidaires, en élucidant le sens attribué par le sujet adolescent.e à cette expérience d'attaque du corps, nous croyons qu'il soit indispensable de constater comment les adolescent.es habitent leur corps et d'entendre les échos sociétaux et leurs besoins dans une société qui se transforme. L'exploration consiste en deux entretiens qualitatifs semi-structurés audio-enregistrés, dont les verbatims seront analysés avec la méthode d'Analyse Phénoménologique Interprétative. Au cours du deuxième entretien il sera proposé le dessin 'portrait de soi-même' qui sera interprété à l'aide d'une fiche pré-étudiée.

Composition du Jury :

Président : Professeur Renaud Jardri

Assesseurs : Docteur Sophie Slovak

Directeur de thèse : Professeur François Medjkane