



HAL
open science

Rencontrer le sujet schizophrène en psychomotricité : vers une restauration des enveloppes corporelles et psychiques en relaxation

Estelle Bigaud

► **To cite this version:**

Estelle Bigaud. Rencontrer le sujet schizophrène en psychomotricité : vers une restauration des enveloppes corporelles et psychiques en relaxation. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017411

HAL Id: dumas-01017411

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017411>

Submitted on 2 Oct 2014

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX
Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Rencontrer le sujet schizophrène en
psychomotricité**

Vers une restauration des enveloppes corporelles et psychiques en relaxation

Estelle BIGAUD
Né le 29 mai 1991 à St Michel (16)
Juin 2014

Remerciements

Je tiens à remercier Anne Donguy, maître de stage et de mémoire, de s'être rendue disponible pour nos différents échanges, pour ses conseils tant éclairés qu'éclairants et de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de l'année.

Je remercie également l'équipe du Foyer pour son accueil, son regard clinique et ses réflexions qui m'ont beaucoup appris.

Je pense aussi aux différents professionnels et psychomotriciens que j'ai rencontrés au cours de ma formation et avec lesquels j'ai eu l'occasion de partager.

Merci à mes amis et ma famille qui m'ont soutenue de près ou de loin dans l'élaboration de cet écrit.

Un merci particulier à la personne avec laquelle quelques Kilomètres sont déjà Parcourus, pour m'avoir soutenue, supportée et avoir partagé avec moi les différents temps de conception de ce travail, de son début jusqu'à son aboutissement.

Merci aux copains pour les trois années passées ensemble, et celles à venir.

Table des matières

INTRODUCTION 7

Chapitre I : Le sujet schizophrène, perspectives cliniques 9

I. La schizophrénie à travers l'histoire et la société 9

1. Naissance du concept 9
2. Le concept de Bleuler 10
3. Le sujet schizophrène dans la société 10

II. Les modèles explicatifs 12

1. Modèle cognitif 12
2. Arguments environnementaux 13
3. Les facteurs génétiques 13
4. Facteurs biologiques 14
 - a. Bases organiques 14
 - b. Neurotransmetteurs et neurorécepteurs 14
5. Modèle systémique 14
6. Approche psychanalytique 15
 - a. Une relation à l'objet particulière 15
 - b. Mélanie Klein et la position schizo-paranoïde 16
 - c. Inconsistance des limites 16
 - d. Les mécanismes de défense 17

III. Clinique des schizophrénies 18

1. Le trépied schizophrénique 18
 - a. La discordance 18
 - b. Le délire et sa caractérisation 19
 - c. L'autisme 20
2. Les formes cliniques 20
 - a. Paranoïde 21
 - b. Hébéphrénique 21
 - c. Catatonique 21
 - d. Indifférenciée 22
 - e. Autres formes 22
3. Classification et diagnostics 22

IV. Thérapie et évolution.....	24
1. Les traitements médicamenteux	24
a. Les neuroleptiques.....	24
b. Principes de prescription	24
2. Les psychothérapies	25
a. Les thérapies cognitives et comportementales	25
b. Les psychothérapies analytiques	25
3. Approche sociale	26
a. Les sociothérapies.....	26
b. La réhabilitation psychosociale.....	26
4. Autre traitement.....	26
5. Modalités évolutives	27

Chapitre II : Une approche psychomotrice du sujet schizophrène, une recherche d'enveloppe 28

I. Construction de l'unité psychomotrice chez l'enfant	28
1. Le bébé, un être de sensation	29
a. Des compétences sensorielles au service de la relation	29
b. Importance de la peau dans les premiers échanges	30
c. Modalités perceptives à la naissance	31
2. Le tonus, un support d'échange avec l'environnement.....	31
a. Le dialogue tonique.....	32
b. Constitution de l'enveloppe tonique	33
3. Le développement moteur au service d'une unité motrice et psychique ...	34
II. Une dynamique relationnelle contenante	36
1. Un environnement enveloppant.....	36
2. Importance des rythmes relationnels	37
III. Vers une différenciation psychoaffective	38
1. Une fusion nécessaire	39
2. Introjection et accès à l'identité	40
a. L'intériorisation d'un « bon objet ».....	40
b. L'objet contenant externe.....	41
c. Séparation et individuation.....	42
3. À l'interface contenant/contenu : la formation de l'appareil psychique.....	43
4. La peau, frontière corporelle et psychique entre soi et l'autre.....	46
IV. Le sujet schizophrène, des enveloppes défailtantes.....	48
1. Une fonction contenante fragilisée	48
2. Désorganisation spatio-temporelle	51
3. Des modalités toniques protectrices.....	53
4. Image du corps du schizophrène	55

HYPOTHESE 57

Chapitre III : La relaxation, un dispositif contenant 59

I. Définition 59

II. Les fonctions impliquées 60

1. Le tonus61

2. La respiration 63

III. Les processus mis en jeu..... 64

1. Les suggestions 64

2. Le transfert.....66

3. La fonction contenante 67

Chapitre IV : Un atelier de relaxation en groupe auprès de patients schizophrènes 70

I. Présentation de l'institution..... 70

1. Le lieu de stage..... 70

2. Le travail institutionnel..... 71

II. L'enveloppe institutionnelle, le réceptacle de la souffrance psychique 72

III. La place de la psychomotricité..... 74

1. La psychomotricité dans le foyer 74

2. Ma place au sein du foyer..... 74

IV. Le cadre de l'atelier de relaxation en groupe..... 75

1. Mise en place du projet..... 75

2. Un cadre « bon à penser » et ses fonctions..... 77

3. Déroulement des séances 78

V. Intérêts d'une dynamique groupale 80

Chapitre V : Rencontre d'un patient en atelier de relaxation 82

I. Présentation du patient 82

II. Suivi dans le groupe de relaxation..... 84

1. Un cadre solide et contenant ? 84

2. Une recherche de repères et de limites 86

3. Maîtrise corporelle et défense tonique : 87

4. Vers une unité psychocorporelle... 89

5. ... pour une ouverture relationnelle 90

III. Réflexion et perspectives 92

CONCLUSION 94

BIBLIOGRAPHIE..... 96

Introduction

Au cours de ma deuxième année de formation en psychomotricité, j'ai effectué un stage en pédopsychiatrie auprès d'enfants psychotiques. Cette expérience m'a permis de découvrir cette pathologie et d'appréhender la relation que ces enfants entretiennent avec eux-mêmes ou autrui. Pour mon stage de troisième année, je décide de poursuivre dans le milieu psychiatrique, mais cette fois-ci auprès d'adultes. En effet, après avoir pu découvrir la psychose infantile, je souhaite enrichir mes connaissances et mon expérience autour des troubles psychotiques en psychiatrie adulte, et plus spécifiquement la schizophrénie.

La schizophrénie occupe aujourd'hui une grande partie du champ de la psychiatrie. Cette pathologie est également souvent relayée dans les médias par les faits divers. Le terme est fréquemment associé à celui de dédoublement de la personnalité, de folie, de violence. L'intérêt du public est entretenu par la peur. Le schizophrène est mis en scène. Quelle est la réalité de ces sujets qui semblent étranges et inquiétants ? Comment conçoivent-ils et perçoivent-ils le monde ? Quelle place est donnée à la souffrance de ces personnes ?

En psychiatrie, la schizophrénie est une forme de psychose qui se manifeste par la désintégration de la personnalité et par la perte du contact avec la réalité. Elle se caractérise notamment par des hallucinations, des idées délirantes, une désorganisation de la pensée et des paroles. Différents courants théoriques ont tenté d'explorer les origines et les mécanismes sous-tendant ces troubles.

Chez les personnes atteintes de schizophrénie, ces symptômes compromettent la relation avec les autres, la participation aux activités quotidiennes et entraînent un repli sur soi. Le sujet peut désinvestir son environnement familial, social, scolaire, professionnel, au même titre qu'il se désinvestit de lui-même, de son corps.

Je m'interroge alors sur la problématique corporelle du sujet schizophrène, ainsi que la problématique relationnelle dans laquelle il se place vis-à-vis de l'autre. Il apparaît que le schizophrène est perturbé dans le rapport qu'il entretient avec lui-même et avec le monde extérieur.

Le psychotique ne perçoit pas son corps comme un contenant, un espace délimité, séparant intérieur et extérieur. Ainsi, le sujet schizophrène vit dans un monde fait d'angoisses : angoisse de morcellement, de vidage, de liquéfaction, etc.

La dimension corporelle est au premier plan dans toutes ces formes envahissantes d'angoisses archaïques. Cela met à mal, vient détruire l'unité psychocorporelle du sujet. Le corps ne constituant pas une base sécurisante lui donnant le sentiment d'une continuité d'existence, il paraît vivre dans un corps qu'il n'habite pas.

C'est de cette façon que l'autre peut être perçu comme menaçant ou persécuteur. La précarité du sentiment de différenciation, c'est-à-dire la capacité à se sentir sujet individualisé et différent de l'autre, conduit le schizophrène à des questions existentielles : qui suis-je ? Qui est cet autre ? Vais-je me confondre avec lui ?

Les troubles du sujet schizophrène apparaissent comme un véritable déséquilibre des fonctions psychomotrices affectant les conduites, le comportement et les compétences de la personne. C'est ainsi qu'une mise en place de soin psychomoteur me semble prendre sens pour le sujet schizophrène.

La psychomotricité, en tant que thérapie à médiation corporelle, peut proposer au sujet schizophrène un espace et un temps dans lequel l'expérience d'une unité corporelle, d'une enveloppe contenant, sera envisageable. La relation privilégiée mise en place dans ce dispositif de soin donne la possibilité à la personne de s'approprier ses expériences et qu'elles prennent sens. Le sujet, ainsi (ré)inscrit dans son unité corporelle et psychique pourra alors réinvestir la relation à autrui.

La relaxation, médiateur que j'ai pu expérimenter lors de ma formation, par le cadre relationnel contenant et étayant qu'elle sous-tend, semble appropriée pour accompagner le sujet sur la voie de l'autonomisation.

Nous évoquerons, dans un premier chapitre, les différentes perspectives cliniques de la schizophrénie. Par la suite, nous présenterons une vision psychomotrice du sujet schizophrène pour ensuite voir en quoi la relaxation pourrait intervenir dans une démarche de soin. Enfin, en nous basant sur une expérience en foyer de vie, nous témoignerons de la mise en place d'un atelier de relaxation en groupe et nous nous appuyerons sur l'expérience d'un patient au sein de ce dispositif de soin.

Chapitre I : Le sujet schizophrène, perspectives cliniques

I. La schizophrénie à travers l'histoire et la société

1. Naissance du concept

L'approche historique permet de comprendre l'apparition de ce concept nosographique et de saisir la nécessité de son introduction en psychiatrie à l'époque.

La découverte de la schizophrénie s'étend sur plusieurs siècles et s'inscrit dans un contexte faisant intervenir l'histoire de la psychiatrie européenne et notamment celle de la France, l'Allemagne et la Suisse. On observe alors différentes descriptions cliniques envisagées successivement comme symptômes, sous-ensembles ou syndromes finalement regroupés ou exclus de la nouvelle entité « schizophrénie ».

En France, l'asile marque le début des années 1800. Il permet de réunir, de protéger les malades mais surtout de les observer. Les premières catégorisations des maladies mentales apparaissent. C'est dans ce contexte que Morel, en 1860, emploie pour la première fois le terme de démence précoce.

A la même époque en Allemagne, les premières « maisons de santé pour malades mentaux » permettent leur traitement mais aussi des recherches scientifiques. Se développe alors la psychiatrie clinique organique reconnaissant l'intrication des composantes psychologiques et organiques dans l'apparition des maladies. Issue de ce courant, la psychiatrie descriptive individualise l'hébéphrénie, la catatonie et l'héboïdophrénie (forme atténuée de l'hébéphrénie).

A la fin du XIX^{ème} siècle, Kraepelin en Allemagne reprend le terme de démence précoce, d'abord utilisé par Morel, en proposant le modèle unitaire de démence précoce englobant à la fois l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde.

Au début du XX^{ème} siècle, Bleuler, en Suisse, synthétise les différents travaux (français et allemands), poursuivant ainsi une pensée nosographique débutée un siècle plus tôt.

2. Le concept de Bleuler

Bleuler, en 1911 critique le terme de démence précoce, utilisé par Kraepelin et introduit dans la littérature psychiatrique celui de schizophrénie, plus approprié à la clinique. Selon lui, il existerait une nette scission des fonctions psychiques d'où le terme schizo-phrénie : scission de l'esprit.

Cette nomenclature désigne un groupe de maladies qui réunit les psychoses évoluant par poussées ou sur un mode chronique, pouvant s'arrêter, rétrocéder mais ne permettant pas de retour à l'état d'origine. L'altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur caractérisent également ce groupe.

Bleuler définit le « relâchement des associations » comme le critère responsable de la maladie et propose quatre sous types de schizophrénie : catatonique, hébéphrénique, paranoïde et simple.

3. Le sujet schizophrène dans la société

Aujourd'hui, les sources d'information sur la schizophrénie se multiplient. Revues scientifiques et divers médias évoquent massivement cette pathologie. Malgré l'évolution des connaissances et des moyens thérapeutiques, une pensée non scientifique et souvent erronée persiste dans la population.

D'après F.-S. Kohl, les représentations de la population demeurent profanes et « *la maladie mentale reste encore cette altérité indépassable.* »¹

¹ KOHL F.-S., *Les représentations sociales de la schizophrénie*, p 1.

Selon lui, les représentations sociales constituent une forme de connaissance, élaborée par un groupe. Elles permettent d'établir une vision commune de la réalité et sont influencées par l'inscription socio-culturelle, l'expérience, l'histoire, le sexe et l'âge de chacun. Elles forment des ensembles organisés permettant au sujet de se repérer dans le monde et de le comprendre.

Ces représentations peuvent apporter des éléments de compréhension quant aux réactions et attitudes de la population, des proches ou des malades eux-mêmes, face à la pathologie, déterminant en partie les conséquences psychosociales des troubles.

Pour la population, identifier une maladie mentale est difficile. Cela implique de reconnaître qu'une souffrance psychique relève de la pathologie et non d'un trait de caractère ou du manque d'effort de la personne. L'évolution et le pronostic perçus comme très défavorables, amènent la population à considérer la pathologie mentale comme la plus grave des maladies.

Une étude réalisée en France et dans l'océan indien met en évidence que « 75% des personnes interrogées considèrent qu'un fou n'est pas responsable de ses actes, n'a pas conscience de son état, ce qui signifie indirectement qu'il ne souffre pas de sa maladie et de ses conséquences »¹.

Selon les personnes sondées, les caractéristiques principales seraient l'imprévisibilité, la dangerosité, l'anormalité et la violence. Cela influence grandement les réactions de la population à leur égard : la peur, l'angoisse et le manque d'empathie prédominent.

De plus, les personnes considérant les malades comme imprévisibles attribuent la cause de la maladie à l'alcool, la drogue et les mauvaises fréquentations ; impliquant directement la responsabilité de la personne dans le déclenchement de sa maladie, favorisant le sentiment de culpabilité.

Du fait de ces croyances, l'attitude est globalement négative avec une volonté toujours affirmée de mise à distance des malades. Cependant, les contacts avec les malades améliorent sensiblement l'attitude de la population à leur égard.

¹ KOHL F.-S., *Les représentations sociales de la schizophrénie*, p 66, d'après l'étude de l'ASEP (Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique) réalisée en 2001.

« Le malade mental demeure un personnage différent, anormal, déficient, inférieur, irrationnel, illogique, ou encore improductif, constituant une charge pour le groupe. Il est inquiétant, bizarre et étrange. C'est avant tout celui que l'on ne comprend pas, qui apparaît à tous comme dangereux car très imprévisible »¹.

Cette attitude négative est également alimentée par les médias (cinéma, presse écrite, télévision...). Ils évoquent souvent les aspects de criminalité et de violence, statistiquement rares mais massivement relayés, l'accent étant mis sur les aspects sensationnels, sordides et barbares. Le schizophrène serait un personnage dangereux, renforçant ainsi les stéréotypes.

En somme, nous remarquons que les représentations sociales de la schizophrénie constituent un ensemble complexe impliquant d'autres formes de représentations plus vastes comme celles de la santé, de la maladie mais aussi de la normalité et de la liberté. Elles entretiennent ensemble un rapport d'emboîtement et s'influencent réciproquement. Ces représentations sont souvent basées sur des stéréotypes, croyances et attitudes qui s'influencent et entraînent la plupart du temps la stigmatisation des malades aboutissant à leur discrimination.

II. Les modèles explicatifs

La schizophrénie ne résulte pas d'une cause unique, mais sans doute d'une intrication de plusieurs facteurs. C'est la raison pour laquelle, les troubles schizophréniques ne peuvent être abordés selon une seule approche. Nous appréhendons ici les différentes causes possibles en fonction de leur cadre conceptuel.

1. Modèle cognitif

Pour les cognitivistes, les pensées résultent de plusieurs étapes de traitement au niveau du cerveau. D'après cette approche, la schizophrénie serait le résultat d'anomalies dans le traitement de l'information. Des hypothèses sont alors émises sur la nature des perturbations en cause dans les troubles de la pensée chez le schizophrène.

¹ Ibid, p 76.

Frith suppose l'existence d'un « monitoring » qui donnerait la possibilité de repérer l'intention d'agir et ensuite de pouvoir contrôler l'action. Cela faisant défaut chez le sujet schizophrène, il n'aurait pas de représentation interne de ses actions et aurait alors besoin de les réaliser pour se rendre compte de leurs effets. L'absence de conscience de ses propres actions expliquerait que la personne peut penser qu'elle est déclenchée par une force extérieure, base des hallucinations et du délire.

D'après Hoffman, le schizophrène n'aurait pas la capacité de générer des plans de discours et ceci aboutirait à une intention de communiquer mal réalisée.

Pour Broadbent, l'attention sélective représente la capacité à sélectionner des informations pertinentes et à inhiber ce qui n'est pas utile. Elle serait limitée chez le schizophrène et conférerait au discours un aspect décousu car envahi par toutes sortes de stimulations.

2. Arguments environnementaux

De nombreux facteurs environnementaux ont été identifiés dans la genèse des schizophrénies. On dénombre l'exposition à des agents infectieux ou à une carence nutritionnelle pendant la grossesse, les complications liées à l'accouchement, le milieu de vie défavorisé ou encore la consommation de toxiques du malade, etc. Cependant, à l'heure actuelle, il reste délicat de distinguer les causalités et conséquences de la maladie dans ces différentes observations.

3. Les facteurs génétiques

Ils constitueraient des facteurs prédisposants à la maladie. L'apparition de troubles identiques chez les jumeaux homozygotes serait de 88% et chez les jumeaux dizygotes de 22%¹, soulignant la forte charge génétique. De plus, si une personne développe une schizophrénie, le risque pour sa famille au premier degré (parent, fratrie, enfant) est dix fois supérieur à celui de la population générale².

¹ BOURGEOIS M.-L., *Les schizophrènes*, p 49.

² BOURGEOIS M.-L., *Les schizophrènes*, p 95.

4. Facteurs biologiques

a. Bases organiques

Ce modèle met en évidence des anomalies cérébrales à l'autopsie. Les nouvelles méthodes d'imagerie cérébrale (IRM, scanner) confirment un élargissement des ventricules ainsi qu'une réduction du volume cérébral et de celui de l'hippocampe. Cependant, ces particularités ne sont pas retrouvées chez tous les patients.

b. Neurotransmetteurs et neurorécepteurs

Les neurones sont connectés entre eux et avec les autres cellules par des jonctions synaptiques. A ce niveau-là, l'influx nerveux est transmis par des neurotransmetteurs, captés en post-synaptique par des neurorécepteurs.

Si certains neurones transmettent l'influx nerveux à un nombre assez restreint de cellules, d'autres le relaient à plusieurs dizaines, centaines ou milliers de cellules : c'est la neuromodulation. Par leur action, ces neurones peuvent complètement modifier l'activité du cerveau.

Le système neuromodulateur dopaminergique serait impliqué dans l'apparition des symptômes chez le schizophrène. En effet, il libérerait la dopamine de façon déséquilibrée entraînant les signes cliniques observés. Son excès serait responsable des délires et hallucinations, tandis que son défaut provoquerait un émoussement des affects.

5. Modèle systémique

Ce modèle est inspiré de l'école de Palo Alto, fondée notamment par G. Bateson et P. Watzlawick. Cette approche considère que le malade fait partie d'un système. Ainsi, elle s'intéresse à tout l'environnement du patient et à ses interactions. Des recherches sur les modalités de communication entre le patient et son entourage mettent en évidence l'influence de l'exposition à des messages contradictoires dans le déclenchement de la maladie.

On parle de double lien lorsque deux affirmations se contredisent, s'excluent. Certaines injonctions paradoxales, incongruentes, provoqueraient des paradoxes psychologiques. La schizophrénie constituerait une tentative de réponse dans ce contexte interdisant tout choix.

6. Approche psychanalytique

Le mouvement psychanalytique a contribué au remaniement du concept de démence précoce. Il a donné une interprétation de la schizophrénie centrée sur l'hypothèse de la scission du psychisme. La démarche de Bleuler s'inscrit dans cette lignée, et il propose lui-même des interprétations de la schizophrénie sous l'impulsion de Freud.

Nous nous baserons sur les apports conceptuels de certains psychanalystes afin d'éclairer notre propos quant aux processus à l'œuvre dans la schizophrénie.

a. Une relation à l'objet particulière

« L'essentiel est pour eux question d'appartenance, et d'une appartenance toujours douteuse. L'objet, leur objet est-il au-dedans d'eux ? Sans doute, mais ils sont aussi à l'intérieur de l'objet – et dans tous les cas mal dans leur peau. La réalité leur appartient-elle ? Sans doute, mais toujours à la force du poignet, dans un sentiment d'omnipotence écrasante et de foncière non familiarité ; en fait, ils appartiennent de corps et de pensée à l'objet, qui les contamine, les possède et les persécute par son existence même. »¹

La problématique du sujet schizophrène s'expliquerait par un retour au narcissisme primaire. C'est-à-dire que le sujet orienterait une grande partie de ses investissements psychiques envers lui-même. L'équilibre entre investissement extérieur (relation à l'objet) et investissement du moi (narcissique) est rompu. On parle alors de régression narcissique.

De ce fait, le sujet retournerait à un état d'indifférenciation relative entre lui et l'objet. Enveloppé dans son narcissisme primaire, il se sent tout puissant et l'organisation de ses rapports à l'objet est orale.

¹ RACAMIER P.-C., *Les schizophrènes*, p 21.

Il introjecte alors le monde extérieur qui devient une partie, un prolongement de lui-même ; la relation d'objet est partielle et fusionnelle. On parle de toute puissance narcissique.

Le monde ne fait qu'un avec le sujet, il n'a plus conscience des limites, du dedans du dehors, de l'espace et du temps. Cela se conclut par l'exclusion de la réalité puisqu'elle est constituée de repères, de bornes, de limites. Le schizophrène ne peut la supporter, tout comme il ne supporte la frustration. Rejetant la réalité, il tenterait de la reconstruire par le délire.

b. Mélanie Klein et la position schizo-paranoïde

Mélanie Klein s'inscrit dans une démarche développementale. Elle considère que le fonctionnement psychique des premiers mois de vie peut être utilisé à l'âge adulte, de manière normale. Au contraire, la fixation à l'un de ces modes de fonctionnement, appelé position, devient pathologique.

Dans sa théorie, elle décrit deux positions successives : schizo-paranoïde et dépressive. La fixation à la première ferait partie du processus schizophrénique. Dans le développement, la position schizo-paranoïde correspond au moment où les expériences sont partielles, non reliées entre elles.

C'est une période caractérisée par des angoisses persécutives dont le sujet se protège par la mise en place de mécanismes de défense. Le processus de clivage prédomine dans le sens où une expérience satisfaisante est considérée comme « bonne » et peut être introjectée ; au contraire, une sensation ou une expérience désagréable est « mauvaise » et destinée à être rejetée. Ainsi, les objets apparaissent soit bons et idéalisés, soit mauvais et persécuteurs. Ce mode de fonctionnement serait persistant chez le schizophrène.

c. Inconsistance des limites

Selon Pankow, la dissociation se traduirait au niveau de la représentation que le schizophrène a de son corps. Il y aurait « *destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur* »¹.

¹ PANKOW G., citée par HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., *Les schizophrénies*, p 75.

Ainsi, le corps n'a plus d'unité mais il est perçu comme une multitude de particules non reliées entre elles : le corps est morcelé, éclaté. Il n'y a plus de limites entre le dedans et le dehors, la délimitation est rendue impossible.

d. Les mécanismes de défense

« Autant savons-nous que le schizophrène combat le réel et l'objet à coups de hache et de laser, autant, plus que quiconque au monde, je soutiens que le schizophrène combat pour le réel, pour l'objet, pour la pensée et pour le Je. »¹

Racamier décrit le fonctionnement psychique du sujet schizophrène et les mécanismes de défense qu'il met en place comme des tentatives d'existence.

« Toute schizophrénie est une organisation apte à durer, une défense contre la catastrophe. »²

Ces moyens de défense visent à éliminer tout conflit de la psyché. Nous nous attardons ici sur les principaux à savoir le déni, le clivage du moi et la projection.

Le déni : Il consiste à éliminer une représentation en niant la perception liée à celle-ci. Freud a considéré le déni comme un mécanisme visant à refuser une réalité trop insupportable pour le sujet. Chez le schizophrène, le refoulement fait défaut et est largement remplacé par le déni, qui a la propriété de s'attaquer aux souvenirs, aux autres et au vécu. Racamier, quant à lui, évoque les différentes formes de déni. Ils porteraient sur le sens, l'existence même de l'objet (insanité), sur la signifiante (inanité) et sur l'altérité. Selon lui, tous auraient la propriété d'éviter la perte du réel et permettraient au sujet de faire l'économie du déni majeur, celui du déni d'existence.

Le clivage du moi : Ce mécanisme reprend la notion de clivage décrite ci-dessus dans la position schizo-paranoïde (Klein). Chez le schizophrène, il serait instable dans le sens où les bons objets peuvent se transformer en persécuteurs et inversement. Ce clivage consiste à faire coexister au sein de la psyché deux parties qui ont été séparées sans compromis possible. Il désigne donc, deux attitudes psychiques différentes au moment où l'exigence de la réalité extérieure viendrait à l'encontre d'une pulsion. Ainsi, une première attitude tiendrait compte de la réalité ; la seconde, quant à elle, mettrait à sa place même, une nouvelle réalité.

¹ RACAMIER P.-C., *Les schizophrènes*, p 13.

² Ibid, p 52.

La projection et l'identification projective : La projection consiste à rejeter, mettre au dehors de soi un élément insupportable pour le sujet. Par ce biais, il cherche à externaliser une pensée, un affect, un objet et essaye de le contrôler au dehors. L'identification projective permet au schizophrène de projeter une tension intolérable, mais cette fois-ci à l'intérieur d'un objet (partie d'objet, personne...), en tentant de le contrôler et de lui nuire.

III. Clinique des schizophrénies

1. Le trépied schizophrénique

L'approche clinique actuelle, s'organise autour de trois signes principaux : la discordance, le délire et l'autisme.

a. La discordance

La notion de discordance, proche de celle de dissociation, traduit un défaut d'unité. Elle exprime le manque d'accord, de cohésion, et se manifeste dans la sphère de la pensée, des affects et du comportement.

Au niveau de la pensée, elle se décèle surtout par des particularités dans le langage. Il est possible de remarquer des « barrages », marqués par un arrêt brutal du discours, traduisant l'interruption soudaine de la pensée, des idées. Le patient peut également passer d'une idée à une autre, sans aucun lien apparent (coq à l'âne). Le ralentissement du débit, l'allongement de certaines syllabes, ainsi que des modulations de voix inappropriées marquent également cette forme de discordance.

L'indifférence affective est l'un des principaux signes de la discordance affective. En clinique, cela se manifeste par une certaine froideur dans le contact, peu de mimiques voire un visage inexpressif.

Henri est souvent allongé dans le canapé du salon. Il peut aussi être assis sur un des fauteuils de l'entrée, dans une posture affalée et fermée, les genoux contre la poitrine, tête et bras ballants. Son visage ne laisse deviner aucune émotion, il ne parle que très peu. Seulement ses lèvres bougent quand il s'exprime. Ses gestes, ses déplacements, son débit verbal sont très lents. Il se meut en traînant les pieds, les mains dans les poches de sa veste, le haut du dos très voûté et le regard au sol.

Paradoxalement, le patient pourra présenter des réactions émotionnelles exagérées face à certains événements ; on note une absence de concordance entre affects et situation.

La discordance des comportements comprend le maniérisme, les mouvements automatiques, les comportements stéréotypés ou les balancements, une certaine pauvreté du mouvement. Parfois, les gestes sont lourds, raides, saccadés. Outre ces aspects, l'ambitendance vient révéler une forme d'ambivalence psychique, d'indécision, d'hésitation qui se traduit sur le plan moteur (suspension des actes, initiation puis interruption en cours de geste).

Stéphane marche habituellement d'un pas décidé, lourd avec les pieds écartés. Souvent, il s'arrête brusquement au milieu d'une pièce, fait demi-tour. Il peut aussi continuer de marcher, mais paraît ne plus savoir où il veut se rendre. Parfois, il vient dans la salle où je me trouve, puis repart. Il effectue ainsi de nombreux allers retours. Dans ces moments, Stéphane semble vouloir m'interpeller, il se plante en face de moi les bras croisés, ouvre la bouche, se balance d'un pied sur l'autre puis détourne le regard en marmonnant pour lui et enfin repart.

b. Le délire et sa caractérisation

Le délire constitue un ensemble d'idées fausses, erronées, non fondées, en totale opposition avec la réalité et auxquelles le sujet attache une conviction absolue. Il est non soumis à la preuve, la démonstration, et non rectifiable par le raisonnement. Le délire est alors considéré comme une perte de contact avec la réalité.

Il peut être perçu comme une tentative désespérée de réunifier corps et psychisme au moment où le malade est en proie à des angoisses effroyables. Il constituerait alors une tentative de reconstruction de la réalité à partir d'une expérience de désintégration et d'une perte du sentiment d'exister. Le DSM¹, considère le délire comme un trouble du contenu de la pensée.

Le délire schizophrénique est mal organisé voire décousu, flou et contradictoire. Il est souvent non congruent à l'humeur. Les thèmes sont variés (persécution, jalousie, influence, hypocondrie, politique, mystique, filiation, modification corporelle...), sans lien apparent entre eux, ni de recherche d'enchaînement logique.

c. L'autisme

Le terme autisme est ici employé pour qualifier le repli sur soi de l'adulte schizophrène. En effet, le vécu discordant et la dissociation de la pensée, induisent progressivement chez le malade une sorte d'indifférence et une attitude qualifiée d'autistique. On observe un désinvestissement de la réalité (indifférence affective, absence de communication) ainsi qu'une impénétrabilité du monde intérieur du schizophrène (rêverie, absence d'intérêt pour l'extérieur), dans lequel il s'isole. Le sujet semble se construire un monde hermétique qui se clôt sur lui-même. Cette inhibition et ce repli apparaissent comme des moyens de défense mis en place contre la menace de désintégration, d'intrusion.

2. Les formes cliniques

Les différentes formes cliniques ici évoquées ne rendent pas compte de l'ensemble des formes observables. Nous rapportons celles décrites historiquement par Bleuler et reconnues par l'ensemble des classifications actuelles.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

a. Paranoïde

C'est la forme de schizophrénie la plus fréquente où le délire prédomine. Elle est aussi la plus connue, car la plus bruyante, et évolue habituellement par poussées, alternant entre périodes délirantes et de rémission partielle. Le délire s'accompagne souvent de discordance et de troubles du comportement en rapport avec le thème du délire.

Nathan est arrivé au foyer avec un poids très faible pour sa taille, nécessitant une surveillance médicale régulière et l'introduction de compléments alimentaires. Il présente une anorexie restrictive en lien avec ses idées délirantes. Cela nécessite un accompagnement attentif de la part de l'équipe. Il mange peu, trie les aliments en ne choisissant que ceux qu'il identifie comme ne faisant pas grossir. Selon lui, en ne s'alimentant pas il permet aux autres de manger à leur faim, et il pourrait ainsi éradiquer la faim dans le monde.

b. Hébéphrénique

Elle est aussi appelée schizophrénie désorganisée. Cette forme s'installe de manière progressive et insidieuse. Elle débute habituellement à l'adolescence par une baisse du niveau scolaire. S'ensuivent un retrait social, une perte d'intérêt et une indifférence affective. Des troubles du comportement (actes impulsifs, violence) peuvent aussi apparaître. Le délire peut être présent mais ne prédomine pas.

c. Catatonique

Cette forme semble assez rare. En clinique, on observe un syndrome dissociatif, essentiellement psychomoteur : maniérisme, troubles moteurs, négativisme, mutisme, et parfois attitudes d'opposition ou d'obéissance automatique, sont répertoriés. Des accès de fureur catatonique peuvent survenir brutalement (agitation extrême, décharges motrices).

d. Indifférenciée

La schizophrénie indifférenciée répond aux critères de la schizophrénie mais ne peut être classée dans aucune des formes décrites ci-dessus.

e. Autres formes

Il existe d'autres formes de schizophrénie (pseudo-psychopathique, pseudo-névrotique,...) mais celles-ci ne font pas consensus et ne sont pas forcément répertoriées dans les manuels.

De plus, les classifications varient de manière significative selon les ouvrages. Ainsi une forme de schizophrénie peut être référencée dans l'un mais être considérée comme un trouble à part entière dans un autre.

De cette façon, le terme de schizophrénie dysthymique proposé pour évoquer un tableau clinique regroupant des symptômes du registre schizophrénique (délire, hallucination, discordance) et des troubles thymiques (manie, mélancolie) prend le nom de trouble schizoaffectif, dans le DSM.

3. Classification et diagnostics

Les psychiatres ont essayé d'apporter une certaine rigueur dans la description et la définition des entités psychiatriques en imposant des critères diagnostiques, pour trouver un certain consensus et un langage commun.

Des critères précis sont établis car il n'existe pas de signe pathognomonique ni d'affection biologique pour assurer un diagnostic certain.

Cette maladie est donc définie dans les systèmes de classification et les diverses nomenclatures psychiatriques actuellement en usage : DSM-IV-TR¹, CIM 10². Nous détaillons les critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-IV-TR.

¹ 4^{ème} édition, texte révisé du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

² 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies.

1^{er} critère : Symptômes caractéristiques : 2 (ou plus), chacun présent pendant une période d'un mois, parmi lesquels : des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement catatonique ou grossièrement désorganisé et des symptômes négatifs (émoussement des affects, alogie...).

2nd critère : Dysfonctionnement social ou professionnel

3^{ème} critère : Durée des signes permanents : au moins 6 mois

4^{ème} critère : Exclusion des troubles de l'humeur et schizo-affectif

5^{ème} critère : Exclusion d'une toxicomanie ou d'un état médical

6^{ème} critère : Relation avec un trouble envahissant du développement : le diagnostic de schizophrénie peut être ajouté si des idées délirantes et des hallucinations sont présentes pendant plus d'un mois.

Des tableaux cliniques similaires peuvent s'observer, mais ne répondant pas à tous les critères de la schizophrénie selon le DSM-IV, ils sont répertoriés autrement (trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique bref...).

Par exemple, le rétrécissement nosographique par les nouvelles définitions a rendu nécessaire la notion de « spectre schizophrénique » pour ranger les manifestations d'allures schizophréniques ne pouvant être incluses dans la classification elle-même.

IV. Thérapie et évolution

1. Les traitements médicamenteux

a. Les neuroleptiques

Depuis plus de 50 ans sont utilisés des médicaments antipsychotiques, appelés neuroleptiques. Ils caractérisent les molécules ayant « *des effets réducteurs des processus psychotiques et qui engendrent des effets secondaires neurologiques* »¹. Ils constituent l'essentiel du traitement chimiothérapeutique concernant la schizophrénie.

Tous les neuroleptiques possèdent une activité antidopaminergique en bloquant les récepteurs postsynaptiques à la dopamine. Cette inhibition induit les effets bénéfiques du médicament mais provoque aussi ses effets indésirables.

Ils sont visibles à travers l'akinésie, l'hypertonie ou la rigidité. Après plusieurs années de traitement, peuvent apparaître des dyskinésies tardives. Suivant leur intensité, ils sont plus ou moins invalidants pour la personne.

Les nombreux effets indésirables des premières molécules et leur limite d'efficacité incitent les cliniciens à développer de nouvelles molécules. Celles-ci possèdent au moins autant d'efficacité mais moins d'effets indésirables et sont donc prescrites en première intention.

b. Principes de prescription

Il convient de trouver une dose optimale entre efficacité thérapeutique et évitement des effets secondaires invalidants. Le type de molécule utilisé, les doses administrées sont adaptées à chaque patient, suivant ses manifestations pathologiques, sa tolérance au traitement. La durée de traitement varie considérablement mais il est souvent suivi à long terme. Du fait des effets indésirables, une surveillance rigoureuse par des examens biologiques fréquents est nécessaire. Les traitements médicamenteux concernent aussi bien les épisodes aigus, que la prévention des rechutes et le traitement au long cours.

¹ DELAY et DENICKER cités par HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., *Les schizophrénies*, p 101.

Des traitements correcteurs des effets indésirables peuvent être prescrits, mais une vigilance à leurs propres effets indésirables est nécessaire. Il est possible d'associer au traitement neuroleptique des stabilisateurs de l'humeur, des antidépresseurs ou des anxiolytiques, suivant les problématiques de chaque patient.

2. Les psychothérapies

a. Les thérapies cognitives et comportementales

Ces techniques se basent sur le modèle du traitement de l'information. Elles ont l'objectif de changer comportement, attitude et pensées inadaptés du malade.

« En milieu institutionnel, la technique thérapeutique choisie qui est contractuelle et fondée sur le conditionnement, consiste en la mise en place de comportements et attitudes que le sujet et l'équipe soignante souhaitent développer telles, par exemple, l'hygiène, la participation aux activités individuelles ou collectives proposées. »¹

b. Les psychothérapies analytiques

La psychothérapie analytique a une indication plus large que la cure analytique. Elle apporte une aide focalisée sur certains conflits. Basée sur l'interprétation verbale proposée par le patient, elle vise à l'explicitation des conduites et des affects avec pour but, la disparition des conflits. Le psychothérapeute abandonne sa neutralité pour se substituer à une image parentale bienveillante et structurante.

Un dispositif de parole est créé par le thérapeute permettant aux affects douloureux, aux conflits ou aux fantasmes de trouver une modalité d'expression. La verbalisation en elle-même, le travail qu'elle sous-tend et l'interprétation éventuelle du thérapeute sont thérapeutiques. Le transfert ne fait plus l'objet d'une interprétation systématique. Le suivi, moins long qu'en analyse, se termine quand le patient a acquis une meilleure maîtrise de lui-même.

¹ HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., *Les schizophrénies*, p 115.

3. Approche sociale

a. Les sociothérapies

Elles se centrent sur le travail comme facteur de stabilisation des troubles. Cela permet de conserver une certaine activité et sert à lutter contre l'incapacité à entreprendre des actions. Elles peuvent être occupationnelles mais ouvrir la voie à une possible insertion professionnelle.

En institution, ces activités (service de table, linge...) « *empêchent une rupture de socialisation et entretiennent des aptitudes qui seront rapidement sollicitées au moment de la resocialisation.* »¹

b. La réhabilitation psychosociale

Cette technique est considérée comme une alternative sociale par rapport au modèle médical dominant. Elle est « *constituée par l'ensemble des mesures contribuant au rétablissement ou à l'établissement d'un fonctionnement socio-professionnel satisfaisant chez une personne souffrant d'un trouble psychiatrique.* »²

Des programmes thérapeutiques se développent en utilisant les méthodes de psychoéducation, d'entraînement des compétences sociales, de remédiation cognitive et des thérapies cognitives.

4. Autre traitement

La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie peut être préconisée en cas d'intolérance ou de contre-indication aux traitements médicamenteux. Elle n'est jamais utilisée en première intention mais est indiquée en cas de schizophrénie résistante.

¹ HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., *Les schizophrénies*, p 115.

² Ibid, p 115.

5. Modalités évolutives

La schizophrénie est une psychose d'évolution chronique. Le mode d'entrée peut être brutal ou insidieux. Dans le premier cas de figure, on peut parler de décompensation pour signifier une rupture soudaine et massive avec l'état antérieur, par effondrement des mécanismes de défenses.

L'évolution peut être continue ou par accès. Ces crises pourront laisser des séquelles avec des symptômes dits résiduels et une inadaptation croissante. La thèse de la rémission complète reste mineure.

Il semble difficile d'émettre un pronostic quant à l'issue de la maladie. Cela nécessiterait des suivis au long cours, en pratique difficilement réalisables. De plus l'effet des nouveaux neuroleptiques est mal connu à long terme. Il apparaît impossible de prédire l'évolution, chaque parcours étant singulier et lié à l'individu, ses conditions de vie. Cependant, l'observance du traitement semble être un enjeu majeur quant à l'évolution favorable ou non de la maladie. Il est possible d'avancer, par contre, que le pronostic suit l'adhésion aux soins et démarches thérapeutiques mises en place.

Aujourd'hui, on tente de prendre en charge les personnes le plus précocement possible (traitement, dépistage des troubles) pour limiter l'impact et l'évolution de la maladie.

Chapitre II : Une approche psychomotrice du sujet schizophrène, une recherche d'enveloppe

Le chapitre précédent nous a permis d'appréhender la schizophrénie sous différents aspects et d'apporter une vue d'ensemble de la pathologie en développant son histoire, ses répercussions sociales, les apports des grands modèles théoriques et les thérapeutiques envisageables.

Nous abordons maintenant la pathologie sous l'angle de la constitution de l'unité psychocorporelle. La notion de psychocorporel renvoie ici à l'intrication du développement psychomoteur et psycho-affectif dont l'équilibre du sujet dépend.

La construction progressive cette unité soutient le sentiment d'enveloppe et permet peu à peu à l'enfant de se construire en tant que sujet différencié et autonome. Nous développons son élaboration chez l'enfant pour ensuite envisager comment elle semble faire défaut chez le sujet schizophrène.

I. Construction de l'unité psychomotrice chez l'enfant

A la naissance, le vécu du nourrisson est morcelé. Les diverses sensations ne sont pas reliées entre elles. Les différentes expériences corporelles soutenues et mises en sens par l'environnement maternel permettent progressivement à l'enfant de les associer et d'accéder ainsi à une unité corporelle, support d'individuation. La recherche active de contact, d'être porté, contenu par l'environnement étaye l'émergence du sentiment d'enveloppe pour l'enfant.

1. Le bébé, un être de sensation

a. *Des compétences sensorielles au service de la relation*

La relation avec le nouveau-né passe principalement par les différents sens. Ces derniers jouent un rôle essentiel dans la construction de l'interaction. On parle désormais du bébé comme un être actif, interactif. D'emblée, le nourrisson met ses compétences au service de la relation à l'environnement, du contact avec sa mère. C'est dans cette optique que nous détaillons ses aptitudes.

La gustation : le nourrisson préfère le sucré, et notamment le lait maternel. La tétée représente l'un des premiers échanges mère/enfant, au cours duquel l'enfant est porté en même temps qu'il regarde sa mère.

L'olfaction : le nouveau-né s'oriente spontanément vers sa mère grâce à son odeur qu'il reconnaît dès son deuxième jour et il se tourne préférentiellement vers une odeur familière.

« Des centres de l'olfaction font partie du système limbique jouant un rôle prépondérant dans la physiologie des émotions, de l'affectivité et de la mémoire. »¹

Lors de la tétée ou lorsqu'il est consolé par exemple, le nourrisson associe son expérience à une odeur et à une qualité affective. Un véritable lien olfactif se met en place entre l'enfant et sa mère.

L'audition : *« En réponse à des sons se situant dans la gamme de fréquences de la voix humaine, le nouveau-né suspend son activité, présente une bradycardie, et oriente sa tête vers la source sonore avec une attention soutenue. »²*

Le nourrisson discrimine l'appel de son prénom par sa mère plutôt que par une autre voix (Querleu et al., 1984). Il préfère la voix de sa mère, son intonation et il peut la reconnaître très tôt (Stern et al., 1982 ; Fernald et Simon, 1983). Attentif à son environnement, il s'y ajuste en adoptant *« un comportement moteur apparaissant modulé par la parole, comme si la parole rythmait et pouvait initialiser les mouvements du bébé (Condon et Sander, 1974) »³*

¹ VAIVRE-DOURET L., *La qualité de vie du nouveau-né*, p 51.

² GOLSE B., *L'être bébé*, p 24.

³ VAIVRE-DOURET L., *La qualité de vie du nouveau-né*, p 55.

La vision : le nouveau-né possède une vision floue, discrimine surtout les contrastes, son système visuel est peu développé.

« *Ses possibilités maximales de distances de vision sont de l'ordre de 18 à 20cm de son visage* »¹, c'est-à-dire la distance quand il est porté dans les bras de sa mère.

Il est plus sensible aux visages humains (image structurée, complexe, hétérogène) qu'aux formes géométriques. Il préfère, dès 3-4 jours le visage de sa mère (Bushnell et al., 1989 ; Pascalis et al., 1995). Vers la fin du deuxième mois, les yeux possèdent la qualité la plus attractive et deviennent la partie du visage la plus fixée.

« *Le premier « objet » répondant à tous les critères énoncés ci-dessus se trouve à la disposition de l'enfant parmi son environnement, c'est le visage de sa mère.* »²

Le tact : les différents types de récepteurs liés au tact (sensibilité à l'effleurement, la pression ; sensibilité thermo-algique) se développent très tôt dans la vie intra-utérine. Au cours de la grossesse, les échanges tactiles entre le fœtus et la paroi utérine se multiplient.

Dès la naissance, les contacts tactiles sont sollicités lors des premiers soins maternels et du portage de l'enfant dans les bras.

b. Importance de la peau dans les premiers échanges

L. Vaivre-Douret qualifie la peau d'organe vital qui constitue une membrane souple et résistante. Elle est définie comme « *l'enveloppe de revêtement de l'organisme* »³ et représente un support d'échange avec l'extérieur. A la fois perméable et imperméable, la peau possède un rôle protecteur qui permet d'amortir les chocs et d'éviter l'entrée des microbes. Elle renseigne sur la forme, le contact, la consistance, la température des objets grâce à ses différents types de récepteurs. A la naissance la peau n'est plus entourée par l'enveloppe utérine.

« *Désormais se crée une enveloppe maternelle avec laquelle les contacts seront non permanents et moins en continu, régulés conjointement de façon subtile et complexe en fonction des deux partenaires mère/bébé* »⁴

¹ VAIVRE-DOURET L., *La qualité de vie du nouveau-né*, p 60.

² Ibid, p 61.

³ Ibid, p 105.

⁴ Ibid, p 113.

Ces stimulations précoces ainsi que le contact peau à peau ont un impact sur le développement relationnel et sensorimoteur de l'enfant.

c. Modalités perceptives à la naissance

« La capacité d'appréhender les caractéristiques amodales à travers les différents sens (transmodalité) aiderait le bébé au départ à se constituer une expérience unifiée du monde, et à commencer à développer un sens émergent de soi et de l'autre (D. Stern, 2003). »¹

Le nourrisson est donc capable de transférer les informations reçues par un canal sur un autre. Par exemple il peut reconnaître visuellement un objet qu'il aura préalablement touché.

Le nourrissage est une expérience particulièrement intéressante puisque l'ensemble des sens du bébé y participe. Il sent et goûte le lait maternel et en même temps, il est porté par le regard de sa mère, par sa voix et par la chaleur de ses bras. Les différentes stimulations sensorielles ne sont plus éparses mais se rassemblent favorisant ainsi l'intégration d'une unité corporelle.

Le bain sensoriel dans lequel est plongé l'enfant participe à la formation d'une première enveloppe corporelle.

Toutes les intégrations sensorielles du nourrisson sont soutenues par les échanges relationnels avec son environnement. Les premières interactions entre la mère et l'enfant sont sous-tendues par le tonus. Nous en développons l'importance dans la constitution de l'unité psychomotrice du sujet.

2. Le tonus, un support d'échange avec l'environnement

A la naissance, on observe chez le nourrisson une hypertonie des membres et une hypotonie de l'axe. La maturation neurologique qui s'effectue dans le sens proximo-distal et céphalo-caudal, permet vers 6 mois une équilibration des deux pôles toniques.

¹ GOLSE B., *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, p 250.

a. Le dialogue tonique

En début de vie, la mère et son enfant sont dans une fusion affective, le nouveau-né est complètement dépendant.

Il n'a pas d'autres moyens que de communiquer ses besoins de manière comportementale : cris, agitation, pleurs et réactions toniques. Les sensations de malaise et de bien-être sont alors caractérisées par une alternance d'états hypertoniques et hypotoniques. C'est ce rythme initial qui définit les premières relations mère/enfant.

De Ajuriaguerra parle de dialogue tonico-émotionnel pour évoquer ce moyen d'échange privilégié entre les deux partenaires. L'hypertonie d'appel survient quand l'enfant subit une sensation de déplaisir. La mère interprète cette tension et y répond en satisfaisant le besoin de son enfant. On observe alors une hypotonie de soulagement.

La mère donne du sens et ajuste ses réponses en fonction des états toniques de son enfant. De même, l'enfant met en lien ses propres réactions toniques avec les réactions de sa mère et commence à agir sur son environnement.

S. Robert Ouvray évoque, quant à elle, des états toniques primaires. Elle distingue deux grands champs toniques assimilés à une périphérie hypertendue née de tensions (internes et externes) et un intérieur détendu lié à la satisfaction des besoins et à l'hypotonie du rachis. Ces deux états toniques organisent la vie du bébé dans ses premières semaines de vie.

L'enfant alterne alors entre un extérieur tendu et dur et un intérieur détendu et mou. C'est ainsi qu'il manifeste ses états sensori-toniques.

« L'intégration des extrêmes se pose donc comme une nécessité et comme un processus d'identification primaire qui permettra l'établissement des limites à tous les niveaux d'organisation. »¹

La mère, face à son enfant qui pleure, crie, va mettre des mots sur son état, y répondre, permettant ainsi l'établissement de limites en donnant forme aux ressentis sensori-toniques du bébé. Si l'environnement est satisfaisant, l'enfant pourra alors accepter les variations toniques comme des variations affectives dans la relation.

¹ ROBERT OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, p 85.

Pour S. Robert Ouvray, le tonus permet l'étayage d'autres paliers intégratifs plus élaborés à savoir le sensoriel, l'affectif et à terme les représentations. L'instauration de ce premier dialogue corporel avec l'environnement paraît alors essentielle pour garantir une intégration optimale des autres paliers.

« Normalement, dans l'empathie tonique mutuelle de la mère et de son enfant, le dialogue tonique devient le support du processus de différenciation, d'organisation et de coordination des stimulations. »¹

b. Constitution de l'enveloppe tonique

La modulation des états toniques, par ajustement réciproque entre mère et enfant, participe à la constitution de ce que S. Robert Ouvray appelle « l'enveloppe tonique ».

Au début de sa vie, le bébé est dans une perméabilité aux états tonico-affectifs de sa mère. Son enveloppe tonique sert de récepteur, que ce soit des stimulations externes, des états affectifs de sa mère ou de ses propres états affectifs. Quand la mère est absente, l'enveloppe tonique est ressentie dans une tension d'attente. Elle témoigne sensoriellement de l'absence de l'autre. Quand la mère arrive et calme son enfant, l'enveloppe tonique perçue dans la détente représente alors la présence de l'autre. Cette enveloppe corporelle permet progressivement l'aménagement des enveloppes psychiques.

« Dans cette alternance des ressentis de l'enveloppe tendue-absence ou détendue-présence, se créent une respiration et un rythme qui participent à l'installation d'un espace psychique et des limites entre soi et autrui et entre dedans et dehors. »²

Elle va servir de moyen de communication entre intérieur et extérieur, de pare-excitation et assurer une fonction de contenance. Il est nécessaire que cette enveloppe reste souple, perméable pour ne pas se transformer en paroi rigide.

« Le tonus est l'élément énergétique fondamental qui sous-tend la posture et l'activité motrice (VD, 1997a). »³

Petit à petit, l'enfant acquiert un plus grand contrôle tonique au service de la motricité et de la découverte de l'environnement.

¹ ROBERT OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, p 94.

² Ibid, p 162.

³ VAIVRE-DOURET L., *La qualité de vie du nouveau-né*, p 89.

3. Le développement moteur au service d'une unité motrice et psychique

S. Robert Ouvray introduit la notion de schème de base, pouvant se définir comme la plus petite unité motrice structurée de notre organisation motrice. Elle propose une théorie mettant en avant une intégration motrice concomitante et inextricablement liée au développement psychique.

A la naissance, ces schèmes ne sont pas coordonnés, ils agissent en petites unités motrices isolées. L'enfant découvre sa motricité et investit son corps de manière partielle.

La motricité du nouveau-né se manifeste d'abord sous la forme de spasmes, de crises motrices, d'activités répétitives. Ces mouvements sont sans but ni signification apparente et surviennent en dehors de toute stimulation externe. Cependant, cette première forme de motricité constitue les prémices des mouvements dirigés vers un but, c'est-à-dire coordonnés et volontaires. Elle contribue également à l'instauration des premières relations.

« La recherche du contact chez le bébé humain et de la proximité est sous tendue par des agrippements, des ajustements posturaux, l'établissement de mouvements rythmés, etc (Lemay 1983). Ainsi, les réflexes de grasping, d'orientation, de fouissement, participent au maintien du contact. »¹

Ces réflexes sont des mouvements automatiques involontaires, caractéristiques des nouveau-nés. Ils sont la marque d'un fonctionnement sous-cortical. Ils constituent les préformes des conduites motrices à venir et disparaissent au cours de la maturation neurologique de l'enfant.

Les schèmes de base sont impliqués dans le développement tonico-postural du sujet et interviennent dans chaque mouvement. Ils se déclinent en schème d'enroulement, d'axialité et de coordination.

Le schème d'enroulement se construit à partir de l'organisation centripète de la motricité des différents membres. Le squelette et les muscles sont conçus pour aller vers l'exploration de l'espace situé devant et privilégient les mouvements de rassemblement.

¹ VAIVRE-DOURET L., *La qualité de vie du nouveau-né*, p 113.

Ceux-ci s'effectuent d'abord sous la forme d'enroulements partiels, puis se coordonnent et vont dans le sens d'un enroulement global du corps. Le corollaire de l'enroulement est le redressement et permet au nourrisson de mieux maîtriser l'espace, de libérer son regard et ses mains.

« C'est une étape fondamentale que l'enfant doit vivre selon son propre rythme dans un environnement affectif suffisamment stable afin que soit assurée la base du narcissisme primaire. C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront. »¹

A la fin de cette période l'enfant peut s'enrouler sur lui-même, en avant, à partir du décubitus dorsal. *« A ce moment, libéré d'autrui pour expérimenter la dimension verticale, le bébé connaît le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié. »²*

Le schème d'axialité est lié à l'enroulement. La motricité s'organise par rapport à cet axe qui va permettre une construction des repères spatiaux (haut/bas, droite/gauche). La dynamique d'axialité et de symétrie est une phase de construction de l'identité et participe à la création d'une image de soi. A partir du moment où l'enfant se redresse selon cet axe, il construit une plus grande distance avec la mère. Il est toujours porté dans les bras maternels mais sa posture est plus érigée, il peut regarder autour de lui et commence à ébaucher son identité propre.

Le schème de coordination s'établit vers 6 mois, quand l'enfant opère une torsion du buste dans l'espace. C'est une forme complexe qui nécessite une rotation avec rigidité du buste faisant intervenir les schèmes d'enroulement et d'axialité. Cela permet à l'enfant de développer une préhension progressive qui consiste à prendre et à donner. C'est une première compréhension du dedans et du dehors.

Les différents schèmes de base se coordonnent donc entre eux et forment alors une unité motrice. Dans le même temps, les parties du Moi du nourrisson s'assemblent pour former une première unité psychique. Ce double mouvement est à l'origine du sentiment de continuité d'existence.

« Les schèmes s'organisent entre eux et proposent à la psyché un exemple sensoriel et spatial d'une association d'unités qui prennent sens dans leur articulation même. »³

¹ ROBERT OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, p 46.

² Ibid, p 46.

³ Ibid, p 46.

II. Une dynamique relationnelle contenantante

La construction d'une unité psychomotrice chez l'enfant concourt à l'édification d'un premier sentiment d'enveloppe corporelle et psychique. Le bébé utilise toutes ses compétences (sensorielles, toniques, motrices) pour se construire en tant que personne et rencontrer l'autre. La dimension relationnelle nous apparaît fondamentale dans ce processus développemental, nous en détaillons ici ses modalités.

1. Un environnement enveloppant

L'enfant à la naissance, de par son caractère de néoténie, ne peut satisfaire seul ses besoins. Il est donc dépendant des soins dispensés par l'environnement maternel.

Cela suppose que la mère s'identifie à son bébé pour tenter de comprendre ce dont il a besoin. Cette capacité, nommée par Winnicott « *préoccupation maternelle primaire* », permet à la mère d'acquérir une sensibilité particulière face à son enfant et de lui prodiguer des soins maternels « *suffisamment bons* ». Elle vient suppléer le Moi de l'enfant en construction, en lui apportant un environnement favorable.

De plus, la mère joue un rôle de miroir pour l'enfant. Quand le bébé est installé dans les bras de sa mère et la regarde, il voit son reflet dans ses yeux. On parle d'identification primaire. En se répétant, cette expérience va acquérir une autre dimension. L'enfant, en regardant le visage de la mère pourra voir, soit son visage à elle, soit y voir le sien. Cela correspond au début de la séparation moi non/moi.

Winnicott développe les notions de « holding » (manière dont l'enfant est porté), de « handling » (manière dont il est mobilisé, soigné) et d'« object-presenting » (façon dont sont introduits les objets dans la relation), pour décrire les différents soins maternels qui concourent à une expérience structurante.

Pour Winnicott, le « holding » protège l'enfant contre les expériences corporelles angoissantes et déstructurantes du début de la vie. Il postule un état de non intégration primaire. Les expériences de menace d'annihilation, dont il se remet par les soins maternels, organisent progressivement le Moi de l'enfant.

Il y a donc alternance entre état de non intégration, et état d'intégration durant lequel le bébé se rassemble. Le processus d'intégration, soutenu par le holding, conduit l'enfant à accéder à un vécu d'unité assurant un sentiment continu d'exister.

Le « handling » permet à l'enfant d'acquérir progressivement un sentiment d'ancrage corporel, un sentiment d'habiter son corps. Ce processus de personnalisation entraîne le développement de la fonction mentale.

L'« object presenting » contribue à l'édification des premières relations objectales et aboutit à la capacité d'utiliser l'objet.

Progressivement, grâce à l'introduction d'objets dans la relation, le nourrisson distingue des objets différents que lui. C'est ce que Winnicott désigne sous le nom de « *phénomène transitionnel* ».

Les objets transitionnels ne viennent ni du dedans ni du dehors, mais d'un espace intermédiaire entre la mère et l'enfant et permettent de supporter l'absence. Ils ont une activité de liaison à la mère, cela supposant un début de différenciation entre la mère et le bébé, et donne la possibilité à l'enfant d'accéder plus tard à la « *capacité d'être seul* » qui consiste à faire l'expérience de la solitude en présence de quelqu'un d'autre. L'enfant, intériorise sa mère et n'a plus besoin de recourir sans cesse à elle.

2. Importance des rythmes relationnels

En offrant des réponses adaptées aux besoins de l'enfant et par l'alternance de ses présences/absences, la mère crée un rythme entre tension et apaisement. Il contribue à organiser la vie psychique de l'enfant.

« Le rythme primaire qui s'établit dans la relation assure au bébé une sécurité émotionnelle et le sentiment de continuité physique et psychique. »¹

D. Marcelli définit la répétition de ces moments comme des macrorhythmes. En effet, chez l'enfant, ils contribuent petit à petit à construire un espace/temps primitif qui pourra par l'étayage de la mère, être enrichi et pensé. La qualité affective et relationnelle de ces moments est essentielle.

¹ ROBERT OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, p 116.

« Dans les relations rythmées présence-absence d'autrui qu'il entretient avec son entourage, l'enfant découvre le temps d'attente et le plaisir de la satisfaction. Si un rythme supportable pour l'enfant s'établit entre ces deux items, le temps s'inscrit comme outil psychomoteur qui participe toute la vie à l'organisation du corps et de la psyché du sujet. »¹

Selon Marcelli, les premières pensées concernent la temporalité des interactions. La mise en rythme de manière adaptée des différents canaux de communication de la mère et du bébé permet le contact et l'émergence progressive de l'intersubjectivité.

Le fond intégratif est d'abord assuré physiologiquement par les pôles toniques (hypotonie/hypertonie), et sensoriels (dur/mou) et il se complète de la dualité relationnelle, présence/absence.

« C'est parce que l'enfant différenciera dans un rythme alternatif, l'organique du moteur, le mou du dur, l'action de la sensation, l'activité de la passivité, qu'il pourra différencier le dedans du dehors, et étayer sur ses enveloppes corporelles, ses enveloppes psychiques. »²

III. Vers une différenciation psychoaffective

Nous avons montré que pour développer un sentiment d'unité psychocorporelle, l'enfant s'appuie ses propres compétences, sur la relation à l'autre et sur les qualités de réponse de son entourage.

Cependant, parvenir à cette singularité corporelle et psychique, suppose l'inscription dans une dynamique relationnelle s'étendant de la fusion à la différenciation du sujet. Nous explorons dans cette partie les enjeux psycho-affectifs impliqués dans ce processus.

¹ ROBERT OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, p 116.

² Ibid, p 98.

1. Une fusion nécessaire

Le fantasme d'une fusion originelle entre la mère et l'enfant se développe autour du contact tactile primitif. Cette première forme de communication est directe, peau à peau, sans intermédiaire. La présence des soins maternels, rassemblant les différentes expériences du nourrisson en un tout cohérent et non morcelé, est indispensable à son développement psychique.

« Le besoin d'un objet contenant apparaît, dans l'état infantile non-intégré, comme la recherche effrénée d'un objet - une lumière, une voix, une odeur, ou tout autre objet sensuel - qui peut tenir l'attention et de ce fait être expérimenté, momentanément tout au moins comme tenant ensemble les parties de la personnalité. »¹

Durant cette période, les échanges sont surtout de l'ordre de « *l'identification projective* ». Il y a là l'idée d'un transvasement d'une entité dans une autre, mais chaque entité n'est pas réellement constituée, elles sont plus ou moins confondues.

« L'identification projective œuvre pour maintenir l'illusion d'une frontière commune entre le sujet et l'objet. Le sujet éprouve le besoin de se sentir hébergé dans la psyché de son objet. »²

Le terme de « *symbiose normale* » est utilisé, pour évoquer ce processus complexe et indispensable à la construction du Moi.

Cette fusion offre à l'enfant une sécurité suffisante, des assises narcissiques assez solides lui permettant d'appréhender ensuite la séparation sans dommages.

Si celle-ci se fait prématurément, l'enfant n'étant pas en mesure d'intégrer cette expérience, pourra la vivre comme une amputation de l'image du corps par arrachement de la « *peau psychique* »³.

Ainsi, entre 2 et 8 mois, M. Mahler parle de phase symbiotique normale pour caractériser l'état mental du nourrisson. Celui-ci est dominé par un fantasme de fusion à l'intérieur d'une frontière commune entre le Moi et l'objet symbiotique. Il représente le fantasme d'être contenu dans une enveloppe partagée avec la mère.

¹ CICCONE A., LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, p 12.

² Ibid, p 123.

³ BICK E., introduit la notion de peau psychique que nous développons plus loin.

C'est un état où les objets ne se différencient pas des sensations qu'ils offrent donnant à l'enfant le sentiment de son existence. Pour Winnicott, l'illusion de création d'objet protège ainsi l'enfant des expériences de séparation qu'il ne peut encore intégrer. Cette illusion est fondamentale car elle lui permet d'investir l'objet.

« Ce sont les expériences de symbiose normale partagée – expériences d'intenses communications, d'intenses échanges de regards et de sourires entre le bébé et son objet maternant - que « se fabrique » la substance psychique, ainsi que le formule Haag. »¹

Il est donc primordial que l'enfant puisse investir l'objet même si les distinctions dedans/dehors, moi/autre ne sont pas encore établies.

Cette idée de peau commune est le préalable à tout travail psychique. C'est l'intériorisation de cette enveloppe qui permettra à l'enfant de se sentir lui-même contenant et ainsi de se protéger d'angoisses primitives de chute, de liquéfaction, etc.

« En fait, cette angoisse corporelle se confond avec une angoisse d'anéantissement psychique due surtout à la perte d'un contenant support dans la relation environnementale ou thérapeutique, avant que ne soient constituées de suffisantes capacités de représentation. »²

Durant cette symbiose, l'enfant fait l'expérience d'un objet contenant capable d'accueillir ses projections. L'introjection de ce contenant, d'abord partagé mère/enfant, permettra peu à peu à l'enfant de construire son propre espace psychique et de se séparer.

2. Introjection et accès à l'identité

a. L'intériorisation d'un « bon objet »

L'introjection constitue d'abord une expérience partielle et clivée, dans le sens où l'enfant n'a pas de représentation totale de l'objet et qu'il introjecte les expériences agréables (bon sein), et projette celles désagréables (mauvais sein). L'objet est reconnu tour à tour comme bon/mauvais objet.

¹ CICCONE A., LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, p 66.

² HAAG G., *De la naissance physique à la naissance psychologique*, p 213.

Notons que les mécanismes introjectifs et projectifs sont interdépendants les uns des autres, mais la capacité d'introjection est considérée comme un processus plus élaboré. Autrement dit, l'expérience de contenance est intriquée et simultanée à celle d'intériorisation de ce contenant. De même, le mécanisme d'intériorisation ne constitue pas le passage de l'extérieur à l'intérieur mais permet d'établir la délimitation même de l'intérieur et de l'extérieur.

« Ces activités conduisent progressivement l'enfant à différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire permettant la distinction du dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant. »¹

L'introjection contribue à la création de la propre « *peau psychique* » de l'enfant. E. Bick évoque cette notion pour désigner une des premières représentations que l'enfant a de sa psyché. Elle montre que l'objet maternel est intériorisé comme enveloppe du tout petit. Cette peau psychique contient en une unité les différentes parties de la personnalité.

L'introjection d'objets, leur intériorisation au sein de la psyché a pour effet de développer le monde interne de l'enfant. En effet celui-ci, en se saisissant d'objets extérieurs, se les approprie à son propre compte et élargit ainsi son Moi.

b. L'objet contenant externe

Le besoin d'un objet contenant externe est constant chez le nourrisson dans la mesure où il n'a pas d'emblée la capacité de contenir lui-même ses expériences. L'enfant devra s'identifier à cet objet afin de sentir suffisamment contenu à l'intérieur de sa propre peau pour par la suite se sentir contenant.

Cet objet contenant, pour être potentiellement introjecté, doit présenter certaines qualités. Pour le définir, A. Ciccone parle d' « *objet contenant optimal* »².

Il nécessite des limites ; cela concerne à la fois son côté physique et psychique, c'est-à-dire sa capacité à maintenir l'attention sur une expérience. Il est aussi caractérisé par l'intimité (relation se développant entre le contenant et le contenu) et l'exclusivité (sentiment d'être unique).

¹ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, article.

² L'objet optimal est qualifié d'objet momentané quand il représente un objet sensuel qui n'a pas encore été introjecté. En pathologie c'est l'équivalent d'un objet autistique.

Il se définit également comme lieu de confort, et doit présenter des qualités émotionnelles (quiétude, sérénité...) et sensorielles (chaleur, douceur...) particulières.

Cet objet optimal doit aussi pouvoir être capable d'accordage affectif (Stern). Lors des premiers échanges, la mère traduit les états du bébé en adoptant un comportement particulier. Cela offre au bébé des premières expériences de partage d'affects et lui permet peu à peu de se représenter son état. Plus ces expériences se reproduiront, plus le bébé aura le sentiment que ses états sont partageables avec autrui et sont communicables.

L'objet optimal se construit par la rythmicité des échanges dans un contexte sensoriel et émotionnel suffisamment satisfaisant et sécurisant. Le nourrissage est l'une des premières expériences réunissant ces conditions favorables.

« Cette expérience de « rassemblement » lors de la tétée, par exemple, donne au bébé le sentiment d'être contenu dans un contenant. Ce sentiment, fortifié par l'introjection progressive du contenant, ou de la fonction contenant, est préalable à toute introjection ultérieure. Il constitue le sentiment basal d'identité et sous-tend l'individuation et la distinction entre espace interne et externe. »¹

L'introjection de ce contenant aux qualités particulières permet la différenciation d'un espace psychique singulier et a pour finalité d'assurer une continuité corporelle et psychique.

« Ce contenant introjecté aura pour fonction d'une part la délimitation d'un espace intérieur et d'un espace extérieur, et l'enrichissement de cet espace psychique. Le contenant, auquel s'identifie le moi, ou une partie du moi, par introjection, révèle et est à l'origine de la distinction des espaces interne et externe. »²

c. Séparation et individuation

Pour aborder les différentes étapes de la séparation, il est nécessaire d'avoir installé en soi des « *identifications intracorporelles* »³ solides. Les exercices gestuels répétitifs, dans lesquels le bébé peut mimer ses expériences, participent à la construction de ces identifications.

¹ CICCONE A., LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, p 31.

² Ibid, p 80.

³ HAAG G., parle d' « *identifications intracorporelles* » dans *La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps*.

Selon G. Haag le bébé joue avec son corps entier d'abord l'expérience de nourrissage, puis d'autres expériences afin de les intégrer et notamment celle de la séparation.

« On peut dire que l'introjection consiste, suite à une expérience de rencontre et de lien avec un objet externe, à établir cet objet à l'intérieur du psychisme. Plus que l'objet, c'est le lien à l'objet qui est introjecté. »¹

Si ce lien est intériorisé, alors chacun peut se séparer en emportant une partie de l'expérience partagée avec l'autre.

3. À l'interface contenant/contenu : la formation de l'appareil psychique

W. Bion construit un modèle théorique concernant la naissance et le développement de la pensée. Sa théorie permet une représentation des processus psychiques en œuvre dans les interactions entre le contenant et le contenu.

Il imagine une barrière qui diviserait les phénomènes mentaux : la barrière de contact. Elle permettrait au sujet de se protéger de la réalité tout en maintenant un contact avec celle-ci et se constituerait par la présence d'une multitude d'éléments alpha. Ces éléments alpha représentent des sensations, des expériences émotionnelles transformées en éléments psychiques.

L'environnement maternel joue ce rôle de transformation et permet l'existence de ces éléments au sein de la psyché. On parle de fonction alpha de la mère. En effet, sa capacité de rêverie induit chez elle un état particulier qui lui donne la possibilité d'accueillir les contenus non symbolisés, toxiques du nourrisson, appelés par Bion éléments bêta.

L'objet maternant les transforme et les renvoie au nourrisson sous forme atténuée et pensable, autrement dit sous forme d'éléments alpha. La mère joue donc un rôle de pare excitation et de transformation en réadressant des éléments bons à penser vers son enfant.

¹ CICCONE A., LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, p 19.

Le nourrisson, par identification projective, projette dans la mère alors considérée comme contenant, ses contenus non symbolisés. C'est-à-dire qu'un contenu toxique est évacué au dehors et projeté dans un contenant (objet maternel). Ce contenu-là s'associe au contenant et est donc réintrojecté sous la forme d'un complexe contenant/contenu.

Peu à peu, l'enfant s'approprie la fonction de transformation maternelle et devient capable de contenir et de symboliser lui-même ses contenus. C'est la formation d'un véritable « *appareil à penser les pensées* ».

G. Haag, quant à elle, évoque le concept de « *boucles de retour* »¹, pour désigner ce même mécanisme, qui participerait à créer une circularité, constituant ainsi un premier niveau de représentation de l'organisation corporelle. Ces boucles participent ainsi à la construction de l'image du corps et de l'espace.

Bion élabore sa théorie à partir de patients schizophrènes. Il est le premier à parler d'« *identification projective* » normale et pathologique. Il fait l'hypothèse que ce mécanisme est une forme précoce de ce qui constituera plus tard la capacité de penser. Elle permet à l'enfant d'explorer son environnement et de développer ses compétences de symbolisation.

L'identification projective pathologique, particulièrement à l'œuvre chez le patient psychotique, se formerait par le recours massif à ce mécanisme mais aussi par ses propriétés qualitatives. Elle participerait à l'appauvrissement du Moi, et à la déstructuration du sujet.

Le recours massif à ces mécanismes mène à un sentiment de confusion, de différenciation. Cela a lieu lorsque les conditions d'évolution de la symbiose mère-enfant ne sont pas favorables. Des défenses psychotiques visant à abolir totalement la conscience de la séparation corporelle se mettent alors en place. La relation d'ordre symbiotique persiste et prédomine chez le sujet schizophrène.

Il peut ainsi avoir l'impression de se vider dans un objet, de se confondre avec lui ou d'être contrôlé et persécuté en retour. L'identification projective contribue aussi à conserver un contact permanent avec l'objet et rend compte de l'impossibilité à s'en séparer signifiant l'absence de peau psychique, d'enveloppe.

De plus, si la partie du Moi projetée est particulièrement hostile, elle va éclater, se désintégrer en minuscules morceaux et se loger dans un objet en tentant de lui nuire.

¹ HAAG G., *Hypothèse d'une structure radiaire de contenance et ses transformations*.

Cela est perçu par le sujet comme une menace puisque ces « *objets bizarres* » peuvent faire retour de manière persécutrice, car ils sont constitués de parties hostiles de la personnalité.

« Les particules expulsées par l'identification projective sont infiniment pires après leur expulsions qu'elles ne l'étaient à l'origine. Ainsi, quand le sujet désire les réintégrer, il se sent victime d'une intrusion, assailli et torturé. »¹

Cette distorsion tant quantitative que qualitative est à l'œuvre dans la schizophrénie et constitue à la fois un moyen de lutter contre l'angoisse (mécanisme de défense) mais par sa nature même, elle contribue à la renforcer. Un cercle vicieux s'établit pour le sujet qui ne trouve pas d'autres stratégies adaptatives. Les conséquences sont très délétères pour le sujet.

« L'identification projective conduit à la perte de parties de soi, à la perte de certaines émotions, perte qui se traduit par un sentiment de dépersonnalisation. »²

Ce processus vient altérer le sentiment d'identité en œuvrant dans le sens de la confusion moi/objet, réel/représentation. Ainsi, le sujet est perturbé dans la relation à autrui avec la crainte de se confondre avec lui, d'être son objet, ou il peut aussi se comporter exactement comme l'objet. La personne devient incapable de comprendre certains symboles, abstractions, adoptant une pensée concrète. Le psychotique est aux prises avec les choses elles-mêmes, et non plus avec leurs représentations visuelles ou verbales.

L'identification projective pathologique du sujet psychotique œuvre dans le sens d'angoisses de non contenance du corps. Or, chez l'enfant, ce sont les différentes expériences corporelles soutenues par l'environnement maternel qui participent à l'élaboration d'un contenant et de contenus psychiques.

« Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. »³

La peau intrique ces notions corporelles et psychiques. Elle trouve une place primordiale dans le processus d'individuation, d'enveloppement chez le tout-petit et constitue une interface entre soi et l'autre.

¹ CICCONE A., LHOPITAL M., *Naissance à la vie psychique*, p 209.

² Ibid, p 219.

³ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, p 118.

4. La peau, frontière corporelle et psychique entre soi et l'autre

Comme nous l'avons déjà souligné, E. Bick évoque le concept de « *peau psychique* » résultant de l'introjection d'un objet externe venant contenir le Moi. Elle reconnaît le rôle de la peau comme une frontière entre soi et autrui.

De manière analogue, D. Anzieu théorise le Moi-peau, figuration précoce que l'enfant possède de son Moi. A travers l'expérience de la surface de la peau, l'enfant se constitue un premier Moi, premier contenant des éléments psychiques.

« Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »¹

Selon D. Anzieu, les fonctions de la peau sont transposées dans le Moi. Il identifie neuf fonctions mais nous décrivons ici celles qui nous semblent particulièrement fragilisées dans la clinique de la psychose.

Fonction de maintenance du psychisme : Cette fonction se développe par l'intériorisation du « holding ». L'enfant est d'abord porté, soutenu physiquement et psychiquement par sa mère. Puis, il va investir pour son propre compte cette fonction de « holding », en l'intériorisant, pour se porter lui-même.

De manière analogue, l'« *objet contenant optimal* » contribue à tenir ensemble les différentes parties de la personnalité. L'introjection de cet objet permettra à l'enfant de s'éprouver comme lui-même contenant.

La perturbation de cette fonction conduit à des angoisses de perte d'objet et peut grandement entraver l'autonomie du sujet.

Fonction contenante : Elle est intimement liée à la fonction de maintenance et se développe par l'intériorisation du « handling ». Elle s'organise à partir des soins, des jeux entre le corps de l'enfant et celui de la mère, à partir des réponses de la mère apportées aux sensations et émotions du bébé.

¹ ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, p 61.

Le Moi-peau enveloppe tout l'appareil psychique. Il est alors figuré comme une écorce, dont le ça pulsionnel constituerait le noyau. Le Moi-peau se fait contenant par les pulsions qu'il contient, auxquelles il peut donner des limites. La pulsion est structurante pour l'individu dans la mesure où celui-ci lui donne un espace pour exister au sein de l'espace mental.

Le Moi-peau exerçant ce rôle de contenance remplit trois grandes fonctions : sac, barrière et limite.

Le Moi-peau-sac représente le Moi comme un simple conteneur (passif)¹. « *L'angoisse de ce qui menace le conteneur est celle du trou, des orifices qui ferment mal, des fissures, des estafilades, des pores qui laissent échapper le contenu du sac.* »²

C'est le niveau le plus élémentaire de la pensée qui se contente de mettre toutes les pensées dans le même sac.

La fonction contenante est aussi métaphorisée par un réseau de barrières de contact. Ces barrières contrôlent la circulation des pensées vers la conscience.

La troisième fonction contenante est l'activité du contenir. Penser consiste à instaurer des limites, limiter, délimiter, lutter contre l'illusion d'un savoir illimité. L'angoisse qui en découle est double : celle d'être cloîtré, prisonnier, ou celle de perdre en l'absence de repères fournis par les limites.

Fonction de pare-excitation : Le Moi-peau est considéré comme une structure en double feuillet. Une surface externe jouant le rôle de pare-excitation et une face interne, sensible. Dans un premier temps, ce rôle est joué par la mère qui protège son bébé des stimulations trop fortes en les atténuant, les filtrant. Puis, le Moi de l'enfant assume cette fonction en s'étayant sur sa propre peau. Le sujet schizophrène ne peut s'approprier cette capacité maternelle.

Fonction d'individuation de soi : « *Elle apporte le sentiment d'être unique et la possibilité de se reconnaître et de s'affirmer comme individu différencié et différent.* »³

Fonction d'intersensorialité : Le Moi-peau permet de relier entre-elles les sensations de diverses natures et évite le fonctionnement indépendant, anarchique des divers organes des sens. Cela aboutit à la constitution d'un sens commun. La carence de cette fonction peut conduire à des angoisses de morcellement du corps.

¹ ANZIEU D. inverse ici les notions de KAËS R. qui décrit l'image d'un conteneur est pleinement actif alors que le contenant est passif.

² ANZIEU D., *Les contenants de pensée*, p 29.

³ CICCONE A., *Naissance à la vie psychique*, p 133.

IV. Le sujet schizophrène, des enveloppes défaillantes

L'enfant, soutenu et étayé par son entourage, construit ses enveloppes corporelles et psychiques. Elles représentent le support de l'individuation et de l'autonomie pour le sujet.

Chez le sujet schizophrène, les qualités du Moi-peau déjà décrites sont altérées. Le sentiment d'unité corporelle, de continuité de vivre est fragile. Des stratégies pour compenser ce défaut d'enveloppe, de contenance peuvent être mises en place par le sujet pour ainsi se sentir à la fois contenant et contenu.

« Il est saisissant de voir à quel point le corps se trouve être le moyen d'expression de déstructuration de la pensée. »¹

1. Une fonction contenante fragilisée

La fonction contenante du Moi-peau nous paraît particulièrement atteinte dans les états psychotiques. Selon Anzieu, deux angoisses peuvent découler d'une carence de cette fonction.

L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse serait permanente, non identifiable. Cette angoisse traduirait la constitution d'un noyau, sans écorce pour le contenir. Ainsi, elle conduirait le sujet à chercher une écorce de remplacement dans la douleur physique ou la souffrance psychique.

Les **angoisses de vidange, de morcellement**, renvoient au sentiment d'avoir un intérieur qui se vide, des pensées qui fuient, s'échappent. L'enveloppe existe mais sa continuité est interrompue par des trous, amenant Anzieu à parler d'un Moi-peau passoire.

« Chez le psychotique tout se passe comme si cette enveloppe perméable n'assurait plus sa fonction de limite et de protection (ni d'accueil), le filtre est devenu passoire. »²

¹ DEFILLES-PELTIER V., *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, p 9.

² POUSS G., *Thérapie corporelle des psychoses*, p 7.

Ainsi, les stimulations externes et internes ne sont plus arrêtées au niveau de cette limite, qui n'assure plus sa fonction de contenance et d'étanchéité. G. Pous, évoque les angoisses de non maîtrise de son corps chez le sujet psychotique.

« Tout entre et tout sort, lui semble-t-il, contre son gré et à sa grande angoisse. Il se vide de sa substance et ne peut rien opposer aux invasions du dehors. »¹

Pour se défendre contre ces angoisses, le sujet peut aussi faire de sa peau une chose, ne plus la considérer comme sienne, lui permettant de rester indifférent. Il peut également accentuer ses odeurs afin de créer une « *barrière corporelle* » de substitut.

« [...] une véritable carapace de crasse et de tissus morts vient doubler l'épaisseur de leur peau, concrétisant le besoin d'épaisseur de la protection contre les agressions et, on peut le supposer, renforçant les sensations à la surface du corps par la limitation de l'élasticité de revêtement cutané. »²

De plus, la maîtrise des sensations permet que le connu et le compris occupent tout l'espace psychique. Cet effort de maîtrise évoque la tentative d'assurer à lui seul l'étanchéité des parois du contenant. Ainsi, l'immuabilité, l'inscription dans des activités répétitives peuvent limiter les excitations et permettre au sujet de se rassurer.

Ce défaut de contenance retentit alors sur la sphère psychomotrice du sujet et conduit à des investissements corporels particuliers.

Ces répercussions sont à envisager comme des symptômes mais nous pouvons les considérer, aussi et surtout comme des tentatives pour faire face à cette défaillance de la fonction contenante, à cette perturbation de l'enveloppe. Ainsi, par des moyens corporels, les sujets trouvent un substitut au défaut de contenance. Le vécu du sujet psychotique fait écho à cette déliaison psychocorporelle.

Je rencontre Pauline à l'occasion de séances individuelles avec la psychomotricienne de l'institution. A chaque séance, elle rapporte un vécu somatique douloureux. Estomac noué, mal de dos, à la nuque, douleur au genou sont des moyens de parler de son corps, et représentent peut être un moyen détourné pour parler d'elle.

¹ POUS G., *Thérapie corporelle des psychoses*, p 7.

² *ibid*, p 46.

Pauline se veut séparée de son corps. Elle en parle comme d'un autre, lequel est vivement invité à la « *laisser tranquille* ». Elle voudrait l'anesthésier, ne rien ressentir de lui, ou plutôt aucune sensation imprévue. Elle l'évoque en terme de « *combat* », de « *lutte contre* », et ne veut pas écouter ce qui en provient.

Elle dit préférer sentir son corps dans la douleur, qu'elle est capable d'identifier, de repérer, plutôt que « *d'avoir des sensations* » (surtout au moment des repas). Le vécu douloureux, connu pour elle, est un moyen de se sentir exister et dans une certaine mesure de maîtriser son corps.

Pour elle, « *avoir des sensations, ça veut dire vivre les choses, et avoir des émotions* ». Elle bloque souvent sa respiration pour anesthésier toute émotion, ce qui donne lieu à des impressions de souffle coupé, d'étouffement.

Au contraire, vivre des sensations c'est accepter de ne pas tout contrôler. Elle semble craindre d'être débordée, de ne pas pouvoir contenir ce vécu et en même temps, qu'il y ait une effraction forcée de son espace le plus intime.

Le sentiment de ne pouvoir contenir semble être source d'angoisse pour Pauline et se retrouve aussi bien sur le plan psychique que physique.

En effet elle évoque sa peur d'oublier, de n'être capable de conserver ses souvenirs, qu'ils s'échappent. De plus elle se cache souvent avec un foulard, comme pour contenir encore un moment ou filtrer les mots qu'elle prononce. Concernant l'alimentation, souvent elle se nourrit en avalant les aliments sans les mâcher afin de ne pas sentir les goûts et elle semble se remplir, en lien avec une ancienne problématique anorexique/boulimique.

Au cours d'une séance, après un temps allongée sur des balles en mousse, elle peut, après avoir quitté le contact des différentes balles, exprimer des sensations agréables, en termes de fraîcheur et de légèreté, qu'elle associe à un manque. Cette perception contraste avec les impressions de vide angoissantes qu'elle pouvait ressentir jusque-là.

La contenance des séances de psychomotricité, l'espace/temps privilégié, la relation au psychomotricien, les expériences proposées permettent progressivement à Pauline de réinvestir son corps comme contenant, autorisant alors la survenue de contenus à l'intérieur de celui-ci (émotions, sensations).

2. Désorganisation spatio-temporelle

Les limites corporelles du sujet schizophrène peu établies ne représentent pas un support pour l'établissement d'autres limites et par conséquent du lien espace-temps, pouvant conduire à une désorientation spatio-temporelle de la personne.

« Pour reprendre les idées de Winnicott, on peut penser que le holding et le handling prodigués à un nourrisson consistent, à travers l'élaboration du dialogue tonico-émotionnel, à construire simultanément l'histoire de l'enfant et la délimitation de son espace, par le ressenti d'existence de son corps en relation à l'autre. »¹

Ainsi, chez l'enfant les constructions d'espace et de temps sont intimement intriquées et liées aux expériences précoces du corps en relation. C'est grâce au corps investi par l'autre, que le temps et l'espace vont se co-construire, faire sens dans l'existence du sujet et participer à son développement psychique. Autrement dit, *« l'histoire (le temps de l'individu), va s'inscrire dans son vécu corporel (l'espace de l'individu). »²*

Cette intrication espace-temps est fragile ou rompue dans la psychose. Le sujet fait très difficilement le lien entre son histoire et ce qu'il vit : *« le temps représentant l'histoire du sujet et l'espace représentant son corps, le patient perd son unité psychocorporelle. »³*

Xavier est arrivé il y a peu au foyer. C'est un jeune homme avec un long parcours de soin et malgré son traitement il reste délirant. La première semaine, il semble s'adapter à la vie du foyer et communique aisément avec les autres pensionnaires.

Il demande souvent à sortir mais a du mal à respecter les heures de retour fixées ensemble avec les éducateurs. Parfois, il souhaiterait partir alors que le repas est dans moins d'une demi-heure.

Quand il est question de ses retards, ou du fait qu'il n'y a pas assez de temps, Xavier ne semble pas réellement s'en rendre compte et a besoin d'accompagnement et d'explications de la part des éducateurs. Le temps n'a pas l'air d'avoir de sens pour lui, il ne s'inscrit pas dans une temporalité.

¹ DEFIOLLES-PELTIER V., *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, p 222.

² Ibid, p 223.

³ Ibid, p 223.

Suite à ses absences répétées, il lui est demandé de rester sur le foyer. Il pourra alors évoquer le fait de se sentir happé par l'extérieur, dans une nécessité de sortir. Nous avons l'impression que c'est pour lui un besoin de fuite sur le dehors, tout comme une fuite du temps et peut être de son histoire. Hors d'un espace-temps défini, plus rien n'aurait de prise sur Xavier, il serait hors du monde.

De cette façon, la temporalité ne s'inscrivant plus dans un espace et l'espace ne s'ancrant plus dans une temporalité, on observe une perte de limites et de repères pouvant conduire à une désorientation spatio-temporelle. Le temps présent n'a plus de sens, le passé et le futur peuvent être confondus.

« Le temps n'ayant plus de limites, l'histoire du sujet s'émiette ou explose. La dissociation envahit le psychisme, et simultanément le corps lui aussi se disloque, perd ses limites et son enveloppe. »¹

La rupture effective entre le corps du sujet et son histoire amène le sujet à s'éprouver comme une somme de sensations, ne faisant pas la différence entre soi et le monde extérieur.

De plus, les troubles de la perception du temps sont souvent associés à de fréquentes perturbations des rythmes biologiques (sommeil, alimentation, rythme respiratoire, digestion).

En psychomotricité, le cadre spatio-temporel des séances permet au patient d'investir un lieu dans lequel il est invité à faire des expériences sensorielles et exprimer ses ressentis.

Cet espace/temps particulier est susceptible de permettre au patient de restaurer des liens entre son histoire et son vécu, entre le temps et l'espace. Il pourrait ainsi distinguer ce qui vient de l'intérieur du corps et ce qui est à l'extérieur, favorisant l'établissement de limites corporelles. En s'appropriant ce cadre, le patient pourra retrouver les repères lui faisant jusqu'alors défaut et, se rassemblant, se ré-inscrire dans un processus d'autonomisation.

¹ DEFILLES-PELTIER V., *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, p 224.

3. Des modalités toniques protectrices

Le sujet psychotique possède des capacités de modulation tonique très limitées. Il se présente la plupart du temps dans des extrêmes toniques : hypertonicité ou hypotonie. Ces manières d'être au monde contribuent à diminuer les échanges entre intérieur et extérieur ainsi que la souplesse de l'enveloppe tonique.

Souvent, les nuances n'existent pas. Parfois même, l'alternance entre hypertonie et hypotonie est impossible, le sujet se trouvant littéralement bloqué dans une de ces modalités. Le plus souvent l'hypertonie constitue un des seuls moyens pour sentir son corps.

« L'hypertonie est devenue le moyen de se sentir exister et vivre et de se rassurer à partir des sensations primaires. Les sujets sont suspendus à leur hypertonicité dans une recherche frénétique de toute stimulation qui donnera sens à leur vie et prouvera leur identité. »¹

L'enveloppe tonique se transforme alors en véritable « *paroi tonique* », rigide et étanche, limitant, voire stoppant les échanges entre intérieur et extérieur. Cette paroi crée un paradoxe au niveau sensoriel. En effet, elle bloque la communication entre intérieur et extérieur, et elle met le sujet en état de tension permanente, hyperréactif aux stimulations internes et externes. Le sujet est constamment hypervigilant comme si le monde extérieur constituait un danger permanent.

« Aussi toutes les stimulations seront ressenties dans la tension, analysées dans le dur et vécues sur le mode de la souffrance et de la persécution. »²

L'hypertonie constitue aussi un moyen de se raccrocher à l'environnement, de sentir ce qui est dur. Cette modalité tonique demeurant fixe, elle ne constituera pas un étayage possible et sûr pour les paliers sensoriels, affectifs et représentatifs.

« Le jeu des positions opposées n'existe pas. L'activité et la passivité, le dehors et le dedans, l'agir et le mentaliser, ne peuvent s'intégrer d'une façon équilibrée. »³

¹ ROBERT-OUVRAY S., *Intégration motrice et développement psychique*, p 188.

² Ibid, p 228.

³ Ibid, p 239.

D'autre part, le sujet utilise l'hypertonie comme un moyen de défense envers l'environnement. Progressivement, il va s'habituer à l'hypertonie provoquant alors une anesthésie sensorielle, qui viendra nourrir le déni de certains aspects de la réalité interne ou externe et pourra être à l'origine de confusions.

En même temps, cette paroi tonique est utilisée pour limiter les échanges avec l'extérieur, de façon à ce que le connu, le compris et le maîtrisable occupent tout l'espace psychique.

Elle permet ainsi d'éviter les situations relationnelles trop engagées qui pourraient faire perdre au sujet ses repères identificatoires. Defiolles-Peltier utilise le terme de « *bouclier anti-émotion* » pour caractériser cet état de froideur, de distance et d'indifférence affective.

Nous rencontrons Alice à l'occasion de séances individuelles avec la psychomotricienne. Elle se tient souvent les épaules légèrement voûtées et surélevées, les bras raides le long de son corps.

Lorsqu'elle se déplace, elle ne plie que très peu les genoux et nous n'observons aucun mouvement du haut du corps, les bras se balancent de façon rigide au rythme de ses pas. Alice ne laisse paraître aucune mimique ni émotion sur son visage lorsqu'elle parle d'elle.

La patiente, en psychomotricité, peut vivre des expériences sensori-motrices variées. Accompagnée par le psychomotricien, elle travaille à prendre conscience de ses états toniques, à les lier à ses ressentis afin qu'ils deviennent signifiants contribuant progressivement à modifier son vécu tonico-affectif.

4. Image du corps du schizophrène

L'image du corps est propre à chacun, intimement liée au sujet, à son histoire. Elle représente une trace de son histoire émotionnelle ainsi que le lieu inconscient d'où s'élabore toute son expression.

Autrement dit, l'image du corps est constamment mobilisée dans les comportements, les paroles, les émotions, l'entier vécu du sujet. Elle représente une forme de mémoire inconsciente du corps en relation.

D'après Dolto, « *l'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant.* »¹

L'image du corps, selon Dolto, s'articule autour de trois modalités. L'image de base renvoie à une structure permettant de se sentir exister de façon continue, et donne accès à l'identité du sujet.

L'image fonctionnelle vise à l'accomplissement du désir, donc à la satisfaction des besoins. L'image érogène, quant à elle, se lie à l'image fonctionnelle, E. Pireyre la rapproche de l'identité sexuée.

G. Pankow évoque la dissociation de l'image du corps dans la psychose. Il est question d'une véritable abolition de tout lien entre les parties du corps entre elles, ou entre les parties du corps et sa totalité : une partie devient le tout et réapparaît dans le monde extérieur. Il n'y a plus de lien entre le dedans et le dehors, de ce fait le sujet n'est plus capable de reconnaître une partie du corps comme sienne.

Dominique entre dans le bureau des éducateurs et demande aux personnes présentes, l'air sérieux s'ils peuvent venir l'aider. En effet, il explique avoir fait tomber son cerveau par terre, et il voudrait de l'aide pour en ramasser les morceaux.

¹ DOLTO F., citée par PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, p 38.

« Ainsi l'univers de la psychose apparaît-il comme un univers morcelé : chaque fragment est souvent ressenti comme étant un monde séparé et ayant perdu toute connexion interne avec les autres fragments. Entre ces parties il n'y a qu'un vide abyssal, un néant. »¹

Lors d'un repas, Antoine sans s'en rendre compte fait tomber sa serviette par terre. Je le lui fais remarquer en lui disant qu'elle est à ses pieds. Il entreprend alors de longues contorsions, s'y reprend à plusieurs reprises afin de réussir à la ramasser, alors qu'il lui suffisait de pencher.

La psychomotricienne rapporte qu'au cours d'une séance individuelle, elle propose à Antoine de s'asseoir et d'attraper un de ses pieds. Il essaye diverses positions, se relève et se rassoit plusieurs fois avant d'y parvenir.

Selon Pankow, la destruction de l'image du corps chez le sujet schizophrène s'accompagnerait de la perte de la relation à son histoire. Elle met en place une méthode qu'elle appelle structuration dynamique pour retrouver l'unicité du corps et permettre la représentation des limites.

E. Pireyre, quant à lui évoque le rôle de l'intervention psychomotrice auprès de ces sujets.

« Par la prise de conscience du corps, elle mobilise le patient aux niveaux sensoriels, affectif et relationnel, conscient et inconscient. Elle facilite l'identification des perceptions, l'émergence d'émotions et de représentations. Elle propose la mise en mots des vécus corporels et peut relier ces vécus à d'autres pans de la vie du patient. Elle accompagne la mise ou remise en route de capacités d'introspection. Elle encourage la subjectivité. »²

¹ PANKOW G., *L'homme et sa psychose*, p 271.

² PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps*, du vécu au concept, p 20.

Hypothèse

Nous l'avons vu, le sujet se construit par un double étayage corporel et psychique. Le sentiment d'enveloppe se construit sur la base des premières expériences corporelles (sensorielles, toniques, motrices) en relation avec l'environnement maternel. Ces dernières sont mises en sens par un autre et peuvent progressivement s'inscrire dans la psyché du sujet.

Un espace psychique, étayé par les expériences corporelles, s'aménage progressivement. Il se construit en tant que contenant des faits psychiques autorisant la survenue de contenus à l'intérieur de celui-ci.

Chez le sujet schizophrène, les enveloppes corporelles et psychiques semblent faire défaut. Elles n'assument pas pleinement leur rôle de contenance et sont perçues par le sujet comme trouées, poreuses, non pérennes.... Elles n'assurent pas à la personne un sentiment de sécurité et d'existence suffisant, base de différenciation avec autrui.

Ainsi, le patient peut se sentir envahi, persécuté par l'autre ou confondu, mélangé avec lui. Il peut également se percevoir lui-même menaçant.

Cette problématique inscrit le sujet dans une relation particulière à l'environnement et a des répercussions sur l'ensemble de la sphère psychomotrice : espace/temps, motricité, tonus, image du corps... Ces symptômes constituent alors des tentatives de restauration d'un contenant corporel et psychique.

« Une des directions thérapeutiques, préconisée par Pankow pour retrouver les limites du corps chez le schizophrène, repose sur le travail des soins du corps et du rapport tactile pour éprouver la présence de ce corps et en apercevoir les contours. »¹

Le dispositif d'un atelier de relaxation permettrait au sujet schizophrène de faire l'expérience d'un corps contenant, par l'introjection de cette fonction.

¹ HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., *Les schizophrénies*, p 75.

« La situation de relaxation, par le fait qu'elle induit des sensations tactiles, thermiques, ou kinesthésiques, fournit à un niveau corporel la base sensorielle nécessaire pour constituer ou reconstituer les enveloppes psychiques. Elle est une trame spatiale dans laquelle peuvent naître, émerger et être communiqués les contenus psychiques. »¹

La relaxation invite à se centrer sur son corps, comme faisant partie de soi. Les inductions du psychomotricien amèneraient le sujet à prendre conscience de son corps à travers les sensations et les émotions qu'il peut éprouver, à mettre en mots ses ressentis et ainsi y mettre du sens pour se les approprier, se les représenter. Ce sera donc l'occasion de reconnaître ce qui vient de l'intérieur du corps, et ainsi vivre une sensation de limite corporelle qui différencierait le dedans du dehors, le soi du non soi.

La dimension contenante et relationnelle d'un tel dispositif de soin offrirait au patient la possibilité de s'approprier cet espace/temps particulier pour servir de support à la (re)construction de ses enveloppes psychiques.

Ainsi, dans cette dynamique de différenciation, le sujet pourrait être amené à se penser, penser l'autre et la relation pour peu à peu investir ou ré-investir son environnement et s'autonomiser.

¹ MOYANO O., *La relation psychomotrice, une autre idée du transfert*, p 208.

Chapitre III : La relaxation, un dispositif contenant

Les différentes observations cliniques développées précédemment nous ont conduit à penser le soin psychomoteur en s'appuyant sur la relaxation et à développer notre hypothèse de travail. Nous envisageons ici l'intérêt de la relaxation auprès des patients schizophrènes et en quoi elle accompagne le réinvestissement des enveloppes corporelles et psychiques du sujet.

I. Définition

Les différentes méthodes de relaxation s'exercent notamment sur le domaine tensionnel et tonique de la personnalité. Elles sont orientées vers une décontraction musculaire aboutissant à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique.

Les différentes expériences corporelles proposées par la relaxation vont soutenir l'intégration de représentations psychiques.

La relaxation n'a pas pour objectif de réduire le tonus, mais plutôt de rapprocher un certain mode de fonctionnement tonique, d'affects et d'émotions pour permettre leur représentation, afin d'obtenir progressivement une économie physique et psychique du sujet.

« La question du ressenti corporel est fondamentale dans le traitement de la psychose, fondamentale à condition de savoir que les sensations corporelles n'ont de sens pour un individu qu'intégrées dans son vécu comme signes de son existence autonome qui permet le rapport aux autres. »¹

¹ POUS G., *Thérapie corporelle des psychoses*, p 27.

Ainsi, c'est la sensation chargée d'affects, dans l'échange interindividuel, qui deviendra signifiante pour le sujet schizophrène. Cet investissement va lui permettre de situer son corps comme référence dans la perception d'une continuité d'être. Autrement dit, les différentes expériences sensori-toniques mises en sens par le thérapeute vont pouvoir se lier aux affects du sujet. La rythmicité et la répétition de ce bain sensoriel, tonique et affectif, comme nous l'avons vu chez l'enfant, vont progressivement participer à la (re)constitution des enveloppes.

Selon P. de Vincente de Monjo, « *les éléments essentiels que doit contenir n'importe quelle technique pour pouvoir être nommée relaxation [sont] le tonus musculaire [et] la respiration.* »¹

C'est également l'une des conclusions apportées lors du colloque de 1987 réunissant les plus grands spécialistes des relaxations thérapeutiques².

En cela, nous nous appuyerons sur cette définition pour construire notre propos et envisager comment la relaxation offre un dispositif suffisamment contenant au réinvestissement des enveloppes corporelles et psychiques pour le sujet schizophrène.

II. Les fonctions impliquées

Nous développons ici l'intérêt du travail sur les modalités toniques et respiratoires en relaxation chez le sujet schizophrène.

« *Ainsi, en abaissant le tonus par les exercices gestuels et respiratoires, il devient possible d'abaisser les tensions psychiques du sujet.* »³

Je rencontre Nathan à l'occasion du groupe de relaxation, dans lequel il s'est inscrit pour réduire ses tensions, et « *trouver des techniques pour se détendre* ».

Lors de la première séance, les participants ont le choix de s'installer comme ils le souhaitent. Nathan prend immédiatement une position assise repliée, qui nécessite une tension active de tous ses muscles pour la maintenir, sa respiration paraît suspendue.

¹ DE VINCENTE DE MONJO P., cité par GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 79.

² Ibid, p 79.

³ GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 60.

Nous avons l'impression qu'il n'est pas réellement posé sur le sol et qu'il s'accroche à ses muscles contractés et à sa respiration bloquée.

Au cours d'une séance, il est proposé à chacun de s'adosser au mur en position assise et de prendre conscience du contact entre le mur et les différentes parties du dos. Durant ce moment, Nathan s'applique à se grandir, et cherche à coller la totalité de son dos au mur. Pour ce faire, il surélève ses épaules et agrippe ses bras tendus à ses jambes, contracte ses jambes au point de trembler et bloque sa respiration. Dans un second temps, il peut se saisir d'une induction proposant de faire le dos rond, la tête en avant, et les épaules décollées du mur. Il essaye mais reprend très vite sa position initiale.

Lors du temps de verbalisation il évoque s'être détendu, et son « *besoin d'être droit* ». Il n'apparaît pas possible pour Nathan de sentir son corps autrement que dans l'hypertonie, le dur et les contractions.

Au fil des séances, les participants sont invités à expérimenter des positions différentes. Nathan, pendant le temps d'installation, s'autorise à essayer diverses postures. Celles qu'il expérimente spontanément nécessitent des contractions exagérées. L'accompagnement verbal et l'induction des positions possibles l'orientent vers une posture plus propice à la détente.

C'est de cette manière qu'au cours d'une séance, Nathan peut s'allonger, les bras étendus sur les côtés du corps. Il s'autorise également à quelques grandes expirations en soupirant et à bâiller.

1. Le tonus

Le tonus est un phénomène neurophysiologique se manifestant au niveau musculaire. Il se définit comme la contraction permanente et modérée des différents muscles, entretenu par des influx nerveux.

Nous pouvons entrevoir le rôle du tonus en relaxation. En effet, « *les exercices de respiration, les mouvements de contraction-décontraction musculaire, l'effet suggestif des consignes ont une action sur les instances anatomophysiologiques qui contrôlent le tonus.* »¹

¹ GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 60.

Chez le sujet schizophrène, nous l'avons vu, l'enveloppe tonique s'est transformée en véritable paroi tonique, limitant voire annulant tout échange entre l'intérieur et l'extérieur. Elle témoigne pour le sujet de limites corporelles peu établies. Il s'enferme alors dans une hypertonie et maîtrise ainsi des sensations qu'il connaît. De cette manière, il se défend d'échanges entre le dedans et le dehors qu'il ne pourrait pas contrôler, renvoyant à la crainte d'être débordé, envahi.

Le dispositif de relaxation vise à permettre au sujet schizophrène l'intégration de ces extrêmes toniques (hypertonie/hypotonie), favorisant ainsi l'établissement de limites à tous les autres niveaux d'organisation.

Les facteurs émotionnels et affectifs ont également un impact important sur le tonus. De façon réciproque, les variations toniques représentent l'expression des variations émotionnelles et affectives. Le tonus est ainsi considéré comme mode d'expression ou trace physique de l'histoire relationnelle du sujet.

De Ajuriaguerra évoque le rôle du dialogue tonique mis en place lors des premières relations mère-enfant. Il sert à l'enfant pour communiquer ses états à son environnement. Réciproquement, la mère par les différentes réponses qu'elle apporte, peut influencer l'état tonique de son nourrisson. La régularité de ces échanges ainsi que l'alternance entre hypertonie et hypotonie participent à créer une enveloppe pour le sujet.

En relaxation, le lien entre tonus et vie affective est grandement exploré. Tout ce qui favorise un climat émotionnel apaisant, calme, influence l'activité tonique dans le même sens.

C'est dans le rapport à l'environnement et à l'autre que le tonus se module, prend sens. Au cours du développement de l'enfant, la mère met des mots sur l'état de son enfant. Elle va lui permettre d'établir des limites en donnant forme à ses ressentis sensori-toniques. Si l'environnement est satisfaisant, l'enfant peut alors accepter les variations toniques comme des variations affectives dans la relation. C'est cette modulation qui va permettre la formation de l'enveloppe tonique et par la suite l'aménagement des enveloppes psychique.

« Le milieu humain donne sens à ces états tonico-émotionnels : c'est ce qui va constituer la face externe de l'enveloppe corporelle. »¹

¹ WALLON H. cité par PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, p 103.

De façon analogue, le psychomotricien pourra lui aussi verbaliser ce qu'il a pu ressentir des manifestations toniques du patient, l'aidant ainsi à ce qu'elles deviennent signifiantes.

Ainsi, avec l'appui du thérapeute, le dispositif de relaxation ouvre au sujet schizophrène la possibilité de prendre conscience de ses états tonico-affectifs et des influences réciproques entre tonus et vie affective. Ce processus de mise en lien contribuera à restaurer une certaine fluidité tonico-émotionnelle.

Le vécu tonique pourra alors sensiblement se modifier, autorisant plus d'échanges avec l'extérieur et participant à la restauration progressive d'une enveloppe tonique.

2. La respiration

En relaxation psychomotrice, des suggestions orientées vers une inspiration active, longue, lente et profonde sont le plus souvent proposées. Elles peuvent conduire à une respiration plus abdominale que thoracique. Cela favorise une plus grande ventilation, laquelle modifierait les états de conscience, abaisserait la vigilance, augmenterait la suggestibilité, provoquerait le relâchement de la pensée et permettrait une libération émotionnelle.

Il serait pertinent de proposer aux patients schizophrènes des inductions portant sur la respiration. Il s'agirait de permettre au sujet de prendre conscience de la fonction respiratoire faisant le lien entre le dedans et le dehors.

L'enfant se construit par les échanges relationnels qu'il établit avec son environnement. L'alternance entre présence/absence, relation à soi/ relation à l'environnement, intérieur/extérieur construisent progressivement un sentiment d'entourance pour le sujet.

Le patient pourrait alors se rendre compte que cet aller-retour est possible sans menace d'être détruit, et ainsi restaurer une dynamique, un échange entre l'intérieur et l'extérieur et réinvestir de la même façon ses limites corporelles.

III. Les processus mis en jeu

1. Les suggestions

« *La suggestion est une communication ayant pour but de faire apparaître des réactions conscientes ou inconscientes chez un sujet.* »¹

Elles sont induites par le psychomotricien et la manière dont il développe ses propositions.

Classiquement, deux formes de suggestions sont définies. Les suggestions directes se rapportent à un objet de manière explicite : « *votre jambe est lourde, la chaleur s'y répand* ». Elles peuvent être ou non, acceptées par le patient, et produisent ainsi plus ou moins d'effet.

Les suggestions indirectes, quant à elles, s'identifient à l'objet de façon plus implicite, imagée et utilisent souvent la métaphore : « *Ressentez vos appuis sur le sol, leur surface, l'empreinte qu'ils y laissent* ». Dans ce cas, la notion de poids est supposée et le relâchement musculaire est favorisé à travers la sensation de contact.

De même, les notions de volume et de surface seront explorées dans l'intention de favoriser l'émergence d'éprouvés autour des limites corporelles.

Nous utilisons préférentiellement cette forme de suggestion avec les patients psychotiques. En effet, les suggestions directes peuvent renvoyer à un autre tout-puissant, capable de maîtriser à distance le corps du patient et ainsi paraître persécuteur. De plus, la non adhésion du patient aux suggestions directes peut induire le sentiment d'échec et provoquer des angoisses par le fait qu'il ne puisse éprouver, localiser, identifier ou reconnaître comme siennes, les sensations induites.

En revanche les suggestions indirectes prennent la forme de propositions faites au patient. Il est lors libre de s'en saisir ou non, au plus près de ses propres perceptions.

En relaxation, la voix, support du discours, ainsi que les communications corporelles participent à cette fonction suggestive. La compréhension et le traitement du langage en relaxation sont différents de ceux de l'état de veille.

¹ GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 79.

Les patients peuvent être plus sensibles à la voix du psychomotricien, sa prosodie, son intonation, son rythme et les éventuels silences, qu'aux mots prononcés.

Thomas, après une séance de relaxation, décrit un état à mi-chemin entre la veille et le sommeil, qu'il évoque comme « *pas complètement endormi, mais pas réveillé non plus* ». Il dit avoir vécu des allers-retours entre une écoute attentive des « consignes » et des moments où il entendait juste sa voix, sans réellement se souvenir de ce qu'il a pu dire. « *Je me sens pourtant détendu* » dit-il en fin de séance.

Les gestes, regards, postures du psychomotricien ont également une valeur suggestive. Par son implication corporelle, il perçoit les canaux utilisés par le patient et peut y réagir de manière verbale mais aussi au moyen de son propre corps et de son ressenti émotionnel. Il s'ajuste par son attitude corporelle, en se plaçant à un endroit dans la pièce déterminée, en cherchant une distance juste, par ses différentes mimiques, en choisissant les moments et les lieux où il va poser son regard, participant ainsi à l'effet suggestif de la relaxation.

« Par l'analyse de ses propres communications corporelles, il peut aider son patient à explorer les siennes. La prise de conscience du corps et des émotions en découle, des mots peuvent survenir et là réside une grande part de l'effet thérapeutique. »¹

L'utilisation de ces différentes formes de communication va favoriser le vécu d'unité pour le sujet schizophrène.

Nous l'avons déjà évoqué, le vécu du nourrisson est d'abord morcelé. Les différentes sensations sont investies de manière éparse et l'enfant ne les relie qu'avec l'étayage de son environnement. Les perceptions sensori-motrices ainsi rassemblées en une expérience favorisent l'émergence du sentiment d'enveloppe et d'unité corporelle.

De la même façon, les diverses suggestions du psychomotricien (verbales et corporelles) vont participer à recréer une forme de « bain » sensoriel, en une seule expérience, et ainsi soutenir la restauration des enveloppes du sujet et de son unité corporelle.

¹ PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, p 136.

2. Le transfert

O. Moyano évoque la notion de transfert en psychomotricité en l'assimilant à un transfert de contenant plutôt que de contenu. En effet, sa pratique clinique, auprès de sujets dont les enveloppes psychiques semblent faire défaut, l'amène à repenser le concept de transfert en mettant la notion de contenance au premier plan.

« Sans doute faudrait-il réfléchir différemment la relation transférentielle lorsque le contenant psychique est en cause dans la souffrance du sujet : faiblesse dans sa structure, dans sa fonction, dans sa genèse. »¹

C'est dans cette même perspective que nous envisagerons le transfert en situation de relaxation avec les patients. En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, le sujet schizophrène ne possède pas d'enveloppe corporelle et psychique suffisamment élaborée pour constituer une limite contenant. N'étant que partielle, elle ne permet pas de lui apporter un sentiment de sécurité suffisante et une continuité d'existence. La qualité protectrice du contenant n'est pas assurée ; ainsi nous observons des défaillances dans les fonctions du Moi-peau déjà citées.

Comme le souligne O. Moyano, le thérapeute se situe en tant que Moi-auxiliaire du patient, capable de contenir et d'accueillir en lui ce qui ne peut pas l'être par le patient. Le psychomotricien soutient temporairement le contenant fragile du sujet en l'amenant à vivre des expériences corporelles, permettant de redynamiser le processus de symbolisation.

Nous pouvons rapprocher cela de la fonction alpha maternelle développée par Bion. La mère accueille les contenus toxiques du nourrisson pour lui adresser des éléments atténués, détoxifiés et qu'il pourra alors assimiler.

« Dans cette relation qu'est la relaxation, la personne revit une expérience affective autrement que celle qui a servi de modèle à ses introjects dans son enfance. »²

En relaxation, le patient projette sur le psychomotricien une partie de lui, qui va être contenue, transformée et ré-adressée au patient sous la forme d'un complexe contenant/contenu, permettant progressivement la formation de son propre contenant psychique, véritable « appareil à penser les pensées » (Bion).

¹ MOYANO O., *La relation psychomotrice, une autre idée du transfert*, p 203.

² GUIOSE M., *Relaxations thérapeutiques*, p 71.

Ainsi, nous comprenons que les inductions de calme, favorisant le relâchement tonique vont pouvoir être introjectées par le patient.

3. La fonction contenant

La proposition de relaxation peut être considérée comme un dispositif contenant dans la mesure où il s'appuie sur les bases constitutives du développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant.

Cette approche s'inscrit dans la perspective de réinterroger les prémices de la construction du sujet. Les différentes expériences sensorielles proposées sont un support à la mise en place du lien à son corps que le sujet pourra éprouver et d'une dynamique relationnelle.

La fonction contenant s'établit par le cadre mis en place (ce dernier sera détaillé dans le chapitre IV), par les différentes expériences proposées par le thérapeute et comment celui-ci les amène.

L'ensemble du dispositif de soin crée une enveloppe de substitution pour le sujet, représentant un support d'introjection. Si les qualités de ce dispositif sont suffisantes, c'est-à-dire similaires à celles de « *l'objet contenant externe* », le sujet pourra les intérioriser.

Chez chacun, la construction des enveloppes corporelles et psychiques participe à l'établissement de cette fonction contenant. Les enveloppes créent un sentiment d'entourance pour le sujet qui peut alors s'éprouver comme un contenant. La fonction contenant est liée à la constitution du Moi-peau et intervient dans les différents rôles déjà évoqués.

Pour le sujet schizophrène, cette fonction est défaillante ; l'enveloppe existe mais est ressentie comme trouée, poreuse et non pérenne. Elle ne constitue pas une limite fiable entre intérieur et extérieur.

La relaxation s'inscrit ainsi dans l'optique de permettre au sujet schizophrène d'éprouver un sentiment de continuité corporelle.

La prise de conscience des points d'appuis (volume, surface, poids), le bain sensoriel créé par la présence bienveillante et continue du psychomotricien, participent à développer la perception d'une permanence au niveau de l'enveloppe corporelle, favorisant le sentiment de contenance. Ainsi, cet ensemble se rapproche de la notion de maternage, de « holding » de Winnicott.

D'autre part, la voix, le regard, les postures, du psychomotricien représentent de « bons » objets partiels que le patient peut introjecter.

Le dispositif de soin donne au patient schizophrène, la possibilité d'une réactualisation du vécu des premières relations, mais envisagée de manière restructurante puisqu'inscrite dans un cadre spatio-temporel particulier et une dynamique relationnelle sécurisée.

En effet, les fonctions de Moi auxiliaire, de pare-excitation et de transformation des contenus corporels et psychiques portés par le psychomotricien s'inscrivent dans cette dynamique contenante.

Progressivement, le patient schizophrène soutenu par le psychomotricien, pourra lier ses expériences vécues avec son histoire personnelle. Ces expériences feront peu à peu faire trace, deviendront significatives pour le sujet, lui permettant alors de réinvestir son enveloppe psychique, et (re)devenir contenant, en s'appropriant la fonction contenante du psychomotricien.

M. Guiose évoque la relaxation comme une « *illusion restructurante* » se manifestant d'abord par une dépendance totale du patient envers le thérapeute. Par la suite, la désillusion conduira le patient vers une dépendance relative pour aboutir vers l'indépendance. Nous pouvons relier ces étapes à celles décrites concernant la symbiose, l'introjection de l'objet contenant et la séparation.

Lara participe de manière assidue à l'atelier de relaxation. Elle se montre enthousiaste. Pendant les séances, elle est très attentive, recherche souvent mon regard et s'applique à reproduire les gestes proposés dans une sorte de mimétisme, mais sans réel investissement. Lorsque je propose des explorations libres, elle m'observe pour les reprendre à l'identique.

Sur le temps de parole, elle souhaite toujours s'exprimer en premier : « *c'était bien* », « *je me suis sentie bien* », « *j'ai bien aimé* » sont les phrases qu'elle prononce le plus souvent. A la fin de la première séance, comme pour coller à mes attentes, elle dit « *j'ai trouvé ça facile parce que j'ai tout réussi* ».

Au cours d'une rencontre, il est proposé à chacun des participants de s'allonger sur un tapis. À peine installée, Lara me cherche du regard pour me dire « *merci, la relaxation ça détend, je suis bien* ».

Lorsque je m'approche d'un participant pour l'aider à s'installer de façon confortable, Lara me sollicite immédiatement après en me demandant un coussin ou de repositionner son tapis.

Au moment de quitter la pièce, elle me remercie, et tient à s'assurer de la prochaine séance.

Il lui arrive souvent de me complimenter sur mes vêtements, mes cheveux ou mes bijoux en pouvant ajouter « *moi aussi je porte des bijoux, vous avez vu ?!* » en s'identifiant complètement à l'image que je véhicule.

Au cours de nos dernières rencontres, Lara explore de façon plus libre, moins guidée les différentes propositions. Lors d'un jeu d'imitation de postures, elle propose spontanément des positions variées.

Elle s'autorise même à demander s'il est possible de reprendre cet exercice qu'elle a particulièrement aimé, en soutenant « *je trouve tout bien, mais ça j'ai préféré* ».

Elle exprime ainsi un choix, commence à investir une place qui lui est propre. Sur une autre séance, nous évoquons les arts plastiques et Lara peut prendre la parole et évoquer son goût particulier pour la poterie et le dessin.

Cette vignette illustre la relation de dépendance du patient envers le thérapeute. Ici nous apercevons la perspective d'un certain détachement, et le passage vers une dépendance plus relative.

Chapitre IV : Un atelier de relaxation en groupe auprès de patients schizophrènes

« Le soin est un entourage. Pour mieux dire, il est un entourement. Il lui faut un espace, il lui faut un cadre. Le soin est un processus. Or, il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide ou dans l'abstrait : là encore, il lui faut un cadre. »

P.-C. RACAMIER

I. Présentation de l'institution

1. Le lieu de stage

Mon stage se déroule dans un établissement de post cure psychiatrique. Il accueille de jeunes adultes (entre 18 et 30 ans), présentant des troubles psychiques graves. Ce foyer propose un séjour de réhabilitation psycho-sociale s'inscrivant dans une thérapie d'autonomisation et de réinsertion sociale. Il peut recevoir 15 patients (appelés pensionnaires) et fonctionne en lien avec deux autres foyers conçus sur le même modèle.

Ces personnes sont accueillies au sein de l'établissement suite à une période d'hospitalisation psychiatrique ou une réorganisation de leur parcours de soin. Une semaine de « postulance » est proposée aux patients souhaitant intégrer l'institution.

Cette courte période est l'occasion pour la personne de découvrir l'institution, son fonctionnement, ses règles de vie et de rencontrer l'équipe soignante ainsi que les autres pensionnaires.

Ensuite, l'équipe évalue s'il est envisageable d'entamer un suivi thérapeutique avec cette personne. Cette appréciation est basée sur les différents échanges avec l'équipe soignante. L'observation de l'inscription dans les moments collectifs, du contact avec les autres pensionnaires, ainsi que de la demande du patient s'inscrivent dans cette dynamique. Celui-ci est invité à rencontrer la psychologue et le psychiatre, qui peuvent ainsi appréhender les mécanismes psychopathologiques en jeu chez ce sujet.

La durée maximum de séjour est d'environ trois ans. Cependant, sous le statut d'hospitalisation libre, les pensionnaires peuvent quitter l'institution quand ils le souhaitent.

2. Le travail institutionnel

L'équipe soignante est composée de six éducateurs spécialisés, d'une infirmière, d'un médecin coordinateur, d'un psychiatre, d'une psychologue et d'une psychomotricienne. L'équipe intervient autour de deux axes.

La thérapie intégrant les traitements médicamenteux ainsi que l'accompagnement et le suivi psychiatrique, psychologique, éducatif et psychomoteur. Les éducateurs soutiennent les patients au quotidien en leur offrant un espace d'accueil qu'ils peuvent solliciter s'ils le souhaitent. Des entretiens individuels sont réguliers avec la psychologue et le psychiatre. Des rencontres hebdomadaires en psychomotricité sont également envisageables.

Le lien social et l'autonomie sont des enjeux majeurs du séjour au foyer. En effet, le lien aux autres est favorisé dans les moments collectifs. De plus, les différents projets (formation, inscription dans un club sportif, stage...) visant une ouverture sur l'extérieur sont particulièrement valorisés et soutenus. C'est dans cette optique que des rencontres (moments festifs, activités) entre les différents pensionnaires des trois foyers sont organisées.

Ce mouvement d'ouverture va de pair avec une plus grande autonomie et est favorisée au foyer par les responsabilités de chacun.

Le bureau des éducateurs est un espace ouvert où chaque pensionnaire est invité à venir prendre son traitement. Les pensionnaires sont également sollicités pour s'occuper de leur linge et de leur chambre, ainsi que réaliser le service de table deux fois dans la semaine.

Les réunions cliniques sont l'occasion d'échanges autour des diverses problématiques de chaque pensionnaire et permettent d'élaborer, de penser le soin le plus ajusté possible pour chacun. Elles s'attachent à orienter chaque suivi, à élaborer des décisions de façon collégiale qui pourront être portées par chaque membre de l'équipe.

Dans le foyer une grande place est accordée à la parole. L'équipe est sensible à soutenir celle de chacun. Ainsi, chaque pensionnaire a la possibilité de s'adresser à un membre de l'équipe pour échanger. Cette disponibilité semble favoriser la relation de confiance entre les pensionnaires et l'équipe ainsi que réduire l'écart entre le soignant supposé détenteur du savoir et le soigné.

Soutenir et accompagner le discours de chacun, c'est aussi l'inviter à se (re)situer en tant que sujet. Ainsi, volontairement, seulement quelques ateliers sont proposés aux pensionnaires, leur donnant alors la possibilité de formuler des demandes et de se placer en tant que sujet désirant, acteur de son parcours de soin.

II. L'enveloppe institutionnelle, le réceptacle de la souffrance psychique

La fonction d'enveloppe psychique au niveau individuel trouve des analogies au niveau institutionnel. C'est ce qui amène D. Houzel à conceptualiser la notion d'« *enveloppe institutionnelle* ».

Il définit les qualités qui permettent à l'enveloppe institutionnelle de pouvoir contenir, abriter les processus psychiques individuels et interindividuels dans l'institution. Elles sont semblables à celles du Moi-peau et concernent plus particulièrement l'étanchéité, la perméabilité, la consistance, l'élasticité.

« C'est à partir de ces différentes qualités que l'enveloppe institutionnelle devient peu à peu enveloppe contenant et œuvre à l'ébauche d'un processus de subjectivation ou à un début d'appropriation subjective. »¹

L'élaboration de cette contenance institutionnelle devient un enjeu primordial auprès de la population psychotique, dont la problématique concerne justement le plus souvent les enveloppes, les limites et les frontières.

L'institution accueille et pense les expériences que le patient ne peut contenir et penser seul. Ainsi les expériences non pensables trouvent un espace pour être reçues et contenues. Elle va aussi suppléer les systèmes de pare-excitation, particulièrement fragilisés dans la schizophrénie.

Les capacités de contenance institutionnelle sont fréquemment mises à l'épreuve par les sujets schizophrènes. En effet ils viennent vérifier la solidité du cadre et des limites, adresser des transferts fragmentés ou encore s'assurer de la cohérence du discours de l'équipe.

Les différents mouvements physiques et psychiques éprouvant cette enveloppe ne cesseront de déformer cette membrane qui se doit d'être suffisamment souple et solide.

« Au final, la contenance institutionnelle ne prend corps véritablement qu'à partir d'un lieu et d'un temps de rassemblement de tout ce qui aura été déposé de manière fragmentaire dans les multiples lieux réceptacles de l'institution. »²

Le travail d'élaboration en équipe participe à cette dynamique.

¹ BILLARD M., COSTANTINO C., *Fonction contenant, groupes et institution soignante*, p 66.

² Ibid, p 71.

III. La place de la psychomotricité

1. La psychomotricité dans le foyer

Une prise en soin en psychomotricité peut être envisagée, suite à une sollicitation du pensionnaire et validée par l'équipe pluridisciplinaire. Elle s'inscrit dans la continuité du travail institutionnel. Les différentes expériences corporelles vécues par le patient en séance et mises en sens par la psychomotricienne contribuent à nourrir la réflexion collégiale de l'équipe et s'ancre dans une dynamique enveloppante.

En général deux rencontres initiales sont prévues afin de cerner la demande du patient, ses attentes. A la suite de cela, une prise en soin peut être proposée. Au cours de mon stage, j'ai l'occasion de participer à deux suivis thérapeutiques individuels.

2. Ma place au sein du foyer

En début de stage, il est convenu que je me place en tant qu'observatrice dans l'institution. C'est l'occasion pour moi de découvrir le fonctionnement de la structure d'accueil, de rencontrer et échanger avec les différents professionnels, de participer aux temps collectifs et de rencontrer de manière non formelle les pensionnaires. Je peux alors réellement me rendre compte de l'orientation de l'équipe quant à l'accompagnement auprès des pensionnaires.

Cette période m'offre également l'opportunité d'appréhender les troubles psychomoteurs et de repérer les phénomènes relationnels pathologiques en jeu. Ce temps est aussi l'occasion de commencer à élaborer une pratique me semblant appropriée à la prise en soin psychomotrice des patients schizophrènes au sein de l'établissement.

Suite à cette période d'observation, le projet d'un atelier relaxation en groupe se met en place. En regard des problématiques psychocorporelles déjà évoquées, les enjeux soulevés par la relaxation pour cette population paraissent particulièrement pertinents à explorer. Ce nouvel espace apparaît dans la dynamique institutionnelle comme une nouvelle façon de rencontrer le pensionnaire.

Je suis soutenue pour l'élaboration de ce projet par la psychomotricienne. Les échanges et retours partagés ensemble m'ont apporté une réelle réflexion autour de la clinique psychomotrice.

A travers la pratique des premières séances, les difficultés mais aussi les points d'appuis des patients, et les principaux objectifs pour orienter l'atelier sont apparus de manière plus claire.

IV. Le cadre de l'atelier de relaxation en groupe

1. Mise en place du projet

Le projet d'atelier a été pensé pour être réalisé en binôme avec une éducatrice spécialisée. Nous l'avons présenté à l'équipe au cours d'une réunion. Après discussion et validation de celui-ci, nous avons exposé l'atelier aux pensionnaires. C'est l'occasion pour eux de poser d'éventuelles questions, et de découvrir comment il va se dérouler.

Nous proposons dans un premier temps une première séance ouverte à tous, où nous invitons les pensionnaires à « essayer » l'atelier. Cette rencontre initiale permet déjà de poser le cadre des futures séances et de repérer d'éventuelles demandes ou attentes. Les pensionnaires peuvent ainsi réaliser une première expérience de cette approche corporelle, être conforté dans leur représentation de la relaxation, de leurs expériences passées, ou se situer en décalé.

A l'issue de cette première séance, nous laissons un temps de réflexion à chacun afin de décider s'il souhaite ou non participer à l'atelier. Si tel est le cas, pour la continuité du travail entrepris et la cohérence du groupe, nous demandons à chacun de s'engager pour toute la durée de la proposition, qui s'achève mi-juin.

L'atelier est donc fermé et constitué de 4 participants. Le sentiment de différenciation avec autrui peu élaboré chez le patient schizophrène peut faire émerger des angoisses d'intrusion, de persécution. Il nous semble important de garantir une sécurité symbolisée par un groupe stable et repéré accueillant, constitué toujours des mêmes personnes.

Celles-ci se retrouvent semaine après semaine et la continuité établie dans les relations les rend moins menaçantes. Le fait de fermer l'atelier propose d'établir une enveloppe sécurisée, étanche et non poreuse, sans menace d'intrusion ou de fuite.

L'atelier se déroule sur trois quart d'heure, chaque jeudi dans la salle de psychomotricité aménagée. En effet, certains pensionnaires connaissent cet espace à l'occasion de séances individuelles avec la psychomotricienne. Nous avons par conséquent décidé de modifier son aménagement spatial, afin qu'elle soit réellement repérée et identifiée à l'espace-temps de l'atelier de relaxation.

Les limites corporelles peu établies du sujet schizophrène ne lui permettent pas de construire des liens entre l'espace et le temps.

C'est sur la base des premiers rythmes relationnels présence/absence, et par ses réponses adaptées que la mère instaure une alternance entre tension et apaisement. Ils assurent ainsi au bébé un sentiment de continuité et une certaine sécurité émotionnelle.

Le sujet schizophrène est amené à éprouver ce sentiment de continuité corporelle et psychique par l'alternance des présences/absences établie sur la rythmicité des séances. C'est également dans ce rythme primaire présence/absence, dedans/dehors que s'établissent les premières limites, venant suppléer celles du patient schizophrène.

Il est nécessaire d'établir un cadre spatio-temporel fixe pour permettre au sujet de s'habituer, de se repérer, d'anticiper et ainsi d'investir les nouvelles expériences proposées. Cet espace/temps, avec le support du thérapeute pourra progressivement être pensé.

Au cours des premières séances, nous expliquons et rappelons le cadre et les règles établies ensemble pour le bon déroulement de l'atelier. Ainsi, il est convenu de se retrouver un peu avant dans le hall d'entrée pour se rendre ensemble à la salle. Nous demandons aux participants d'être à l'heure au point de rendez-vous fixé, sinon ils ont la possibilité de nous rejoindre directement à la salle pour l'heure de début de l'atelier.

Nous évoquons également le non jugement au sein de l'atelier, la confidentialité de ce qui est exprimé par chacun dans ce lieu, le respect de soi et de l'autre. Cela contribue à l'établissement d'un pare-excitation de substitut, le Moi-peau du schizophrène n'assurant que partiellement cette fonction.

Les différentes expériences et ce qui peut émerger au cours des séances sont ainsi contenus et transformés dans ce lieu. Il n'y a pas de complète étanchéité entre l'intérieur et l'extérieur des séances, les pensionnaires pouvant reprendre leurs propres expériences hors de l'atelier. Ainsi, le cadre posé représente une enveloppe souple, jouant le rôle de filtre et d'atténuation des contenus bruts et non symbolisés.

2. Un cadre « bon à penser » et ses fonctions

Le cadre peut être défini comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps et une pensée.* »¹

De cette manière, C. Potel insiste sur le côté matériel du cadre mais aussi sur la composante structurant l'espace de soin de manière plus immatérielle. Leur juste articulation permettra de construire un cadre cohérent et adapté rendant la rencontre possible.

*« Le psychomotricien va devoir, [...] développer une certaine façon de recevoir et de faire, qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire. »*²

Ici, nous pouvons faire une analogie entre le rôle du psychomotricien et la façon dont la mère ou son substitut accueille, transforme les expériences non pensables de son enfant. En effet, il va héberger et permettre une transformation des contenus non symbolisés du patient, lui permettant de réintrojecter des éléments « bons à penser ». Cette attitude contribue à la construction d'un appareil psychique contenant les pensées, faisant particulièrement défaut chez le sujet schizophrène.

De cette façon, le psychomotricien remplit le rôle de Moi auxiliaire offrant un étayage certain pour le sujet. Il accueille, contient et transforme ce que le sujet ne peut assurer seul. Le psychomotricien assure également la fonction de pare-excitation, particulièrement fragilisée chez le schizophrène.

*« Le psychomotricien va stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique. »*³

¹ POTEL C., *Être psychomotricien*, p 324.

² Ibid, p 330.

³ Ibid, p 330.

De manière semblable, D. Anzieu compare le cadre à un « *contenant maternel* ». Il constitue une enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute, qui a le rôle d'une « *seconde peau psychique* ». Les pensées du sujet peuvent alors se déployer, l'excitation qu'elle soit d'origine interne ou externe sera contenue.

Définir le cadre auprès des patients permet de s'y référer et d'instaurer un tiers entre patient et thérapeute. C'est ce tiers qui garantit une certaine sécurité et permet à la fois de se séparer et de se différencier. Il peut éviter le collage, les fantasmes de fusion et d'incorporation ou encore le rejet, signifiant la difficulté relationnelle de ces patients.

Poser un cadre représente une métaphore des enveloppes et du contenant psychique, cohérents et stables sur lesquels le patient va pouvoir s'appuyer physiquement et psychiquement pour retrouver ses propres repères.

« Mais le cadre, c'est aussi et avant tout la disponibilité psychique du thérapeute qui va faire appel, à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur. »¹

Il permet également d'établir des limites entre le dedans et le dehors, en définissant un espace/temps intérieur et extérieur à celui de la séance. Cette notion est particulièrement questionnée chez le schizophrène qui a un vécu corporel et psychique sans limites, ou avec des frontières ne remplissant pas leur rôle.

« Ainsi la différenciation des espaces va venir soutenir une ébauche de différenciation des espaces psychiques, et donc de séparation. »²

3. Déroulement des séances

L'atelier se déroule toujours sur le même modèle, favorisant chez les participants une inscription spatio-temporelle dans un cadre toujours similaire. Il assure ainsi stabilité et sécurité leur permettant d'investir les séances. L'atelier est organisé en quatre temps.

¹ POTEL C., *Être psychomotricien*, p 331.

² Ibid, p 332.

Chez le sujet schizophrène, les mécanismes d'identification projective œuvrent dans le sens de la différenciation, de la confusion espace/temps, moi/autre, réel/représentation. Il nous semble donc important au sein de l'atelier d'instaurer un rythme de séquences immuables et de matérialiser les espaces.

L'accueil des participants : Chaque participant (pensionnaire ou thérapeute) s'installe sur les coussins disposés en cercle au centre de la pièce. Un coussin par personne est prévu, matérialisant l'espace consacré à chacun et concrétisant la place qu'il peut prendre au sein de l'atelier. Ainsi, il a semblé important, lors d'une absence exceptionnelle de l'éducatrice spécialisée, d'installer son coussin, permettant de la signifier, la symboliser.

Ce temps d'accueil reste assez libre, ouvert à l'expression de tous. Chacun peut partager avec le groupe ce qu'il souhaite (événement de sa semaine, du quotidien ou choses plus personnelles). Enfin, à travers un mot, chacun est invité à exprimer comment il se sent aujourd'hui, permettant aux participants de s'ancrer dans l'ici et maintenant de la séance.

Ce moment d'installation prend la forme d'un espace/temps transitionnel. Il est à l'interface entre l'avant/l'extérieur de la séance et le pendant/l'intérieur de l'atelier, il permet une liaison. A l'image de certains participants qui ont besoin de se délester des objets avec lesquels ils arrivent, on peut penser que ce moment est l'occasion pour laisser au dehors les « mauvais objets » et conserver au-dedans les « bons objets », support pour l'introjection.

Le travail corporel : C'est un moment de découverte sensori-motrice qui prend diverses formes au cours des différentes séances. Ce temps de mise en jeu corporelle est orienté vers le mouvement, de manière ludique afin de favoriser son investissement. Il représente une opportunité de retour sur soi, d'attention à ses sensations corporelles. Les patients y sont soutenus dans l'écoute d'eux-mêmes et des autres.

La relaxation : A la suite du travail corporel, les pensionnaires prennent un tapis et un coussin et s'installent où ils le souhaitent. Ce temps est centré sur la prise de conscience des sensations corporelles notamment par des inductions autour des points d'appuis, des notions de surface, de volume et de respiration. Ces propositions favorisent l'émergence de ressentis propres aux limites corporelles, aux notions de dedans/dehors.

Le temps de parole : Enfin, nous reprenons une disposition en cercle pour le temps de parole. Les patients ont alors la possibilité d'exprimer ce qu'ils ont senti, perçu et ressenti au cours de la séance, contribuant à l'élaboration des expériences corporelles par une mise en sens. Plus largement, des liens peuvent s'établir avec les séances précédentes, le discours des autres, l'histoire du sujet.

Cette mise en mots est l'occasion d'une mise en lien, qui peut s'établir avec l'appui du thérapeute. Penser le lien (à autrui, à son corps, à son histoire) signifie pouvoir penser les limites et par conséquent la séparation et l'individualité. Pour conclure la séance, nous proposons à chaque participant de donner un titre à la séance, témoignant de son vécu. Les thérapeutes suggèrent également un mot en tentant de rassembler ce qui a été prégnant dans la dynamique de groupe.

Nous avons pensé le déroulement de l'atelier en nous appuyant sur la logique développementale de l'enfant, qui part d'abord de sensations vécues en relation avec sa mère pour progressivement aller vers la symbolisation et s'autonomiser. Ainsi, les différentes expériences corporelles, soutenues par le thérapeute vont progressivement se rassembler pour former une unité psychomotrice qui concourt à l'édification du sentiment d'enveloppe.

V. Intérêts d'une dynamique groupale

L'implication du sujet schizophrène en relation duelle est parfois une question délicate.

« L'intimité duelle est soit envahissante, soit insaisissable, le patient l'éprouvant comme une intrusion ou comme un abandon. La relation thérapeutique demeure donc soit fusionnelle, soit inexistante, et la rencontre de deux sujets différenciés et coexistants ne peut avoir lieu. »¹

Partant de ce constat, et dans l'intention de différencier l'approche individuelle en psychomotricité de la proposition d'atelier, nous avons réfléchi aux intérêts de la mise en place d'un groupe. Nous nous attarderons ici sur ceux particulièrement impliqués en vue de la problématique schizophrène.

¹ BILLARD M., COSTANTINO C., *Fonction contenante, groupes et institution soignante*, p 70.

En effet, le travail de groupe mobilise un **espace transitionnel** entre soi et l'autre rendant le lien et la rencontre possible entre patient et thérapeute et entre patient et patient. Il est alors situé à l'interface entre le dedans et le dehors, le sujet et autrui, la fusion et la séparation. Cet espace peut donc constituer une zone sécurisée pour envisager la séparation sans la disparition, le lien sans la confusion.

Le groupe en lui-même constitue une entité, une unité **contenant** les expériences individuelles et groupales vécues pendant le temps de la séance. Considéré comme une enveloppe contenant, souple et suffisamment rigide, filtrant les excitations, le groupe peut accueillir les projections de chacun ainsi que celles du collectif.

Ainsi, le groupe crée une seconde enveloppe protectrice et contenant pour le sujet schizophrène, réalisant un substitut à ses enveloppes corporelles et psychiques précaires. De cette façon, le patient peut trouver, au sein du groupe de relaxation, les ressources nécessaires pour localiser ses sensations, les contenir dans son corps, maintenir ses affects dans son psychisme, et transformer ses angoisses en réparant un appareil psychique affaibli par sa pathologie.

« La pratique quotidienne du groupe recèle une clinique riche où la notion de contenance est au premier plan et entre en résonance avec d'autres notions porteuses, comme celles de la différenciation, de la rythmicité, d'espace, de temps, d'accueil psychique, d'identification, d'appropriation subjective [...]. »¹

Le groupe va permettre au patient schizophrène de comparer et rapprocher ses sensations et perceptions vécues au cours de la séance de celles des autres participants. De cette façon, le sujet s'**identifie** à un autre, se reconnaît en lui, et est ainsi soutenu et légitimé dans sa position de sujet.

La reconnaissance du semblable offre au sujet l'opportunité de reconstituer et faire des liens avec sa propre histoire en s'appuyant sur le discours de l'autre. Peu à peu, le sujet peut s'exprimer en son nom propre, par le « je » il se **différencie** et s'**autonomise** vis-à-vis du reste du groupe.

« L'étayage groupal peut permettre au patient schizophrène de reconstituer son unité perdue et de trouver au dehors, comme le dit R. Kaës, « ce qui lui fait défaut au dedans ; l'indivision, la continuité, la sécurité de l'unité, la cohérence, la permanence. » »²

¹ BILLARD M., COSTANTINO C., *Fonction contenant, groupes et institution soignante*, p 64.

² ENJALBERT J.-M., *Le groupe, le sujet et le schizophrène*, p 142.

Chapitre V : Rencontre d'un patient en atelier de relaxation

« Si le corps a retrouvé ses limites, le malade peut être capable d'entrer dans le temps de son histoire. »

Gisela PANKOW

I. Présentation du patient

Thomas âgé de 25 ans, intègre le foyer en janvier 2011. Il souffre de schizophrénie paranoïde, avec une anxiété majeure. Il est grand et brun. Lorsqu'il se tient debout ou se déplace, son ventre rond est mis vers l'avant ce qui renforce l'impression d'embonpoint.

Lorsqu'il se déplace, ses bras accompagnent les mouvements des épaules et du buste en se balançant de chaque côté de son corps. Sans participation active ni retenue, ils sont entraînés par le reste du corps. Les jambes ne semblent pas participer aux déplacements. Ces éléments lui confèrent une démarche nonchalante.

Depuis quelques temps, Thomas a pris du poids et porte souvent les mêmes vêtements, il ne lui en reste que très peu à sa taille. Il a parfois les ongles longs et sales, arbore une barbe plus ou moins longue.

Sur les moments collectifs, il lui arrive de chantonner, de marmonner pour lui-même et de rire. Il peut échanger de manière joviale avec les autres pensionnaires mais aussi avoir le visage fermé, pris de crispations tordant son visage. Il semble parfois surpris lorsqu'on l'interpelle en écarquillant les yeux et relevant brusquement la tête.

Le suivi spécialisé de Thomas a débuté vers l'âge de 13 ans, en CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique), suite à un signalement par le médecin scolaire d'un mouvement de repli sur lui-même, réactionnel à un conflit entre la mère de Thomas et son compagnon.

En 2004, il est admis en clinique médicale et pédagogique s'adressant à des patients adolescents. Il présente alors de graves troubles de la personnalité avec des moments dissociatifs dans le cours de la pensée, un pulsionnel menaçant et difficilement contenu. Une dépressivité et des idées suicidaires sont sous-jacentes.

En 2006, il effectue de courts séjours en hôpital psychiatrique. Le motif des hospitalisations est exclusivement lié à des crises conflictuelles avec sa mère. A cette période, Thomas était très théâtral et s'exprimait quasi exclusivement sous forme mélodramatique.

En 2008 il intègre un premier foyer, adressé par un médecin évoquant des angoisses de déstructuration, un émoussement affectif, des crises de violence, des troubles du cours de la pensée et une humeur variable. Le début de sa prise en charge est difficile, la relation établie avec sa mère semblait provoquer un état dépressif assez important. Après une visite au foyer, elle fait une tentative de suicide. Dès lors, Thomas a beaucoup de mal à s'investir dans ses projets. Il lui est impossible de se rendre au lycée en terminale. Il échoue deux années de suite à son baccalauréat. Durant la fin de son séjour, il est pris de moments d'angoisse très marqués, présente des éléments psychotiques avec crainte de dysmorphophobie. Il est conscient de ses difficultés et de son incapacité à s'installer dans un appartement autonome. Le suivi dans ce foyer devant administrativement s'achever, il émet le souhait de poursuivre le soin dans un cadre institutionnel.

Il arrive ainsi au foyer où j'effectue mon stage en 2011. Il ne peut alors émettre aucun projet étant paralysé par des angoisses invalidantes au quotidien. Il est hospitalisé deux fois au cours de son séjour.

Fin 2011, suite à un épisode hétéro agressif sur sa mère chez laquelle il est en visite, il se rend de lui-même aux urgences psychiatriques, où il y reste environ deux semaines. Thomas est également hospitalisé d'avril à juillet 2013 pour recrudescence d'idées délirantes de persécution. Il est alors très désorganisé, minimise ses symptômes et n'a aucune conscience de ses troubles. Face à ces manifestations, son traitement médicamenteux est inefficace. L'hospitalisation de trois mois permettra l'introduction d'un nouveau traitement plus opérant.

Dans son parcours, Thomas a connu beaucoup d'institutions différentes. Attardons nous maintenant sur sa situation familiale qui, nous l'avons aperçu, semble complexe.

Thomas a été conçu juste après le décès brutal de sa demi-sœur (issue d'un 1^{er} mariage de la mère) dans un accident de voiture. Il est l'enfant unique d'un couple qui s'est séparé alors qu'il avait 3 ans. A plusieurs reprises, il a été témoin de violences entre ses parents ; violences qui se sont poursuivies entre sa mère et ses compagnons successifs. Les parents de Thomas semblent aujourd'hui encore dans des relations de contentieux douloureux.

L'adolescence de Thomas est perturbée par le contexte familial. La relation avec sa mère est complexe et ambivalente. Elle paraît en grande souffrance psychique, avec des variations de l'humeur très importantes, des actes suicidaires et un chantage affectif incessant. La relation avec Thomas est source de tensions majeures, il est pris entre le désir d'indépendance et le besoin d'être auprès de sa mère pour l'apaiser et la rassurer. Les interventions cette dernière peuvent être déstabilisantes pour lui mais il trouve aujourd'hui plus de moyens pour y faire face.

C'est dans ce contexte que nous rencontrons Thomas.

II. Suivi dans le groupe de relaxation

1. Un cadre solide et contenant ?

Une réunion est organisée pour présenter l'atelier relaxation aux pensionnaires. Thomas dit y participer « *comme ça, pour voir* ». Il ne pose pas de questions particulières et exprime son souhait de participer à la séance d'essai prévue la semaine suivante.

Cette première rencontre est l'occasion pour Thomas et les autres participants de découvrir l'atelier. Il n'exprime pas d'attentes précises et dit venir pour essayer.

Au cours de cette séance, il est d'abord proposé aux participants de découvrir la pièce en se déplaçant et d'écouter les différents bruits, d'observer les objets, de les toucher s'ils le souhaitent et de s'installer dans un endroit où ils se sentent bien.

Notre intention est de leur permettre de s'approprier l'espace de la pièce, d'en apercevoir ses contours et ce qu'elle contient à travers différentes modalités sensorielles.

Thomas investit timidement l'espace, les mains jointes dans le dos, le visage vers le sol comme s'il était à la recherche de quelque chose, en regardant par moments autour de lui, plus pour observer les autres participants que pour explorer la pièce.

Durant ce moment, Thomas et un autre participant marchent côte à côte, et se parlent en riant. Ici, il paraît plus à l'aise dans le langage que dans l'expérimentation corporelle. Devant cette nouvelle expérience, il semble chercher une réassurance du côté de ses camarades. Il s'emploie également à mettre l'autre à distance en se protégeant du regard qu'il pourrait porter sur lui. Nous observons ici un double mouvement de rapprochement et tenue à distance de l'autre.

Pour la relaxation, nous invitons les participants à s'installer dans une position confortable pour eux. Thomas trouve assez rapidement un endroit où s'installer. Cependant, au cours de la relaxation il chantonne, soupire, regarde autour de lui.

Thomas reste assis un moment, les jambes allongées, les bras en appui sur le sol, il baille et fait remarquer à l'éducatrice qui s'allonge « *eh, on n'est pas à la plage ici ! Moi je m'allonge pas, sinon je vais m'endormir* ». Quelques minutes après, il s'autorise justement à s'allonger en plaçant un coussin sous sa tête mais la garde surélevée pour regarder autour de lui. Lors de la reprise, chacun est invité à s'étirer sans faire d'efforts et à finir par s'asseoir tranquillement pour ceux qui étaient allongés. Dès la fin de cette proposition, Thomas se redresse rapidement.

Au moment du temps de parole, il évoque le fait d'avoir pu se détendre. Il nomme la séance « *thalasso-thérapie* », car la position allongée sur le dos lui évoque la plage.

Au cours de cette première séance, Thomas prend plutôt une position d'observation. Il marche sans explorer la pièce mais regarde toujours autour de lui ce que font les autres. Pendant le temps de relaxation il garde la tête surélevée pour pouvoir observer la pièce et ses camarades.

Dans cette situation nouvelle, Thomas s'assure de la sécurité, de la fiabilité, de la solidité du dispositif de soin. Il vérifie s'il est suffisamment contenant et s'il est possible de s'y engager sans risque en observant les autres, leurs attitudes.

A la suite de cette séance, il est convenu avec les pensionnaires souhaitant continuer l'atelier, qu'ils s'engageront pour toute sa durée (5 mois). C'est de cette façon que Thomas s'inscrit dans le processus de soin.

2. Une recherche de repères et de limites

Chaque semaine, au moment de se réunir avant de partir pour l'atelier, Thomas se trouve dans la salle informatique, devant son ordinateur. Cet espace est ouvert et donne sur le hall d'entrée où il peut voir les autres pensionnaires se regrouper à l'heure prévue. Cependant, il ne se présente pas de lui-même dans le hall, mais attend que nous le sollicitons pour nous rejoindre.

Cet espace paraît continu, il n'y a pas de séparation concrète entre une pièce et une autre. Ainsi Thomas n'a pas l'air d'avoir conscience que se rejoindre dans le hall est symboliquement différent que d'être dans la salle informatique. L'éducatrice et moi-même jouons le rôle de lien entre les deux espaces en l'invitant chaque semaine à nous rejoindre. De cette façon, nous marquons la différence entre ces deux espaces et permettons le passage sécurisé et accompagné d'un lieu à un autre.

Thomas est souvent le premier à investir l'espace de la salle. Il entre rapidement et s'assoit sur un des coussins disposés en cercle, toujours au même endroit. De façon semblable, pendant le temps de relaxation il s'installe de manière assez rapide et décidée sur son tapis, toujours dans la même moitié de pièce, située près de la fenêtre et de la porte.

En fin de séance, il range sans attendre son tapis, son coussin et demande immédiatement « *on peut y aller ?* ». Ainsi, il est toujours le premier à quitter la pièce.

A travers ces situations, Thomas interroge les notions de dedans, de dehors et de continuité. Dans les espaces/temps non définis, Thomas a du mal à s'inscrire dans le temps, dans la relation à l'autre.

Dans ces moments, il a besoin de matérialiser son espace rapidement, de prendre une place physique. C'est ce qu'il fait avec le coussin et son tapis de relaxation. Cet espace, ce territoire contenant ainsi délimité, lui permet d'investir l'environnement et la relation à autrui, dans une plus grande sécurité psychique.

La continuité spatiale paraît impossible à penser pour lui, renvoyant probablement à un vécu du corps sans limite, très angoissant.

D'ailleurs, Thomas éructe souvent sans pouvoir contrôler ces sorties intempestives de sa bouche. Il ne maîtrise pas ce qui sort de son corps et cela interroge la manière dont il se vit en tant qu'être délimité, différencié. En effet, s'il ne peut contrôler ce qui sort de son corps, l'angoisse qui en résulte peut aussi être celle de ne pas maîtriser ce qui y entre, laissant place aux fantasmes d'intrusion et à la persécution. La fonction de maintenance du psychisme du Moi-peau semble ici défaillante.

A la fin d'un travail sur les appuis, le dos au mur, puis le corps au sol, Thomas exprime une « *impression de stabilité, de sécurité* », son titre de fin de séance est évocateur : « *paisible* ».

Ainsi, le dispositif de soin mis en place peut permettre à Thomas de retrouver un appui et une sécurité interne, premier support pour différencier les espaces intérieurs et extérieurs, donnant lieu à la mise en place de limites corporelles.

3. Maîtrise corporelle et défense tonique :

Lors du travail corporel, Thomas est particulièrement attentif aux mouvements et aux démonstrations du thérapeute. Ce dernier apparaît comme un support visuel qu'il tente d'imiter le plus fidèlement possible.

Cela se retrouve lorsque nous invitons chaque participant à choisir un objet et à l'explorer visuellement, tactilement, et par les sons qu'il peut produire. Thomas reprend à l'identique ce que nous montrons mais n'initie aucune action.

Lors d'une proposition de percussions et de frottements sur l'ensemble du corps, Thomas regarde ce que le psychomotricien réalise sur lui-même. Il le reproduit brièvement et se met en retrait au moment où l'exploration est plus libre.

De manière générale, Thomas stoppe ses mouvements dès que le thérapeute n'est plus dans la démonstration malgré des consignes et un étayage verbal. Il n'ose que très peu d'explorations spontanées. Il reste alors debout, immobile et observe ses camarades mais ne s'appuie pas sur ce qu'ils proposent.

Au cours d'un moment de relaxation, en position allongée nous induisons des mouvements lents d'ouverture et de fermeture des bras (les bras repliés sur le buste puis reposés le long du corps), ceci en faisant le moins d'effort possible et en conscience du mouvement. Thomas effectue le geste à deux reprises, puis s'arrête en s'étirant les épaules et en grimaçant. Visiblement, cette expérience a provoqué chez lui des tensions dans la totalité de ses bras.

Ici, pour effectuer le mouvement, Thomas contracte l'ensemble de la partie sollicitée. Cette tension excessive entraîne probablement une sensation dure dans le bras et une impression de maîtrise corporelle le rattachant à un vécu connu occupant alors tout son espace psychique.

En même temps cette contraction rend la proposition insupportable et semble provoquer une crampe, une sensation désagréable par les mimiques qu'il exprime. Cette hypertonie observable chez Thomas lui sert sans doute de protection lors de situations inconnues.

Lors du temps de parole suivant cette expérience, il exprime s'être bien détendu. Nous lui faisons part du moment que nous avons perçu comme désagréable pour lui mais cela le laisse indifférent.

Ici, le thérapeute soutient le vécu corporel de Thomas. Le but est de lui permettre de relier états toniques et affectifs en mettant du sens sur les sensations observées. Les remarques du thérapeute tendent à investir l'expérience d'affect pour qu'elle devienne signifiante pour Thomas.

Une autre séance est l'occasion d'explorer un enroulement du buste, la tête venant progressivement se pencher vers l'avant jusqu'à arriver au niveau du bassin. Thomas commence à enrouler la tête et les cervicales lentement puis se redresse rapidement en disant « *ça tourne la tête* », sans pour autant qu'une appréhension ou une peur soit perceptible dans sa prise de parole. Il dégorde ses membres, les étire comme pour mettre en mouvement, en tension, ce corps alors immobile.

Les participants sont ensuite invités à commencer l'enroulement sur l'expiration, pour une prise de conscience du mouvement physiologique ouverture/inspiration, fermeture/expiration. Thomas essaye alors en demandant au bout de quelques secondes « *quand est-ce qu'on peut respirer ?* » et s'arrête à nouveau.

Ici, le mouvement proposé ne permet pas d'observer et de reproduire ce qui est montré, l'appui est uniquement verbal, Thomas ne peut s'en saisir.

Ces mouvements d'ouverture et de fermeture impliquent les notions de dedans symbolisant le retour du soi et de dehors signifiant l'ouverture sur l'extérieur. A travers cette situation corporelle Thomas nous laisse entrevoir ses difficultés.

Ainsi, en début d'atelier, Thomas paraît très hypertonique. Ses mouvements sont peu fluides et il s'arrête brusquement au bout de quelques secondes. Il peut ensuite reprendre ses explorations toujours en étant tendu ce qui le fait grimacer et nécessite des étirements des membres mettant fin à la proposition.

Au cours de ces différentes propositions, Thomas s'accroche par le regard aux thérapeutes comme aux autres participants.

Les démonstrations gestuelles du thérapeute, en montrant et guidant ce qui est possible, servent de support pour les participants. Nous leur précisons qu'il ne s'agit pas d'un modèle à reproduire à l'identique mais d'un appui pour qu'ils trouvent leur façon de faire. A cette période, Thomas ne peut pas se dégager du mouvement du psychomotricien, dans une identification adhésive. Nous verrons que le dispositif mis en place lui permet progressivement de s'engager dans les propositions de façon plus subjective.

4. Vers une unité psychocorporelle...

La suite des rencontres permet à Thomas d'investir les propositions plus longuement. Il demande souvent l'autorisation avant d'initier une action, à la recherche d'un appui, d'un soutien de la part du thérapeute. Cet étayage permet à Thomas de réaliser des explorations spontanées.

A la fin d'une séance, il décrit un état à mi-chemin entre la veille et le sommeil, qu'il évoque comme « *pas complètement endormi, mais pas réveillé non plus* ». Il exprime avoir vécu des allers-retours entre une écoute attentive des « *consignes* » et des moments où il entendait juste ma voix, sans réellement se souvenir de ce que j'ai pu dire. « *Je me sens pourtant détendu* » dit-il en fin de séance.

A partir de cette prise de parole, Thomas prend plus le temps de s'installer dans la position qu'il souhaite en réajustant son coussin ou son tapis si besoin. Il n'est plus dans la maîtrise visuelle de l'espace et il peut se saisir des inductions invitant à fermer les yeux. Nous précisons que chacun peut, quand il le souhaite, les rouvrir. En fin de séance, il affirme « *j'ai essayé de fermer les yeux, c'était mieux* ».

Il évoque également qu'il a « *les pieds bizarres qui partent sur le côté, en canard* ».

Les temps de parole sont désormais l'occasion pour Thomas de parler de lui. Il se dégage progressivement du discours impersonnel pour se situer en tant que sujet. Il s'exprime alors en son nom et ose livrer des éléments plus personnels.

Il lui arrive par moment de soutenir ses camarades quand ils s'expriment, pendant le temps d'accueil en s'intéressant à leurs loisirs ou durant le temps de parole après la relaxation. Il paraît impliqué et participe à la dynamique de groupe.

Après quelques semaines de groupe, il arrive dans la pièce en début de séance, se rapproche du miroir et s'y regarde pendant un instant. Il confie à l'éducatrice spécialisée sa satisfaction d'avoir de nouveaux vêtements, « *j'aime bien mon T-shirt, non ?* » dit-il. En effet, Thomas porte un jean foncé à sa taille, un T-shirt à motifs et une veste de blazer. Il s'est également coiffé et rasé ce qui éclaire son visage. Ce jour-là, contrairement à son habitude, il ne s'installe pas immédiatement sur un coussin mais reste un moment debout avec les autres participants.

Pendant le temps de parole, il exprime avoir pensé à ses proches, sa famille, ses amis, la vie ici au foyer. Son titre de fin de séance est « *citron* », en lien avec la balle de tennis qu'il avait à côté de lui pendant le temps de relaxation, et aussi « *parce que c'est acidulé, frais, gai* ».

Le dispositif de soin mis en place permet à Thomas d'identifier et d'exprimer ses ressentis. Progressivement, la contenance de l'atelier de relaxation permet de créer pour Thomas un tout autour, une enveloppe contenant de substitution. Ainsi, il paraît plus sécure et peu à peu il relie ses sensations éprouvées lors des séances à son histoire. Le lien qui s'établit entre le temps et l'espace permet la distinction de ceux-ci et signifie une restauration progressive des limites du corps.

5. ... pour une ouverture relationnelle

Après une démonstration de mouvements simples à reproduire plusieurs fois, Thomas s'autorise alors à répéter à voix haute l'ordre des différents mouvements, en les effectuant, et soutient ainsi le reste du groupe.

Sur cette même séance, nous proposons un titre qu'un des participants ne comprend pas. Nous demandons alors aux autres patients quel sens ils lui donnent. De façon assez juste, Thomas fait remarquer qu'« *un mot a plusieurs sens, on ne peut pas savoir ce que vous avez voulu exprimer en le disant* », et s'autorise à proposer ce qu'il a saisi dans l'énoncé de ce mot.

A travers ces situations, nous remarquons que Thomas a pu s'appuyer sur l'étayage proposé par le thérapeute et le dispositif de soin. Ainsi soutenu et valorisé dans ses choix potentiels, il peut désormais les exprimer par son engagement corporel sans crainte. Il a pu intérioriser les éléments « *bons à penser* » qui lui étaient adressés.

Sur un temps où chacun est amené à proposer une position et imiter celle des autres, Thomas se tient les jambes un peu écartées, l'air réellement planté dans le sol, les bras croisés et le regard vers le haut. C'est une attitude très « virile ».

Les différentes postures qu'il prend ensuite peuvent être en ouverture mais aussi en fermeture. Il choisit une position les jambes serrées et les bras qui s'enlacent, en riant et s'exclamant « *allez, on dirait qu'on se fait un câlin tout seul* ».

Dans cette séquence Thomas explore les schèmes d'enroulement/fermeture et de déroulement/ouverture (axialité). Comme chez l'enfant, Thomas réunit ici ses différents espaces corporels constituant les fondements de son unité psychocorporelle.

Nous comprenons cette mise en jeu corporelle de Thomas comme l'expression de la possibilité de s'ouvrir à l'extérieur sans risque. Cela est permis par une contenance et une sécurité interne symbolisée par les mouvements de fermeture. Ceux-ci soutiennent également un retour sur soi lorsque l'environnement paraît menaçant.

Il se place progressivement en tant que sujet, ce qui lui permet d'envisager la relation à autrui. Lorsqu'il se plante dans le sol avec conviction, il semble que Thomas manifeste une présence incarnée.

III. Réflexion et perspectives

Thomas arrive au foyer après un long parcours institutionnel. Au départ, il apparaît assez angoissé, replié sur lui-même. Il est pris dans une relation ambivalente avec sa mère, dont il parvient difficilement à se dégager. Progressivement, il réussit à prendre appui sur l'institution, les soins qu'elle propose, représentant un réel étayage pour lui.

Les échanges avec les autres pensionnaires ou le reste de l'équipe sont plus nombreux. Il peut solliciter l'attention des membres de l'équipe. Il parvient à prendre de la distance avec sa mère, ses visites sont moins déstructurantes pour Thomas. C'est dans cette même dynamique que Thomas s'inscrit dans l'atelier relaxation

En début d'atelier Thomas semble tester le cadre, sa solidité, s'il est possible d'y prendre appui sans risque. Cela se manifeste alors par une posture passive de sa part, dans laquelle il observe, est attentif à ce qui se passe pour les autres participants.

Après s'être assuré de la continuité et de la sécurité du dispositif du soin, Thomas ose s'y engager et investir les différentes expériences corporelles. A cette période, il est dans la reproduction, le mimétisme, ne pouvant se dégager d'un modèle.

Thomas est également hypertonique. De cette manière, il se rassure et a sans doute l'impression de maîtriser son corps à partir de sensations qu'il connaît. Cela lui permet aussi de limiter les échanges entre l'intérieur et l'extérieur. Il semble se défendre d'un environnement et de nouvelles expériences potentiellement menaçantes.

Contrairement au début de l'atelier, Thomas peut investir les mises en jeu corporelles mais il le fait sur un mode très défensif, stoppant les échanges entre le dedans et le dehors laissant apparaître des limites corporelles peu établies.

Progressivement, les différentes propositions sont investies de manière plus subjective, moins en miroir. La contenance du dispositif de soin semble réaliser pour Thomas une enveloppe corporelle de suppléance, suffisamment stable, sécurisée et bordante pour lui permettre de se dégager d'un modèle, et réaliser ses propres expériences corporelles. A ce moment-là, nous remarquons que les temps de parole deviennent moins impersonnels, sont en lien avec ce qu'il ressent et son histoire.

Finalement, il échange plus avec les autres participants, s'exprime en son nom, peut intervenir lorsqu'il le souhaite. Sa posture est plus érigée. Pendant les moments de travail corporel il peut effectuer des explorations spontanées, mais aussi s'appuyer sur ce que les autres membres du groupe proposent. Il effectue ainsi un aller/retour entre relation à soi et relation aux autres. Une dynamique relationnelle s'instaure progressivement, rendant les échanges entre le dedans et le dehors plus fluides.

Ces observations témoignent du fait que, dans l'espace/temps contenant du groupe, les différentes expériences corporelles semblent lui avoir permis de restaurer des limites corporelles défaillantes, et de les intérioriser. Enfin, ce que nous pouvons penser comme une reconstruction de ses enveloppes corporelles et psychiques ayant permis une pacification de l'angoisse, se manifeste dans l'établissement d'échanges avec son environnement.

Conclusion

Nous avons pu appréhender la schizophrénie sous différents aspects et considérer qu'elle définit une maladie multiple tant dans ses causes potentielles, que dans ses explications psychopathologiques, ses traitements possibles et son expression clinique.

Depuis quelques années, la schizophrénie devient une pathologie de plus en plus connue. Paradoxalement, les recherches et nouvelles connaissances sur la maladie ne véhiculent pas un regard différent auprès de la population. Le schizophrène reste un fou, une personne dangereuse et menaçante qu'il faut maintenir à l'écart. Cette vision négative renforce les stéréotypes et a des répercussions sur l'entourage et le malade, ce qui contribue à l'isoler. La société actuelle met en avant les compétences personnelles, s'inscrit dans un besoin de performance, face à laquelle le sujet malade se trouve en marge et n'a que très peu de place.

C'est dans ce contexte que se réalise le soin auprès de ces sujets. Nous entrevoyons ainsi la richesse, mais aussi la difficulté d'accompagner par une approche clinique cohérente et la plus pertinente possible de tels patients. La construction de leur personnalité est établie sur des bases peu fiables et l'environnement qui les entoure est en constant changement, en permanente évolution. Nous devons à chaque instant nous attacher à instaurer ou restaurer un milieu suffisamment sécurisé pour qu'ils puissent investir l'environnement et la relation à autrui.

L'élaboration de ce mémoire a été l'occasion de m'interroger sur le sujet schizophrène, les problématiques corporelles, psychiques et relationnelles auxquelles il se confronte et les enjeux qu'elles soulèvent.

La survenue de la maladie entraîne une déstructuration psychocorporelle. Le schizophrène n'a plus conscience de son unité. Le corps ne représentant plus un contenant sécurisé et délimité, le sujet perd son sentiment continu d'exister à la fois corporel et psychique.

Le patient est aux prises avec un vécu du corps morcelé et des limites non fiables. De cette façon, l'investissement corporel et le rapport à autrui sont sources d'angoisses majeures pour le patient.

C'est donc autour des notions d'enveloppes corporelle et psychique, particulièrement fragilisées chez le schizophrène que j'ai abordé une réflexion sur le soin psychomoteur auprès de cette population. Cette approche corporelle me semble importante en complément des thérapies médicamenteuses et psychothérapeutiques.

La relaxation accompagne le sujet vers une prise de conscience corporelle de ses propres sensations. C'est l'occasion pour lui d'éprouver une limite corporelle qui différencie l'intérieur de l'extérieur, le soi du non soi. Un tel dispositif de soin me semblait privilégié pour rencontrer le sujet schizophrène en psychomotricité.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai pu expérimenter cette technique de soin et me l'approprier au service de ma pratique auprès de ces patients. Ainsi, nous avons pu nous rendre compte qu'avec un aménagement intégrant la spécificité des caractéristiques cliniques de cette population, la relaxation, souvent non préconisée dans cette pathologie, voire contre-indiquée, était envisageable et pertinente avec ces sujets.

Le dispositif de soin élaboré et mis en place à travers la situation de groupe nous semble intéressant dans la mesure où il soutient un réinvestissement corporel et relationnel participant à la (re)construction de la personne. Il rend possible l'expérience corporelle dans un travail d'attention, d'écoute, pour amener le sujet à être sensible à lui-même, à l'autre, en pacifiant ses angoisses.

Nous avons pu illustrer cliniquement l'hypothèse selon laquelle la relaxation s'inscrirait dans un processus thérapeutique de restauration des enveloppes corporelles et psychiques, favorisant l'individuation du sujet et son autonomisation progressive.

Cette approche n'est pas la seule. L'élaboration d'une réflexion et d'une pratique autour d'autres médiations est bien sûr envisageable, pouvant également contribuer à la restauration d'un contenant psychocorporel pour ces patients schizophrènes.

Quels que soient les médiations ou le cadre instauré, il s'agit en psychomotricité d'accueillir le sujet tel qu'il est, dans l'ici et le maintenant de son histoire, d'entendre sa souffrance, parfois celle insupportable d'exister, afin de rendre la rencontre et un parcours thérapeutique possibles.

Bibliographie

1. **ANDRE P., BENAVIDES Th., GIROMINI Fr.**, « *Corps et psychiatrie* », 2^e édition révisée, Paris, Heures de France, 2009.
2. **ANZIEU D. et al.**, « *Les contenants de pensée* », Paris, Dunod, 2003.
3. **ANZIEU D.**, « *Le Moi-peau* », Nouvelle édition revue et augmentée, Paris, Dunod, 1995.
4. **ANZIEU D. et al.**, « *Les enveloppes psychiques* », 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 2013.
5. **BICK E.**, « *The experience of the skin in early object relations* », traduit dans « *Explorations dans le monde de l'autisme* » sous la direction de MELTZER D., 2^{ème} édition, Paris, Payot, 2002.
6. **BILLARD M., COSTANTINO C.**, « *fonction contenante, groupes et institution soignante* », Cliniques, 2011, n°1, pp. 54-76.
7. **BOURGEOIS M-L.**, « *Les schizophrénies* », 6^{ème} édition mise à jour, Paris, Que sais-je ?, 2011.
8. **CALZA A., CONTANT M.**, « *Psychomotricité* », 3^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2007.
9. **CICCONA A.**, « *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques* », Cahiers de psychologie clinique, 2001, 2 : pp. 81-102.
10. **CICCONA A., LHOPITAL M.**, « *Naissance à la vie psychique* », 2^{ème} édition, Paris, Dunod, Collection Psychismes, 2001.
11. **CLASSEAU L.**, « *Un détour par l'autre pour un " tout-autour" : l'enveloppe corporelle dans l'aire relationnelle chez l'enfant polyhandicapé* », Mémoire de psychomotricité, 2012.
12. **CHATEAU S.**, « *Corps et psychose : pratique de relaxation pour réaffirmer l'unité corporelle* », Mémoire de psychomotricité, 1987.
13. **DELION P.**, « *Le corps retrouvé* », Paris, Hermann, 2010.
14. **DEFIOLLES-PELTIER V.**, « *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* », 2^{ème} édition, Paris, Vernazobres-Grego, 2010.
15. **ENJALBERT J.-M.**, « *Le groupe, le sujet et le schizophrène* », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2006, tome 1, n°46, pp. 137-144.

16. **GEISSMANN N.**, « *Découvrir W.R. Bion explorateur de la pensée* », Ramonville, Editions Erès, collection enfances&Psy, 2001.
17. **GOLSE B.**, « *L'être bébé* », Paris, Presses Universitaires de France, Le fil rouge, 2006.
18. **GOLSE B.**, sous la direction de « *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage* », 4^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2008.
19. **GUIOSE M.**, « *Relaxations thérapeutiques* », 2^e édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007.
20. **HAAG G.**, « *La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps* », Neuropsychiatrie de l'enfance, 1985, n°33, pp. 107-114.
21. **HAAG G.**, « *De la naissance physique à la naissance psychologique* » dans « *L'Aventure de naître* », Le lézard, 1989, pp. 211-223.
22. **HAOUZIR S., BERNOUSSI A.**, « *Les schizophrénies* », 2^{ème} édition, Paris, Armand Colin, 2005.
23. **KOHL F-S.**, « *Les représentations sociales de la schizophrénie* », Paris, Masson, 2006.
24. **MOYANO O.**, « *La relation psychomotrice, une autre idée du transfert* », Thérapie psychomotrice et recherches, 1994, n°100, pp. 200-209.
25. **PANKOW G.**, « *L'homme et sa psychose* », Paris, Flammarion, 1993.
26. **PEDINIELLI J-L., GIMENEZ G.**, « *Les psychoses de l'adulte* », 2^{ème} édition, Paris, Armand Colin, 2009.
27. **PIREYRE E.**, « *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept* », Paris, Dunod, 2011.
28. **POTEL C.**, « *Etre psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir* », Toulouse, Erès, 2010.
29. **POUS G.**, « *Thérapie corporelle des psychoses* », Paris, L'harmattan, 1995.
30. **RACAMIER P.C.**, « *Les schizophrènes* », Paris, Payot et rivages, 2001.
31. **RIVET A.**, « *Psy-chose et psychomotricité, une approche psychomotrice de la schizophrénie : des re-présentations au corps* », Mémoire de psychomotricité, 2012.
32. **ROBERT-OUVRAY S.B.**, « *Intégration motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité* », 2^{ème} édition révisée, Paris, Desclée de Brouwer, 1997.
33. **VAIVRE-DOURET L.**, « *La qualité de vie du nouveau-né, Corps et dynamique développementale* », Paris, Odile Jacob, 2003.