



HAL
open science

Du morcellement vers la réappropriation corporelle : approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie dans une unité de transition de psychiatrie adulte

Maïder Goyty

► **To cite this version:**

Maïder Goyty. Du morcellement vers la réappropriation corporelle : approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie dans une unité de transition de psychiatrie adulte. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018104

HAL Id: dumas-01018104

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018104>

Submitted on 3 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'Etat de Psychomotricien

DU MORCELLEMENT VERS LA
REAPPROPRIATION CORPORELLE

*Approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie
dans une unité de transition de psychiatrie adulte*

GOYTY Maider

Née le 27 août 1992 à Bayonne (64)

Juin 2014

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

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

DU MORCELLEMENT VERS LA
REAPPROPRIATION CORPORELLE

*Approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie
dans une unité de transition de psychiatrie adulte*

GOYTY Maider

Née le 27 août 1992 à Bayonne (64)

Juin 2014

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont soutenu et aider, de près ou de loin, dans l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens particulièrement à remercier Chrystelle, ma maîtresse de stage et ma directrice de mémoire, pour son écoute, ses conseils et sa disponibilité. Merci d'avoir nourri et enrichi mes réflexions tout au long de l'année.

Je remercie la psychiatre de l'unité de transition, ainsi que l'ensemble des patients et équipes soignantes que j'ai été amené à rencontrer pour leur accueil et leur collaboration.

Je suis également reconnaissante envers toutes mes maîtresses de stages qui ont partagé leur pratique psychomotrice et qui m'ont permis d'expérimenter et d'élaborer la mienne.

Merci aussi à ma famille et à mes amis pour leur présence et leur précieux soutien tout au long de cette année. Merci pour avoir pris le temps de me relire.

Pour finir, merci à cette promotion pour ces trois belles années.

*« Pour chaque être humain,
le corps est à la fois le véhicule que ses parents lui
ont fabriqué puis légué, et qui le fait appartenir au
genre humain,
mais aussi un lieu unique celui de chaque
singularité, dans lequel son histoire personnelle
s'inscrit et vient colorer ce modèle général d'une
mémoire d'expériences à nulle autre pareille,
la sienne »*

P. Delion

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

PREMIERE PARTIE : L'ADULTE ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE

I. LA SCHIZOPHRENIE.....3
II. LE VECU CORPOREL DE L'ADULTE ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE....14

DEUXIEME PARTIE: APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE PATIENT ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE

I. LE CADRE THERAPEUTIQUE.....29
II. LA RELATION THERAPEUTIQUE.....31
III. OUTIL DU PSYCHOMOTRICIEN.....39
IV. LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS INDUITS DE LA SCHIZOPHRENIE.41
V. ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DE PATIENTS ATTEINTS DE
SCHIZOPHRENIE.....51

TROISIEME PARTIE: UNE PRATIQUE PSYCHOMOTRICE DANS UNE UNITE DE TRANSITION

I. DESCRIPTION DU LIEU DE STAGE.....59
II. NORA : UN DISPOSITIF DE SOIN GROUPAL, LE PARCOURS
SANTE.....61
III. CATHY : UNE PRISE EN SOIN INDIVIDUELLE.....71

CONCLUSION.....81

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXE

INTRODUCTION

La schizophrénie représente « la grande énigme de la psychiatrie » (P. PICHOT).

Elle se caractérise par une rupture de contact avec le monde environnant, un retrait de la réalité ainsi que des distorsions de la pensée et de la perception. Ces désordres entraînent une altération des fonctions qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie. Classiquement, cette pathologie, angoissante et dévalorisante, évolue de manière chronique avec détérioration de la personnalité et désadaptation psychosociale majeure.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. C'est une pathologie fréquente, grave et universelle. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique.

La schizophrénie est massivement relayée par les médias qui donnent une image abusive du schizophrène, qui en font un personnage plus qu'une personne. Cette maladie est mal connue par la société actuelle. En effet, le terme « schizophrénie » est souvent utilisé, à tort, pour désigner une personne ou une entité aux multiples facettes, parfois antagonistes.

J'ai choisi d'effectuer mon stage de troisième année de formation en milieu hospitalier dans une unité de transition de psychiatrie adulte. Un tel choix a été motivé par mon désir de mieux connaître et mieux comprendre la maladie psychiatrique (la schizophrénie particulièrement), mais aussi pour expérimenter et élaborer ma future pratique psychomotrice auprès d'adultes.

C'est avec des représentations et une certaine appréhension que j'ai débuté ce stage. Je ne savais pas comment entrer en relation avec les patients adultes, comment j'allais faire pour trouver ma place de stagiaire face à ces sujets plus âgés que moi. Je me demandais aussi comment j'allais pouvoir réagir et gérer les relations avec les patients selon la symptomatologie rencontrée (hallucination, délire de persécution, d'influence...), d'autant plus que mon manque d'expérience clinique et théorique de la psychiatrie adulte, ne me permettait pas de mettre en sens ce que j'observais.

Au fil des rencontres avec ces patients, j'ai pris conscience que le dysfonctionnement psychique trouve une voie d'expression au niveau corporel. Ainsi, les préoccupations corporelles dans la schizophrénie sont multiples.

Comment est ce que le patient schizophrène vit son corps ? Que traduisent les angoisses, les délires, les hallucinations, la dissociation, le morcellement... ? Quel lien la personne atteinte de schizophrénie entretient-elle avec son corps, avec soi et avec sa propre réalité ?

Quelle approche le psychomotricien peut-il avoir auprès de ces patients pour qui la relation à l'autre peut si vite devenir intrusive ? Mais aussi, quelle est la spécificité de l'approche psychomotrice au sein de l'équipe pluridisciplinaire de cette unité ?

Ainsi, à travers ce mémoire je vais essayer de mettre en évidence **en quoi et comment l'approche psychomotrice peut aider les personnes atteintes de schizophrénie chronique à passer d'un vécu corporel morcelé à un vécu unifié et globalisé de leurs corps.**

L'adulte atteint de schizophrénie a de nombreuses préoccupations corporelles, le corps ne joue pas son rôle de contenant. Ainsi, son vécu corporel est morcelé, éclaté, le patient ne semble pas habiter son corps. Au cours des interactions précoces, l'enfant a besoin de se sentir tenu, contenu tant physiquement que psychiquement pour pouvoir s'approprier et investir son propre corps. A l'image de ces interactions, mon hypothèse est qu'en passant par un abord corporel couplé à la présence contenante, sécurisante, empathique du thérapeute, le patient pourra réinvestir son corps. Ainsi, le psychomotricien va tendre vers l'harmonisation du vécu corporel et psychique du patient atteint de schizophrénie, dans le lien à soi et à l'autre afin de lui permettre de passer du morcellement vers la réappropriation corporelle.

Pour démontrer mon hypothèse, je commencerai dans une première partie par présenter la clinique symptomatologique de la schizophrénie avant de mettre en évidence le vécu corporel des adultes porteurs de schizophrénie. Cela me permettra de mieux appréhender les troubles et les besoins de ces patients.

Dans une seconde partie, je présenterai la place et le rôle de la psychomotricité auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Enfin, dans une troisième partie, je présenterai le lieu dans lequel j'effectue mon stage puis j'illustrerai mes propos, à travers les rencontres et les prises en soin en psychomotricité de deux patientes atteintes de schizophrénie paranoïde.

PREMIERE PARTIE

L'ADULTE ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE

I. La schizophrénie

Pour écrire cette partie théorique, je me suis principalement appuyée sur l'ouvrage Psychiatrie de l'adulte¹ ainsi que sur les cours de psychiatrie dont j'ai bénéficié durant mes trois ans de formation.

A. Historique

La schizophrénie est un des plus anciens troubles psychiatriques connus.

Dès 1860, MOREL isole un groupe qu'il appelle « déments précoces ». HECKER (1871) dénomme « hébéphrénie » le syndrome démentiel des jeunes gens qu'il décrit avec précision. KAHLBAUM, en 1874 isole une forme à expression psychomotrice prévalente : la catatonie.

KRAEPLIN (1899) regroupe sous le nom de « démence précoce » tous les états pathologiques caractérisés par l'atteinte profonde de la vie affective et de la volonté, et une évolution progressive vers un affaiblissement de la personnalité d'aspect déficitaire. Il individualise : l'hébéphrénie, la catatonie et la forme paranoïde.

Le terme de « schizophrénie » et de « groupe des schizophrénies » a été introduit par BLEULER en 1911 en référence à une scission des différentes fonctions psychiques. Il définissait ainsi « *un état mental caractérisé par une désorganisation progressive de la personnalité (discordance au premier plan) entraînant une incohérence des conduites sans affaiblissement primaire de l'intelligence* »². Donc, pour lui c'est la discordance qui marque les formes cliniques de cette maladie.

Du fait du nombre important de formes cliniques et de formes évolutives, nous parlons de « syndrome schizophréniques ».

H. EY définit la schizophrénie comme un « *groupe qui se caractérise par une désagrégation, une discordance fondamentale, qui a une tendance plus ou moins évolutive mais constante à enfermer l'activité psychique dans un monde hermétique et imaginaire* »³.

¹ LEMPERIERE T, FELINE A, ADES J, HARDY P, ROUILLON F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson

² Schizophrénies : évolution et pronostic, Mémento sur les psychoses, p : 14

³ ANDRE P, BENADIVES T, CANCHY-GIROMINI F. (1996). *Corps et Psychiatrie*. Heures de France, p : 112

Pour J.-D GUELFY, la schizophrénie est « une psychose de l'adulte jeune, caractérisée par un ensemble de symptômes psychiques diversement associés selon les cas, et dominés par la discordance idéo-affective, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, des hallucinations et des idées délirantes mal systématisées. Ces troubles évoluent le plus souvent vers une dissociation psychique avec une profonde désorganisation, d'allure déficitaire, de la personnalité »⁴.

Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), «les troubles schizophréniques sont habituellement caractérisés par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits cognitifs puissent apparaître au cours de l'évolution. Le trouble entraîne une altération des fonctions fondamentales qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie. Les pensées, les sentiments et les actes les plus intimes sont souvent ressentis comme étant connus ou partagés par les autres et le sujet peut être convaincu que des forces naturelles ou surnaturelles influencent ses pensées et ses actions, souvent par des moyens bizarres. Le sujet croit parfois que tout se rapporte à lui »⁵.

B. Epidémiologie

D'après les données épidémiologiques, la schizophrénie touche 1% de la population des pays économiquement développés, principalement les adultes jeunes ; elle débute entre 15 et 35 ans.

L'incidence de la schizophrénie est à peu près équivalente dans les deux sexes, mais la maladie débute trois à cinq ans plus tôt chez l'homme.

Le sex-ratio de l'incidence de la maladie varie en fonction de l'âge ; il est de deux hommes pour une femme entre 15 et 25 ans ; il devient approximativement égal entre 25 et 35 ans ; et il s'inverse entre 35 et 45 ans avec un homme pour deux femmes⁶.

⁴ Ibid. p : 112

⁵ CIM-10/ICD 10, Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Masson, p : 78

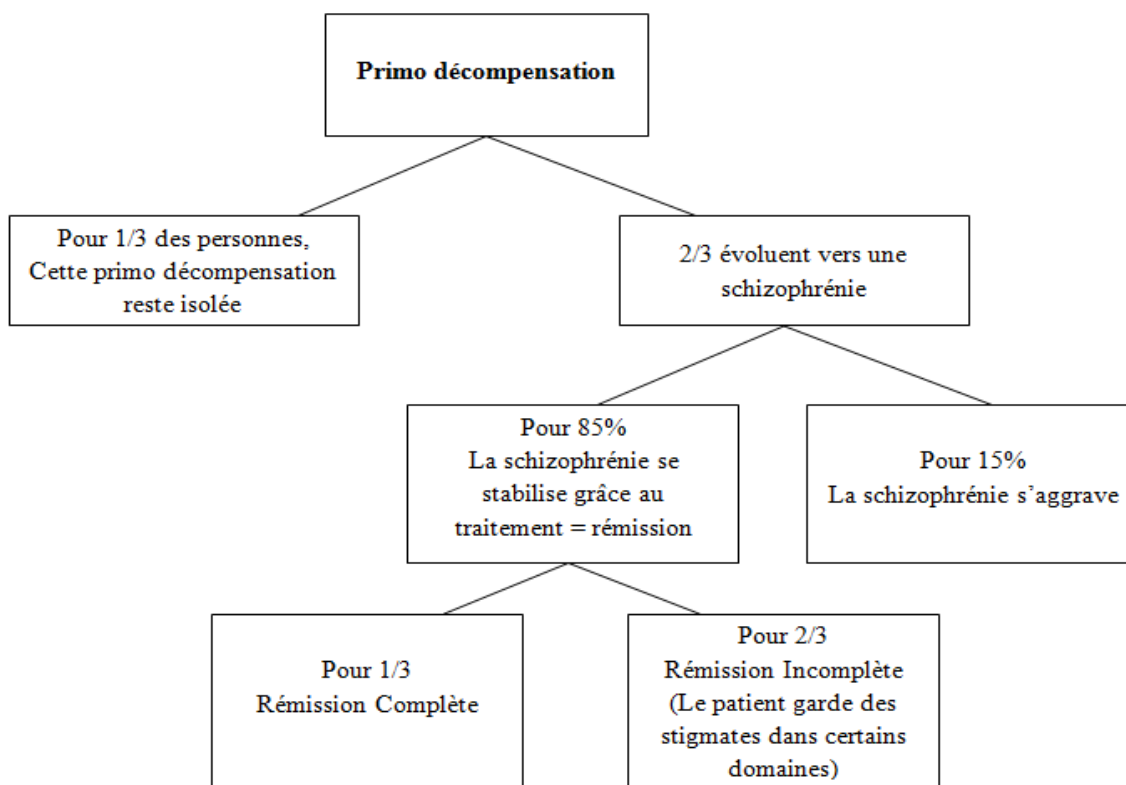
⁶ LEMPERIERE T, FELINE A, ADES J et al. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson, p : 331

C'est une pathologie qui évolue de manière chronique pouvant perturber gravement la vie relationnelle, sociale et professionnelle.

Typiquement, après un premier épisode de décompensation, le patient a recours au soin dans un contexte de contrainte en hôpital psychiatrique. S'il n'y a pas assez d'éléments pour poser le diagnostic de schizophrénie, généralement nous nommons cela une primo décompensation délirante. Pour un tiers des personnes, le premier épisode restera isolé. Les autres évolueront vers une schizophrénie.

L'évolution de la schizophrénie est variable. Certaines personnes sont stabilisées par traitement, d'autres s'aggravent. La stabilité définit la rémission. La rémission peut être complète ou incomplète. Dans ce dernier cas, le patient garde des stigmates dans certains domaines de la vie.

Schéma explicatif de l'évolution d'un patient qui fait une primo décompensation :



La surmortalité par rapport à celle de la population générale est importante, notamment en ce qui concerne les pathologies somatiques associées, cardio-vasculaire (première cause de mortalité des personnes atteintes de schizophrénie). Le risque de suicide est également élevé.

Les prodromes de la schizophrénie diffèrent en fonction du mode de début de la maladie. Lorsque le début est aigu : un état dépressif atypique, une éclosion ou un passage à l'acte agressif/impulsif peuvent être notés. Les débuts insidieux, quant à eux sont caractérisés par la baisse du rendement scolaire ou professionnel, le retrait social, les conduites addictives, le trouble de l'affectivité et du caractère, le trouble du comportement ou par l'angoisse diffuse.

Les signes négatifs de la maladie peuvent être observés très précocement (entre 10 – 12 ans). Toutefois, la porte d'entrée dans les soins est en général les signes bruyants (délire et hallucination).

C. Approche dimensionnelle des schizophrénies (Andreasen et al., 1995)

La symptomatologie schizophrénique peut être schématiquement définie en trois symptômes : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation.

Le noyau symptomatique de la schizophrénie est défini par la présence de symptômes positifs et/ou de symptômes négatifs avec un processus de désorganisation associé.

1. Les symptômes positifs ou schizophrénie productive

Les symptômes positifs sont les plus frappants et souvent les plus bruyants. Ils reflètent un excès ou une distorsion des fonctions cognitives ou perceptuelles de la personne. Il s'agit des idées délirantes et des hallucinations.

➤ Idée délirante

L'idée délirante est une idée fautive, sans fondement, à laquelle le sujet attache une foi absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration, non rectifiable par le raisonnement ; c'est une idée en dehors de la réalité. Elle est distincte d'une erreur de jugement et d'une croyance partagée par un groupe culturel.

Il y a différents mécanismes d'idée délirante : mécanisme hallucinatoire, imaginatif, interprétatif, intuitif, automatisme mental... Le patient a l'impression que sa pensée est devinée, téléguidée, parasitée, soumise à une influence extérieure.

Les thèmes de persécution, d'influence, de mégalomanie, mystique, hypochondriaque, de jalousie, d'érotomanie, de filiation, des idées de référence sont souvent retrouvées.

La participation affective peut être congruente ou non à l'humeur, et générer de l'anxiété.

Le délire est non systématisé, flou, incohérent, abstrait et variable dans le temps.

➤ L'hallucination

C'est une perception sans objet à percevoir.

On distingue les hallucinations psychosensorielles (auditive ou acoustico-verbale, visuelle, olfactive, gustative, cénesthésique), hypnagogiques⁷, hypnopompiques⁸ et les hallucinations impératives (injonction).

2. Les symptômes négatifs ou schizophrénie déficitaire

La pauvreté affective, la pauvreté du discours et le retrait social sont caractéristiques des symptômes négatifs.

La pauvreté affective se manifeste par un visage figé, une amimie⁹, une pauvreté de l'expression gestuelle et des contacts visuels, un émoussement des affects¹⁰, des expressions émotionnelles limitées ou inappropriées.

L'alogie¹¹, le manque de spontanéité, l'information limitée ainsi que les difficultés de formulation font parties de la pauvreté du discours.

Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent également être en difficulté pour accomplir les tâches quotidiennes, elles présentent une aboulie¹², une apathie¹³ et un retrait social.

⁷ Phénomène perceptif de nature variée, qui survient lors du passage de la veille au sommeil (A. Maury, 1861).

⁸ Phénomène perceptif de nature variée, qui survient lors du passage du sommeil à l'éveil.

⁹ Réduction de la mobilité du visage, indépendante de toute paralysie.

¹⁰ Diminution de l'expression faciale émotionnelle, altération des comportements co-verbaux et de la prosodie.

¹¹ Diminution de la production verbale ou de l'expression vocale

¹² Affaiblissement de la volonté entraînant une inhibition de l'activité physique et intellectuelle.

¹³ Etat d'indifférence caractérisé par l'absence d'intérêts ou de préoccupations par rapport à certains aspects de la vie affective, sociale ou physique.

3. La désorganisation

Nous observons cette désorganisation dans le domaine du discours, dans les comportements et dans l'expression émotionnelle.

Au niveau du discours, on observe un relâchement des associations, un passage du coq à l'âne, une tangentialité¹⁴, une incohérence, une pensée illogique, un discours circonlocutoire, un fading mental¹⁵, un barrage¹⁶, un trouble de la prosodie.

Au niveau des comportements : un maniérisme, des bizarreries, des comportements répétitifs, peuvent être notés.

Concernant l'expression émotionnelle, les patients ont une discordance idéo-affective.

Pour définir cette désorganisation, certains auteurs parlent de dissociation, de discordance.

D. Critères diagnostiques

Les critères de la CIM 10 et ceux du DSM-IV sont semblables sur de nombreux points importants concernant la schizophrénie, mais ils ne sont pas identiques.

Je vais m'appuyer ici sur la classification de la CIM. En effet, de part sa publication par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la CIM est mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine. (Vous trouverez la classification DSM en annexe 1).

Selon les critères diagnostiques pour la recherche (CIM-10, OMS 1994), le diagnostic de la « schizophrénie » (F.20) repose sur :

G1. Au moins un des symptômes, syndromes et signes indiqués en 1 ou au moins 2 indiqués en 2, présents la plupart du temps pendant au moins un mois.

1/ Au moins une manifestation suivante :

- a) Echo de la pensée, pensée imposée ou vol de la pensée ou divulgation de la pensée ;
- b) Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité (mouvement du corps ou des membres, pensées, actions ou sensations délirantes, ou perceptions délirantes) ;

¹⁴ Réponse à côté, ou éloigné des questions posées.

¹⁵ Arrêt progressif des propos du patient, traduisant un évanouissement du cours de la pensée, suivi d'une reprise du rythme normal sur un thème identique ou sur une autre idée.

¹⁶ Le discours est suspendu ou interrompu avec perte du fil de la pensée.

- c) Hallucinations auditives (une ou plusieurs voix commentant en permanence le comportement du patient, parlant de lui) ou autres types d'hallucinations auditives (une ou plusieurs voix émanant d'un endroit quelconque du corps) ;
- d) Autre type d'idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables.

2/ Au moins deux manifestations suivantes :

- a) Hallucinations persistantes de n'importe quel type, quotidiennes (supérieur à un mois) accompagnées d'idées délirantes sans contenu affectif évident... ;
- b) Néologisme, interruptions ou altérations par interpolation du cours de la pensée → discours incohérent et hors de propos ;
- c) Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme, stupeur ;
- d) Symptômes « négatifs » : apathie, pauvreté du discours, émoussement affectif, réponses affectives inadéquates (non dus à une dépression ou un traitement neuroleptique).

G2. Critères d'exclusion :

- 1/ Episode maniaque ou dépressif ou alors les critères G1 (1 et 2) étaient présents avant le trouble de l'humeur ;
- 2/ Non attribuable à un trouble mental organique, intoxication, syndrome de dépendance ou de sevrage, alcool ou substance psycho active...

E. Etiologie

Les causes de la schizophrénie sont multifactorielles et certaines restent encore méconnues. Cette maladie n'est pas due à l'unique action toxique d'une substance ou d'une relation mais à un ensemble de vulnérabilités personnelles qui concourent au développement de la schizophrénie. Celles-ci sont d'ordres biologiques ou environnementales (familiales, sociales et culturelles).

1. Facteurs de vulnérabilités biologiques

➤ Facteurs génétiques

Il existe une concentration familiale des cas de schizophrénie.

Le risque de schizophrénie chez les apparentés de 1^{er} degré d'un patient schizophrène est supérieur aux apparentés du second degré. La probabilité de développer le trouble augmente avec le nombre d'apparentés atteints.

Les études de jumeaux ont montré un taux de concordance deux à trois fois plus élevé chez les monozygotes que chez les dizygotes et ont permis d'estimer que l'héritabilité de la schizophrénie est proche de 80%.

Les études sur les enfants schizophrènes adoptés montrent qu'il y a plus de cas de schizophrénie dans les familles biologiques des enfants que dans leurs familles adoptives. L'influence génétique serait donc plus grande que celle de l'environnement.

➤ Facteurs neurobiologiques et neuropsychologiques

Plusieurs études sur l'imagerie cérébrale ont constaté, chez des personnes atteintes de schizophrénie, un défaut d'activation du cortex frontal à l'état basal, et surtout du cortex préfrontal dorso-latéral au cours de l'exécution de certaines épreuves qui provoquent dans cette région, chez des sujets « normaux », une nette activation. Des troubles ont aussi été observés dans les régions sous-corticales, qui interagissent de manière complexe, par inhibitions réciproques, avec les régions corticales.

D'autres études montrent des anomalies fonctionnelles des zones pariétales et temporales, mises en jeu plus spécifiquement au cours d'épreuves de mémoire.

D'une part, ces troubles toucheraient donc des régions corticales associatives, spécifiquement développées chez l'homme, en particulier le cortex frontal dont le rôle est complexe. D'autre part, l'interaction fonctionnelle entre ces zones et les structures sous-corticales seraient perturbées.

➤ Facteurs liés au développement en cours de grossesse

Certaines études ont établi un lien entre une augmentation de l'incidence de la schizophrénie et l'exposition pendant la gestation à des carences nutritionnelles graves ou à des agents infectieux (intervention du virus de la grippe au cours du deuxième trimestre de la vie intra-utérine). Les facteurs inconnus liés aux complications obstétricales (hypoxie fœtale) sont des facteurs de risques d'émergence ultérieure d'une schizophrénie.

Ces anomalies resteraient latentes jusqu'à la puberté ou l'adolescence et se révéleraient alors, à la faveur des grands bouleversements psychologiques et biologiques qui marquent le passage à l'âge adulte.

2. Facteurs environnementaux : familiaux, sociaux et culturels

Pendant longtemps, la mère de la personne atteinte de schizophrénie a été décrite comme rigide, froide, rejetante et agressive ; ou au contraire, anxieuse, hyperprotectrice, intervenant systématiquement dans la vie de son enfant, excluant de façon réelle ou symbolique le père décrit, lui, comme absent, falot ou inexistant. D'autres auteurs ont décrit le couple des parents vivant en espace clos, à côté de la réalité, en dehors de la vie sociale, à cheval sur des normes d'éducation rigides, souvent absurdes.

Toutefois, aucune donnée scientifique ne permet d'étayer l'hypothèse selon laquelle l'origine du trouble serait à chercher dans les patterns d'interactions.

Le fait d'être né dans un milieu socio-économique défavorisé est un facteur de risque de schizophrénie. De même, le fait d'être né dans une agglomération urbaine est associé à un risque plus élevé que la naissance en milieu rural¹⁷.

Des « efforts multidisciplinaires » sont nécessaires pour « relier les troubles du comportement constatés à d'autres dysfonctionnements d'ordre moléculaire, cellulaire ou neurologique » rappelle l'éditorialiste de *The American Journal of Psychiatry*, en précisant que nous ne sommes encore qu'à « un stade précoce de l'hypothèse neurodéveloppementale dans la modélisation de cette maladie »¹⁸.

Les réflexions sur l'origine de la schizophrénie évoluent. Les premières formulations de l'hypothèse neurodéveloppementale présentaient une affection « probablement congénitale et statique » pouvant rester le plus souvent « silencieuse, jusqu'à son émergence clinique à la fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte ». Mais des conceptions plus récentes s'orientent vers une « vision plus dynamique » des répercussions cliniques avec des interactions entre processus neurobiologiques et environnementaux.

¹⁷ LEMPERIERE T, FELINE A, ADES J et al. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson, p : 334

¹⁸ Dickinson D : Zeroing in on early cognitive development in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2014; 171: 9–12.

Les substances illicites ne sont pas considérées comme la cause de la maladie, mais ils servent de « starter pharmacologique ». En effet, la consommation de haschich a une fonction révélatrice, précipitante ou aggravante du processus schizophrénique. Ainsi, l'administration de drogue en trop grande quantité par une personne qui présente une vulnérabilité à développer la schizophrénie, peut faire emballer le cerveau. C'est l'association de la vulnérabilité et de l'utilisation de substance qui peut entraîner la maladie.

L'hypothèse généralement admise concernant la schizophrénie est celle d'une transmission multifactorielle et polygénique à seuil. C'est-à-dire qu'elle comprend une composante génétique faisant intervenir plusieurs gènes et une composante environnementale conduisant le sujet à développer la maladie lorsque la combinaison des effets génétiques et environnementaux dépasse le seuil dit de « susceptibilité »¹⁹.

F. Les formes cliniques

La CIM 10 et le DSM IV-TR proposent cinq sous types de schizophrénie : paranoïde, hébéphrénique, catatonique, indifférencié, résiduel.

La schizophrénie paranoïde est la forme la plus souvent observée. L'activité délirante est prévalente. Elle est accompagnée d'hallucinations auditives, verbales, mais parfois aussi cénesthésiques, olfactives, tactiles.

Les symptômes dissociatifs, l'appauvrissement progressif et la détérioration intellectuelle sont prévalents dans l'hébéphrénie. Les symptômes délirants sont peu observés dans ce sous type de schizophrénie.

Dans la schizophrénie catatonique, il y a une désorganisation principalement motrice (négativisme²⁰, oppositionnisme, catalepsie²¹, écholalie, echopraxie...). L'évolution est souvent périodique.

Le diagnostic de type résiduel est porté lorsqu'il y a rémission syndromique partielle.

Toutefois, du fait de leur peu d'utilité diagnostique et de leur faible stabilité dans la durée, ces sous-types de schizophrénie devraient disparaître dans le DSM V (publié en 2013, mais non traduit en français pour le moment).

¹⁹ LEMPERIERE T, FELINE A, ADES J et al. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson, p : 335

²⁰ Conduite de refus et d'opposition aux sollicitations du monde extérieur.

²¹ Maintien rigide d'une position corporelle pendant une longue période.

G. Traitement

La prise en charge du sujet porteur de schizophrénie est pluridisciplinaire, allant des chimiothérapies aux psychothérapies et sociothérapies.

La chimiothérapie combine un traitement symptomatique et un traitement de fond (neuroleptiques/antipsychotiques atypiques).

Plusieurs psychothérapies peuvent être proposées aux patients.

La psychothérapie de soutien permet de renforcer l'alliance thérapeutique, de détecter les signes avant-coureurs d'une rechute, de recadrer le patient dans la réalité et de l'aider dans ses efforts de réinsertion.

Les thérapies familiales sont proposées quand la problématique familiale paraît très impliquée dans la pathologie du patient.

Les thérapies cognitives et comportementales permettent le renforcement positif immédiat des comportements souhaités.

La psychoéducation informe le patient et sa famille sur la maladie, les symptômes et les traitements. Elle permet d'impliquer d'avantage le sujet dans sa prise en soin. Elle vise l'obtention d'une meilleure conscience des troubles, une augmentation de son adhésion globale au traitement ainsi que de son observance médicamenteuse. Ainsi, elle a pour objectif de diminuer le taux de rechutes.

La remédiation cognitive a pour objectif d'améliorer le traitement de l'information. Elle vise à exercer certaines fonctions cognitives déficientes chez le patient, avec l'objectif d'en améliorer les performances (Hodé, 2006). Elle se fait « soit à travers une diminution des déficits, soit par le développement de stratégies permettant d'appréhender, d'une nouvelle manière, les situations auxquelles le sujet est confronté »²². Cette technique s'adresse aux patients relativement stabilisés et conservant un déficit cognitif et/ou une désorganisation de la pensée. Cette remédiation permet la systématisation de la prise en charge et une formation rationalisée des équipes soignantes.

Les associations de familles sont également utiles pour que les patients et les proches évoquent ensemble leurs difficultés.

Une fois avoir présenté la symptomatologie de la schizophrénie, je vais maintenant m'intéresser au vécu corporel des patients porteurs de cette pathologie.

²² DEMILY C, FRANCK N. (2013). *Schizophrénie : diagnostic et prise en charge*. Elsevier Masson, p : 154

II. Le vécu corporel de l'adulte atteint de schizophrénie

« Le corps reste le lieu dans lequel chaque sujet humain habite. Maladie mentale ou non, il est le support de nos sensation agréables et désagréables »

P. Delion²³.

L'adulte a une histoire personnelle, professionnelle qui lui appartient. L'adulte est acteur, il s'est construit sa structure de personnalité, son statut. Il a une représentation, une mémoire de son mal être ou de son bien être.

Ainsi, pour envisager la psychopathologie de l'adulte, il est nécessaire de prendre en compte l'histoire du patient : celle du sujet, celle de la maladie mais aussi celle des relations qu'il a développées avec son environnement. Il est également important de prendre en considération le fil qu'il a tissé pour se comprendre, pour garder un sentiment de continuité dans son existence.

La perception du corps de l'adulte s'est édifiée à travers toutes les expériences et les relations qu'il a eu au cours de l'enfance et de l'adolescence. En effet, dans les premiers moments de la vie, le bébé n'est pas différencié de sa mère. Sa mère et lui ne forment qu'une seule personne. Dans les tous premiers stades de développement de l'enfant, la mère (ou le substitut maternel) avec les notions de holding²⁴, handling²⁵ et object presenting²⁶ (développées par WINNICOTT) joue un rôle fondamental pour que l'enfant prenne conscience de sa propre corporéité. Ainsi, d'un corps sans limites, vecteur d'angoisses, va pouvoir émerger un corps unifié et un sentiment de sécurité interne. C'est donc grâce à un environnement « suffisamment bon » (au sens winnicottien), que le psychisme et le corporel, initialement amalgamés, vont se différencier et se reconstruire pour aboutir à un sentiment d'unité de soi. Au fur et à mesure que le corps prend forme, que les tissus se différencient, que le système nerveux se met en place, le bébé se construit sur tous les plans. Un sens de soi et une permanence de soi naît en lien avec les capacités affectives et relationnelles que le corps soutient.

« En édifiant son corps, le bébé s'identifie, se relie, mémorise, devient un soi-même »²⁷.

²³ DELION P. *Enjeux actuels du corps en psychiatrie*. In Santé Mentale, n°169, Juin 2012

²⁴ Façon dont est porté l'enfant physiquement et psychiquement. Ce sont les soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. Il met en place le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée.

²⁵ Façon dont la mère va prendre soin de son enfant au quotidien : toilette, habillage, échanges corporels. Les conditions et effets du handling participent au développement du fonctionnement mental ainsi qu'à la reconnaissance de l'interaction et de la relation soma-psyché.

²⁶ Façon dont est présentée la réalité à l'enfant via son environnement. C'est la phase des premières relations objectales permettant à l'enfant de s'approprier et d'utiliser les objets.

²⁷ LESAGE B. (2011). *La pratique psychocorporelle*. In thérapie psychomotrice et recherches, n°168

Les soins apportés par l'entourage maternant, les expériences sensorielles et motrices, le développement de l'activité psychique et mentale vont permettre à l'enfant de se découvrir. Son corps, partenaire de la relation, de son être au monde, va être compris, habité, imaginé, vécu, ressenti.

La connaissance du corps dépend de la manière dont le sujet s'approprié ses expériences corporelles. Ainsi, l'ensemble des activités de l'individu contribuent à développer un sentiment de continuité, de permanence et d'accroître une connaissance de son corps.

« *L'idée de posséder un corps et la manière dont il pourra être utilisé comme médiateur relationnel, provient des tous premiers échanges affectifs* »²⁸. La continuité et la cohérence des premiers liens dans la constitution de l'identité sont donc primordiales.

La construction du corps devient structuration psychocorporelle. En effet, « le corps doit se rassembler, se différencier, édifier une tonicité, qui conduit à la posture et aux coordinations »²⁹.

Ce sentiment d'unité corporelle, de Moi solide et cohérent nous semble acquis pour toujours. Toutefois, dans certaines pathologies et dans la schizophrénie particulièrement, ce sentiment de sécurité interne fait défaut. Ainsi, la schizophrénie modifie chez le patient la perception du monde environnant et celle de son propre corps.

Dans cette partie, je vais essayer de retranscrire **comment les personnes atteintes de schizophrénies vivent leur corps.**

Chez le sujet porteur de schizophrénie, la déstructuration psychocorporelle entraîne un vécu du corps particulier. En effet, les frontières soi et non soi sont peu délimitées, la représentation de soi se confond avec celle de l'autre.

« Le corps du psychotique n'est pas perçu »³⁰, soit en partie, soit en totalité et dans le lien entre les parties et la totalité. C'est une sorte de corps vidé d'existence.

²⁸ CAUT I. (2000). *Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité*. In *thérapie psychomotrice et recherches*, n° 123.

²⁹ LESAGE B. (2011). *La pratique psychocorporelle*. In *thérapie psychomotrice et recherches*, n° 168

³⁰ POUS G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. L'Harmattan

Les personnes atteintes de schizophrénie font face à un sentiment de dépersonnalisation. La dépersonnalisation désigne l'expérience d'un sentiment de perte de sens de la réalité, c'est une perception différente de soi-même. SCHILDER la définit comme « *un état où l'individu ne se reconnaît pas lui-même comme une personnalité* »³¹. Ainsi, la personne atteinte de schizophrénie fait face à la désintégration de la connaissance du corps et à l'altération de la relation objectale qui l'accompagne.

Cliniquement, la dépersonnalisation se traduit par un sentiment de perte de l'intégrité corporelle, des troubles de l'activité motrice ainsi qu'un sentiment d'étrangeté.

A. Sentiment de perte de l'intégrité corporelle

Chez les sujets porteurs de schizophrénie, la distinction entre le dehors et le dedans, entre le moi et le non moi est complexe. Ainsi, le vécu du corps est morcelé, le patient perd le sentiment d'unité du corps. Ces personnes là peuvent sentir leur corps étranger à eux-mêmes, ils ne semblent pas habiter leur corps.

A la phase d'état de la schizophrénie, les principaux symptômes sont :

1. Défaut de la fonction du Moi-Peau :

Par Moi-Peau D. ANZIEU 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* »³².

Dans la schizophrénie, les limites entre le dedans et le dehors sont trop étanches. Certaines fonctions du Moi-Peau font défaut : la fonction de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'individuation, d'intersensorialité par exemple.

Le corps du patient atteint de schizophrénie n'est pas assez solide pour qu'il puisse s'y référer. La fonction de maintenance fait défaut. Les ressentis émotionnels venant du corps sont considérés comme menaçant ; pour s'en protéger, la personne peut les dénier.

³¹ ANDRE P, BENAVIDES T, CANCHY-GIROMINI F. (1996). *Corps et psychiatrie*. Heures de France, p : 31

³² PIREYRE E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Dunod, p : 80

La fonction de contenance est floue, la limite psychique et corporelle est même inexistante chez certains sujets atteints de schizophrénie. I. CAUT compare cela à « *un noyau sans écorce* »³³. L'individu est confronté à des problématiques de confusion et d'inversion dedans-dehors. Il ne trouve pas de contenant à une expérience. Cela entraîne des angoisses (de morcellement et de vidange) qui maintiennent le sujet dans une situation d'insécurité permanente car il est dépourvu de « barrière protectrice ».

La fonction de pare-excitation permet au sujet de trouver sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer la fonction de protection des agressions, des radiations de l'excès de stimulation ou d'un trop plein d'excitations qu'il ne pourrait gérer. Or, chez le sujet porteur de schizophrénie, cette fonction est perturbée, les excitations pénètrent au sein de l'appareil psychique. Cela donne une « impression d'être influencé à distance, contrôlé et manipulé par des forces, des personnages, des machines ou encore la sensation de vol de leurs idées et sentiments par des forces hostiles »³⁴. Pour BION, les troubles psychotiques signent un échec de la fonction alpha. Selon E. BICK, pour palier à ce défaut de pare-excitation le sujet se crée une seconde peau musculaire.

Le Moi-peau assure aussi une fonction d'individuation de soi qui apporte à chacun le sentiment d'être unique. Cette fonction est altérée chez la personne atteinte de schizophrénie, elle perd donc le sentiment d'unicité de soi.

Selon D. ANZIEU, la fonction d'intersensorialité fait défaut. La personne avec schizophrénie ne se vit pas comme l'initiatrice de ses actions. Elle attribue, à tort, à d'autres personnes ses propres actes. Cela entraîne des angoisses de morcellement ou de démantèlement. « *La sensation de détachement du corps est la sensation qu'éprouve le sujet de ne plus sentir son corps, il n'a aucune perception objective de son corps et de son environnement* »³⁵.

Ces fonctions défailtantes créent de nombreuses angoisses chez ces malades. Ainsi, ils peuvent avoir l'impression que certaines parties de leur corps se dissocient du reste, ou ils peuvent se sentir incarnés dans différentes personnes à la fois par exemple.

³³ CAUT I. (2000). *Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité*. In *thérapie psychomotrice et recherches*, n° 123.

³⁴ PEDINIELLI J. -L, GIMENEZ G. (2009). *Les psychoses de l'adulte*, 2^{ème} édition, Armand Colin, p : 87

³⁵ ANDRIEU B. (2010). *L'externalisation du soi par la décorporation sensorielle*. Elsevier Masson

2. Dissociation

La dissociation est une rupture de l'unité psychique du sujet affectant le fonctionnement affectif, intellectuel et comportemental.

On distingue plusieurs signes comme :

- Des bizarreries : paradoxes ; illogismes ; étrangetés comme des fou-rires immotivés en contradiction avec la situation.
- Un hermétisme ou un aspect impénétrable : tonalité énigmatique ; sens indéchiffrable des symptômes, du discours et du comportement.
- Un détachement de la réalité : rétraction et retrait ; repli sur soi et rêverie détachée de la réalité, sans communication avec les autres ; catatonie³⁶.
- Une ambivalence : exprime le fait d'avoir des sentiments contradictoires à l'égard d'une personne, d'un objet ou d'une idée. Le sujet est poussé dans deux directions opposées (désir/crainte, amour/haine, culpabilité/juxtaposition).

Cette dissociation peut s'accompagner d'un vécu de destruction de l'unité du moi et de l'image du corps ainsi que d'angoisse de morcellement.

« *Un corps dissocié est livré à l'angoisse de ses origines [...] par là s'efface la distinction entre soi et autrui* »³⁷.

3. Les hallucinations et délires à thématiques corporelles

L'hallucination est présente lorsque l'expérience du corps est vécue comme réelle.

H. EY parle d'hallucinations corporelles quand « le sujet perçoit son corps en tout ou en partie comme un objet ou un être extérieur à soi, c'est-à-dire comme un objet métamorphosé par l'impossibilité même de la métaphore »³⁸.

Les délires à thématiques corporelles, comme la conviction d'être possédé ou contrôlé par différents mécanismes, les idées hypochondriaques ou de modification et transformation du corps peuvent également être retrouvés chez les personnes atteintes de schizophrénie.

³⁶ Prévalence d'une désorganisation motrice, d'un négativisme et d'une catalepsie (perte momentanée de l'initiative motrice avec un corps qui reste figé dans une attitude).

³⁷ SAMI ALI (2010). *Corps réel, corps imaginaire*. 4^{ème} édition, Dunod, Paris, p : 9

³⁸ ANDRE P, BENAVIDES T, F.CANCHY-GIROMINI. (1996). *Corps et psychiatrie*. Heures de France, p : 30

4. Symptômes de premier rang (SPR)

Les symptômes de premier rang ou SPR font partie des expériences psychotiques les plus fréquentes et les plus caractéristiques de la schizophrénie. Les SPR sont *des « situations au cours desquelles, le sujet expérimente certains de ses actes et états personnels comme étant d'origine étrangère ou ayant subi une influence étrangère »*³⁹.

SCHNEIDER considère comme faisant parties des SPR les manifestations suivantes : les publications de la pensée ; les auditions de voix sous forme de propos et de répliques, les auditions de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade ; les expériences corporelles d'influence ; le vol de la pensée et autres influences de la pensée ; les perceptions délirantes ; ainsi que tout ce qui est fait ou influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté.

Comme dit précédemment, le patient « reconnaît mal son corps dont il se sent désapproprié et qu'il perçoit soumis à une influence vécue comme extérieur à lui »⁴⁰. Cela entraîne une confusion entre ce qui émane de l'intérieur et de l'extérieur du corps. Les patients présentant des symptômes de premier rang ont donc des difficultés à reconnaître leurs propres actions et ils tendent à les attribuer à tort à d'autres agents. Ils ont une perturbation du sens du corps.

*« L'externalisation sensorielle du corps vient modifier le vécu du corps en première personne au point d'externaliser le soi »*⁴¹.

5. Les angoisses de la personne atteinte de schizophrénie

La dépersonnalisation, la discontinuité du Moi-Peau, la dissociation, les symptômes de premier rang que peut présenter un sujet porteur de schizophrénie, témoignent d'une image du corps dégradée. Cela a de lourds effets sur le vécu corporel de ces personnes là, avec notamment, des angoisses de morcellement, de transformation corporelle, d'anéantissement, de division.

³⁹ FRANCK N. (2010). *Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie*. Elsevier Masson

⁴⁰ DAL BIANCO C. *Vécu corporel dans la schizophrénie*. In Santé Mentale, n° 169, Juin 2012.

⁴¹ ANDRIEU B. (2010). *L'externalisation du soi par la décorporation sensorielle*. Elsevier Masson

a) *Angoisse de morcellement*

On parle de phénomène de morcellement « lorsque le patient rapporte, plus ou moins verbalement, des vécus de détachement, de séparation, de décrochement, d'arrachage ou d'inexistence de certaines parties du corps »⁴².

Selon le dictionnaire de psychologie, le morcellement est le fait que « l'objet perçu et, corrélativement, le sujet percevant, apparaissent sous forme de parties distinctes »⁴³.

La sensation de morcellement du corps n'est pas réservée à une pathologie ou à une population particulière. En effet, du fait de l'immaturation neurophysiologique, le jeune enfant ne se représente pas comme un tout unifié ; il se sent morcelé. Progressivement, au cours de sa maturation, grâce à la présence corporelle de la mère et à ses expériences sensori-motrices, la sensation d'une globalité corporelle se développe.

Chez l'adulte, ces sensations de morcellement, d'une solidité corporelle relative, peuvent également être ressenties dans des conditions précises de relaxation ou de prise de conscience du corps. En effet, ces mises en situations peuvent modifier les perceptions corporelles relativement banales. La relaxation est une contre indication pour le patient schizophrène car les modifications des perceptions corporelles peuvent entraîner une angoisse massive et une poussée délirante allant jusqu'au risque de décompensation.

E. PIREYRE et S. HAILLANT différencient le morcellement (renvoyant à l'originel) et l'angoisse de morcellement (associée habituellement à la pathologie).

Dans la schizophrénie, l'angoisse de morcellement est massive et joue un rôle dans la désadaptation de l'individu. Il s'agit du morcellement du corps entraînant une angoisse d'éclatement, d'anéantissement, de mort. Les psychanalystes expliquent cela comme une fixation du sujet aux premiers temps de la vie. Pour M. KLEIN, c'est une fixation au stade schizo-paranoïde, avant que l'individu prenne conscience de sa globalité corporelle.

Le morcellement peut toucher l'objet, le moi et l'image du corps.

« *Le Moi schizophrène serait constitué de fragment (correspondant aux expériences qu'il a du monde et de lui-même) insuffisamment reliés les uns aux autres* »⁴⁴.

⁴² PIREYRE E, HAILLANT S. (2007). *Vers une compréhension psychomotrice du morcellement du vécu corporel*. In Evolution Psychomotrice n° 75

⁴³ Ibid.

⁴⁴ PEDINIELLI J. -L, GIMENEZ G. (2009). *Les psychoses de l'adulte*, 2^{ème} édition, Armand Colin, p : 84

Pour GEORGIEFF⁴⁵, la notion de morcellement schizophrénique du moi désigne un défaut de constitution d'un « moi » unifié et distinct, et non le clivage du moi en différentes unités ou « personnalités ».

L'angoisse de morcellement est une menace de la cohésion et de la continuité du sujet par mise en morceaux ou éclatement. Ainsi, le morcellement devient un trouble de l'image du corps. Du fait du morcellement, l'individu ne peut pas faire l'expérience d'une identité stable. Le sujet est peu différencié de l'objet.

BION décrit l'angoisse de morcellement sous le nom « d'angoisse de vidange ».

Pour DEFIOLLES-PELTIER, « *de même qu'il (le schizophrène) perd le contrôle de sa pensée qui l'envahit, le patient perd les sensations de son corps : il ne ressent plus son tonus musculaire et il perd le contrôle de ses limites corporelles, ce qui engendre des sensations de morcellement. Le patient ne se ressent plus* »⁴⁶. Le corps est le moyen d'expression de la déstructuration de la pensée.

b) Angoisses « disséquant » primitives

WINNICOTT parle d'angoisses « disséquant » primitives. Il regroupe sous ce terme diverses angoisses retrouvées chez la personne atteinte de schizophrénie : l'angoisse de désintégration, l'angoisse de ne plus pouvoir se porter soi-même, l'angoisse de dépersonnalisation, l'angoisse de déréalisation, l'angoisse de perte de la capacité d'être en relation avec les objets.

c) Angoisse d'inanité

L'inanité se définit comme ce qui est vide, sans réalité, sans intérêt, dénué de sens et même privé de signifiante.

⁴⁵ GEORGIEFF N. (2004). *Qu'est ce que la schizophrénie ?* Dunod, Paris, p : 46

⁴⁶ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 161

RACAMIER⁴⁷ parle « d'omnipotence inanitaire » pour qualifier le travail du moi du sujet porteur de schizophrénie. Selon lui, ce dernier inanise l'objet pour le contenir et se l'approprier. Le Moi du schizophrène aura pour fonction de « faire le vide en lui et de re-créeer le réel à sa façon et selon ses exigences »⁴⁸.

L'angoisse d'inanité amène le sujet à se sentir réduit à n'être plus « qu'une coquille remplie de vide ». « *Le patient se sent vide de sens et d'intérêt, déshabité, translucide, transparent, notamment quand le délire l'abandonne ou ne se construit pas* »⁴⁹.

Une des fonctions du délire est de remplir ce vide.

BION nomme cette angoisse, des « angoisses sans nom ».

D'autres angoisses, telles que, l'angoisse de dévoration, de perforation et d'anéantissement (impressions soudaines de disparition de soi) sont observables chez les personnes atteintes de schizophrénie.

« L'approche psychanalytique permet de faire le lien entre les troubles de l'image du corps et la pathologie du " Moi " des patients schizophrènes »⁵⁰. Là encore, pour les psychanalystes, ces angoisses témoignent de la fixation du sujet à la position schizo-paranoïde. A ce stade, le Moi du sujet n'est pas encore unifié, ce qui peut expliquer ces différentes angoisses.

« *Le schizophrène a non seulement l'impression d'être morcelé mais d'être incorporé aux autres* »⁵¹.

Conclusions

Ces angoisses liées au corps (morcellement, anéantissement...) et les difficultés de perception du corps et de ses limites, entraînent chez la personne atteinte de schizophrénie une représentation fragmentée de son propre corps : c'est un corps sans unité ni cohérence qui est en perpétuelle menace de dispersion, de fusion avec l'autre.

Le vécu corporel de l'adulte porteur de schizophrénie est donc, le plus souvent, douloureux et angoissé. La personne atteinte de schizophrénie a tendance à vivre son corps comme quelque chose d'extérieur à elle. Elle ne semble pas « habiter » son corps.

⁴⁷ HAOUZIR S., BERNOUSSI A. (2010). *Les schizophrénies*. 2^{ème} édition, Armand Colin, p : 69

⁴⁸ Ibid. p : 70

⁴⁹ PEDINIELLI J. -L, GIMENEZ G. (2009). *Les psychoses de l'adulte*, 2^{ème} édition, Armand Colin, p : 90

⁵⁰ DAL BIANCO C. *Vécu corporel dans la schizophrénie*. In Santé Mentale, n° 169, Juin 2012.

⁵¹ Ibid.

Dans la schizophrénie, il y aurait un trouble de la conscience de soi avec un manque de limite entre soi et l'extérieur, un manque d'unité et d'identification symbolique à l'origine d'expériences de désintégration et de désappropriation.

En ce sens, nous pouvons dire qu'il y a « *une altération de la conviction d'exister chez un patient qui peut se sentir détaché de lui-même, de ses actions et expériences* »⁵².

Ainsi, le sentiment de perte de l'intégrité corporelle, de l'unité du corps, se traduit par des perceptions sensorielles énigmatiques, des limites floues et renforcent le caractère discontinu de l'enveloppe corporelle.

B. Trouble de l'activité motrice

Comme dit précédemment, les sujets porteurs de schizophrénie ont une perception de de soi et de leur corps modifiées. Ils ne percevraient plus très bien leur intention dans l'action. Ainsi, ils ne se sentiraient plus être l'agent de leur acte. Cela peut prendre la forme d'automatisme mental⁵³. La perception de vide angoissant qu'ils ont de leur corps aspire tous les investissements possibles. De ce fait, les gestes de la vie quotidienne peuvent devenir complexes à effectuer.

Nous observons souvent chez ces patients un apragmatisme, des stéréotypies gestuelles, un maniérisme, une echopraxie et des gestes auto et hétéro agressifs qui échappent à la conscience.

1. Apragmatisme, attitudes figées intermittentes

L'apragmatisme est un trouble de l'activité volontaire, d'origine psychique, rendant le sujet incapable de réaliser une action définie à l'avance. L'ambivalence et la perte de l'élan vital figent toute envie d'entreprendre les actes même les plus courants de la vie quotidienne. Cela peut aller jusqu'à la non satisfaction des besoins élémentaires. C'est un trouble grave du contact avec la réalité qui peut entraîner un isolement social complet.

⁵² DAL BIANCO C. *Vécu corporel dans la schizophrénie*. In Santé Mentale, n° 169, Juin 2012.

⁵³ Sentiment d'être commandé de l'extérieur.

L'aboulie, le désintérêt⁵⁴, l'anhédonie⁵⁵, l'inertie⁵⁶ peuvent être constatés dans les activités scolaires ou professionnelles avant que l'apragmatisme apparaisse.

2. Stéréotypies gestuelles

Les stéréotypies sont fréquemment observées dans cette pathologie.

La notion de « stéréotypie » a été introduite en psychiatrie par FALRET en 1864. Elle caractérise la répétition d'un même mouvement (grattage, balancement de la tête, du tronc) ou du même comportement : faire tous les jours la même lettre, le même dessin, répéter invariablement les mêmes déambulations. Ces mouvements semblent être sans objectifs apparents, indécodables, sans rapport avec le contexte ambiant.

Dans le DSM-IV-TR, les stéréotypies sont définies comme des comportements moteurs répétitifs et non fonctionnels que le sujet est apparemment contraint d'exécuter. BLEULER les avait déjà décrits en 1911 comme « l'une des manifestations les plus frappantes » de la schizophrénie. Il les avait observées dans les mouvements, l'action, l'attitude, la parole, l'écrit, le dessin...

Des études montrent une relation entre les mouvements répétitifs et un défaut de régulation de dopamine. Les recherches récentes évoquent la cause d'une atteinte centrale.⁵⁷

3. Maniérisme

Le maniérisme est également caractéristique de la schizophrénie. Il s'agit d'une gestuelle excessive et déplacée qui caractérise une affectation d'outrance, une maladresse. Ce symptôme traduit le « caractère artificiel de l'engagement du corps dans l'action, dans la relation à l'autre »⁵⁸.

⁵⁴ Absence d'intérêt pour quelque chose ou quelqu'un, indifférence, détachement.

⁵⁵ Déficit dans la capacité à éprouver du plaisir.

⁵⁶ Manque d'énergie, d'activité.

⁵⁷ POLLET – VILLARD L. (2012). *Schizophrénie et Psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité, Toulouse.

⁵⁸ ANDRE P, BENAVIDES T, CANCHY-GIROMINI. (1996). *Corps et psychiatrie*. Heures de France, p : 113

4. Echopraxie

L'échopraxie se définit comme la répétition ou l'imitation involontaire et spontanée des gestes d'un autre individu, sans jeu, ni réciprocité dans la relation. L'échopraxie est notamment retrouvé dans la forme catatonique de la schizophrénie.

A ce sujet, l'étude de L. TREILLET, N. ROUYERE, I. MECHLER, a mis en évidence que le sujet porteur de schizophrénie a tendance à imiter les gestes non signifiants de l'examineur, évoquant les échopraxies observées chez ces patients là.

5. Gestes auto et hétéro agressifs

Les gestes auto et hétéro agressifs font partis des passages à l'acte du schizophrène. Ce sont des gestes de violence impulsive directement liés à des idées délirantes de persécution ou à des hallucinations impérieuses.

Ces gestes sont une tentative de solution qui lui procure un soulagement et qui lui permet de retrouver une sensation de vie psychique.

« L'agressivité est l'expression d'une pulsion ou d'un affect dont le contrôle est incertain. La violence physique s'exprime par des agressions »⁵⁹.

Les manifestations hétéro-agressives s'observent plus rarement au long cours que lors d'épisodes aigus. Il peut s'agir de violences verbales au quotidien (injures, menaces), de réactions agressives et/ou clastiques lorsque l'intrusion d'un tiers « menace » l'intimité du patient.

Les manifestations auto-agressives ont pour objectif de diminuer l'état de tension interne, par l'extériorisation d'une douleur intérieure. Pour KRAEPELIN, les automutilations peuvent être en relation avec la diminution de la sensibilité à la douleur retrouvée chez le sujet porteur de schizophrénie.

Ces passages à l'acte auto et hétéro-agressifs peuvent s'expliquer comme une recherche d'expulsion du malaise secondaire à l'anxiété d'anéantissement, d'explosion qui caractérise le patient.

⁵⁹ MILLAUD F. *La clinique du passage à l'acte*. In Santé Mentale, n°165, Février 2012.

Ainsi, les troubles de la motricité témoignent de l'ambivalence pour l'engagement du corps dans l'action. Ils peuvent être utilisés comme moyen de défense contre la perte de l'unité de la personne.

C. Sentiment d'étrangeté

Ce sentiment d'étrangeté porte sur le corps propre et entraîne des modifications du vécu corporel. Apparaissent alors des sensations de déformation des membres dans leur taille, leur forme, leur situation dans l'espace. Certains patients évoquent les fragmentations de leur corps, chaque partie du corps étant vécue indépendamment des autres.

Selon une revue de la littérature de Rohricht (2007)⁶⁰, les troubles des expériences corporelles sont retrouvés chez 15 à 73% des patients. Les troubles principaux sont : une taille modifiée, la sous estimation de la taille des jambes, la « perte des limites » et la dépersonnalisation somatique.

La dépersonnalisation conduit à des gestes et à des attitudes qui témoignent d'un vécu corporel éparé : contemplation des mains, du visage. Le doute sur la cohésion des limites corporelles, l'impression d'un changement de forme, de volume des segments du corps expliquent des vérifications contrôlées par la vue, le palper ou la demande de réassurance à un tiers.

Ce sentiment d'étrangeté est renforcé par l'éclatement de l'acte moteur et les dysharmonies toniques.

⁶⁰ DAL BIANCO C. *Vécu corporel de la schizophrénie*. In Santé Mentale, n° 169, Juin 2012

Conclusion

Dans cette partie j'ai décrit le vécu corporel de la personne atteinte de schizophrénie. Il ne faut pas oublier que chaque patient a un vécu unique et singulier de sa maladie, de son histoire.

La schizophrénie vient perturber le rapport qu'entretient le sujet avec son corps. Le défaut des fonctions du Moi-Peau ne permet pas à la personne d'avoir conscience d'être une personne physique et psychique différenciée. La dissociation crée une perte d'unité psychique et corporelle. Chez les sujets porteurs de schizophrénie : *« il y a une perte ou une altération de la faculté d'avoir et d'être un corps qui se traduit par la perte du sentiment d'identité, l'altération du moi psychique, allant du doute, du vécu d'étrangeté à la perte totale d'identité »*⁶¹.

Le corps ne sert plus de repère pour le sujet. Il est ressenti comme une menace d'éclatement, subissant l'influence des autres ou perdant son identité matérielle. Ainsi, chez ces sujets le corps ne contribue pas à donner un sens à la réalité. La personne souffrant de cette maladie va demander à son entourage de lui donner les codes de compréhension et d'intégration de la réalité. Ce sont les autres qui permettent une structuration de son identité. *« Il a le sentiment que son existence ne peut se définir que par rapport à l'action des autres »*⁶².

Chez la personne atteinte de schizophrénie, c'est comme s'il y avait une destruction des liens entre le corps et l'esprit entraînant une « chosification »⁶³ de ces deux aspects. Il peut y avoir une « chosification du corps » dans son utilisation fonctionnelle : chaque partie du corps est vécue indépendamment et sert à un acte. Une « chosification » de l'esprit est retrouvée dans l'utilisation du langage : les mots sont les choses et non leur évocation. La psychomotricité s'intéresse particulièrement à ce clivage corps/esprit.

Nous avons vu que la schizophrénie entraîne un vécu et une organisation psychocorporelle dominés par des angoisses archaïques. Il est alors important de prendre la mesure de ce vécu afin d'apporter les moyens ou du moins l'opportunité de faire diminuer ces angoisses, et ainsi de tendre vers un vécu plus apaisé.

Je vais donc parler maintenant de la psychomotricité ; particulièrement de l'approche psychomotrice auprès de patients porteurs de schizophrénie.

⁶¹ ANDRE P, BENAVIDES T, CANCHY-GIROMINI F. (1996). *Corps et psychiatrie*. Heures de France, p : 31

⁶² Ibid. p : 115

⁶³ Ibid. p : 116

DEUXIEME PARTIE

**APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DES
PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE**

La psychomotricité s'inscrit dans une conception moniste de l'être, une conception unifiée de l'Homme dans lequel le corps et le psychisme sont deux expressions d'une seule et même entité. Le principe fondateur de la psychomotricité est l'indissociabilité du corps et du psychisme.

La façon dont le psychomotricien aborde la personne est relativement proche de la vision que propose la phénoménologie : le corps est le référentiel primordial.

Le psychomotricien porte une attention particulière aux manifestations corporelles et à leurs significations. Le corps est un corps communicationnel, un espace éminemment expressif. Le corps est un écho des difficultés rencontrées par le sujet.

Le psychomotricien considère l'individu dans sa globalité et dans son individualité.

Les objectifs du soin psychomoteur sont :

- de permettre au sujet, par une approche corporelle, de prendre conscience de son organisation psychomotrice ;
- de réduire les dysfonctionnements physiques ou psychiques ;
- et, de restaurer, de maintenir et d'enrichir les capacités de participation et d'adaptation du sujet à son environnement.

Le psychomotricien offre au patient un « *espace où le corps pourra être (ré) investi différemment* »¹.

Dans cette partie, je vais essayer de **montrer l'intérêt d'une approche psychomotrice dans une unité de transition de psychiatrie adulte auprès de patients atteints de schizophrénie.**

Pour cela, je vais d'abord définir des notions clés tel que : le cadre thérapeutique, l'établissement de la relation thérapeutique. Puis, j'évoquerai les outils dont le psychomotricien dispose avant de décrire les troubles psychomoteurs induits de la schizophrénie. Je finirai en exposant le rôle du psychomotricien auprès de cette population.

¹ CAUT I. (2000). *Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité*. In *thérapie psychomotrice et recherches*, n° 123.

I. Le cadre thérapeutique

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »².

En psychiatrie, « le cadre désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques, matérielles, contractuelles, qui permettent, en étant ajustées aux possibilités du patient, un processus thérapeutique »³.

Dès son admission à l'hôpital psychiatrique, le patient est informé du cadre thérapeutique de sa prise en soin. C'est une forme d'engagement qui se met en place entre le soignant et le patient. La relation thérapeutique suppose un investissement personnel fort, et le partage avec le patient de moments profonds et personnels de sa vie. Ce mouvement vers l'autre a besoin d'être contenu dans un cadre pour que le patient puisse cheminer dans son histoire et se reconstruire. Le cadre a une fonction de liaison entre l'intérieur et l'extérieur.

Le cadre en psychomotricité est inscrit dans le fonctionnement institutionnel. Le travail interdisciplinaire crée une enveloppe institutionnelle qui joue un rôle dans l'adhésion du patient à son projet thérapeutique. D'ailleurs souvent, le patient se dit sécurisé par l'hospitalisation.

En psychomotricité, C. POTEL distingue le cadre physique et le cadre psychique.

Le cadre physique est un ensemble de règles qui va être défini au début de la prise en soin et que le psychomotricien va essayer de maintenir tout au long des séances. Il s'agit des horaires, de la fréquence, de la durée, du lieu, du matériel, des types de médiations, des caractéristiques dans le dispositif, ainsi que des conditions d'encadrement. Ces règles sont structurantes et sécurisantes pour le patient car elles établissent le droit et le devoir de chacun.

Le cadre psychique dépend des postulats théoriques de chaque psychomotricien. Celui-ci est nécessaire pour comprendre ce qui se passe, et mettre à distance ce que l'on voit. Ce cadre a, à la fois, une fonction de pare-excitation, de contenance, de miroir et d'étanchéité. Le psychomotricien va stimuler et accepter les excitations motrices du patient tout en assurant les conditions de leur intégration psychique. Le thérapeute développe une qualité de présence corporelle pour pouvoir accueillir les expressions corporelles très primitives du patient et permettre une transformation de ces symbolisations primaires en symbolisations plus secondarisées via les voies du langage.

² POTEL C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès édition p : 321

³ BROKATZKY C. (2012). In Santé mentale n° 172

D. ANZIEU compare le cadre à un « contenant maternel », qui va accueillir les significations projetées au dehors par le patient. Nous pouvons faire un lien avec la notion de « détoxication » que BION développe chez l'enfant.

C. BALLOUARD résume bien la fonction de contenance de ce cadre : « *un cadre contenant c'est un cadre ajusté, en espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* ».

Le cadre est une zone intermédiaire, un espace transitionnel (WINNICOTT) qui s'organise entre le patient et le thérapeute, qui va favoriser le développement de défenses contre l'angoisse psychotique. C'est ce que F. PASCHE appelle « *conjuré l'angoisse psychotique en édifiant d'abord un mur de représentations entre le dehors menaçant et soi* »⁴.

Le cadre constitue un tiers, rappelant que toute relation duelle est illusoire.

Les personnes atteintes de schizophrénie ont des angoisses corporelles très importantes (morcellement, vidage...) et une défaillance des enveloppes psychiques (défaut de la fonction de contenance et de pare excitation du Moi-Peau d'ANZIEU). Durant mon stage dans cette unité de psychiatrie adulte, il m'a donc paru très important de fixer un cadre à la fois stable, fiable, rigide, ferme ; mais aussi fragile, doux, où la confiance et le respect règnent. Ce cadre [horaire, fréquence, lieu précis (salle de psychomotricité), personnes présentes] permet au patient d'intégrer la fiabilité du contenant mais aussi d'intérioriser des repères fixes. Un cadre **cohérent, contenant, sécurisant** et **non intrusif** est la condition nécessaire pour que le patient puisse cheminer vers une régression lui permettant d'écarter les systèmes de défenses qu'il a mis en place, d'expérimenter en toute confiance et d'extérioriser ses angoisses. La stabilité de ce cadre est d'autant plus importante pour les personnes chez qui la stabilité corporelle est souvent mise à mal.

Ainsi, « *le cadre doit représenter pour le patient, un espace dans lequel l'échange va s'inscrire et se limiter, qui va résister aussi bien à ses désirs de transgression, qu'aux nôtres, dans lequel nous ne donnerons pas tout, mais où le patient saura ce qu'il peut attendre, ce qu'il est en droit d'exiger* »⁵. C'est un dispositif où un travail sur la construction et l'appropriation de soi est possible.

⁴ Cahiers du Centre de Psychothérapie et de Psychanalyse du 13°

⁵ POUSSIER G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. L'Harmattan p : 51

II. La relation thérapeutique

La perturbation profonde de la relation du sujet à la réalité est un des critères principal de la schizophrénie. La présence de l'autre peut devenir une menace pour le sujet porteur de schizophrénie. En effet, le lien à l'autre peut rapidement devenir problématique et angoissant pour lui, se protégeant ainsi de l'interaction et de la relation à autrui. L'instauration de la relation thérapeutique me paraît donc indispensable en psychiatrie adulte pour que le travail thérapeutique puisse débiter.

A. L'alliance thérapeutique

Une « alliance », définit une union par un engagement mutuel.

L'alliance thérapeutique se met en place dès les premières séances de psychomotricité. Elle est à la base de tout travail thérapeutique.

C. ROGERS a défini l'engagement comme essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité avec des buts communs pour le patient et le soignant. C'est une relation de coopération qui se noue dès le premier entretien.

FREUD aborde ce concept comme supposant un « intérêt sérieux » et une « compréhension bienveillante » de la part du thérapeute pour développer un engagement réciproque.

Il y a une prédisposition à cette alliance thérapeutique entre le soigné qui demande de l'aide et le soignant qui a un regard bienveillant. Basée sur une relation de confiance, elle existe dans tous les domaines de soin.

Selon D. HOUZEL, l'alliance thérapeutique « *est un élément du cadre thérapeutique dans la mesure où elle constitue un point d'ancrage à partir duquel celui-ci va pouvoir se construire* ».

Toutefois, il existe des limites à cette alliance, le thérapeute doit être conscient de son propre vécu corporel et de ses propres émotions contre-transférentielles. Ainsi, le psychomotricien sera soucieux de son juste positionnement dans une attention de neutralité bienveillante et empathique.

B. L'empathie

C. ROGERS définit l'empathie comme « *être capable de ressentir les éprouvés du patient ; ressentir la situation émotionnelle de l'autre, sans être contaminé par l'émotion* ».

Eprouver de l'empathie signifie créer un climat de confiance et offrir une bonne écoute pour faciliter l'expression du patient. Il faut éviter de générer soi-même des obstacles à la communication. Cela nécessite d'avoir une finesse d'observation afin de percevoir et de reconnaître les indices verbaux et non-verbaux suggérant des états émotionnels. L'empathie c'est également, savoir déceler et pouvoir gérer les incohérences entre les paroles exprimées et les comportements affichés. Exprimer de l'empathie, c'est formuler directement sa compréhension, refléter ses pensées et ses émotions sans porter de jugement. Cela implique de rester soi-même.

« *Indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille cet « envahissement » du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui* » D. LIOTARD.

En psychomotricité, on parle aussi d'**empathie tonique** car nous faisons une grande place à la communication non verbale : l'émotionnel et la corporéité sont utilisés.

Pour AUCOUTURIER c'est une « *sensibilité plus aiguë aux modifications tonico-émotionnelles de l'enfant qui, par des ajustements, favorise le dialogue tonique* »⁶. Cela est également pertinent dans la relation à l'adulte, et d'autant plus dans le cas de troubles de conduites verbales comme le mutisme que l'on peut retrouver chez certains patients atteints de schizophrénie (c'est le cas de Cathy par exemple).

V. DEFIOLLES-PELTIER ajoutera qu'« *il s'agit par une mise en éveil de la sensibilité sensorielle et tonique du psychomotricien, d'être en disponibilité pour recevoir les émotions ou plutôt le vécu du patient dans le but de lui offrir le maximum de possibilités d'échanges* »⁷.

L'empathie tonique c'est « *être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps, par une disponibilité à ressentir les modalités tonico-émotionnelles du patient lors d'un échange* »⁸. Le psychomotricien doit être conscient de ses capacités et ses incapacités émotionnelles pour ne pas perdre ses propres limites.

⁶ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 137

⁷ Ibid., p : 137

⁸ TOOUCHARD A. (2006). *De l'intuitif au symbolique : une expérience en thérapie psychomotrice*. In Evolution Psychomotrice n° 71

C. La neutralité bienveillante

Le dictionnaire Larousse définit la bienveillance comme une disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui.

Selon M. TERESTCHENKO, la bienveillance est une disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui.

Dans sa démarche, le psychomotricien se doit d'être dans une attitude de neutralité bienveillante.

Dans la neutralité bienveillante, nous trouvons la notion de **non jugement**. Ce non jugement est une des règles à respecter en thérapie psychomotrice. Cela me paraît très important en psychiatrie pour que la rencontre avec le patient soit la plus juste et la plus vraie possible, mais surtout pour que le patient ne se sente pas jugé dans ses diverses expérimentations. Cela est d'autant plus nécessaire que l'on retrouve de manière prévalente, dans le cas d'un délire paranoïde, des thèmes de persécution, de fausses interprétations.

D. Transfert et contre-transfert en psychomotricité

Le transfert existe dans toute relation thérapeutique, il est nécessaire à la mise en acte. Le transfert est une notion psychanalytique. L'objet de la cure psychanalytique est l'analyse du transfert : s'intéresser à ce qui s'échange au-delà de ce qui se dit.

1. Le transfert en psychomotricité

Pour AJURIAGUERRA, le transfert est l'actualisation sur le thérapeute des contenus inconscients du patient.

Le transfert permet la projection de sentiments conflictuels antérieurs du patient, réactualisés dans une relation avec un nouvel interlocuteur, avec lequel il n'a pas de passé. Il y a un mouvement spatio-temporel. Le transfert peut être positif (affectif et tendre) ou négatif (agressif).

F. DESOBEAU ne parle pas de transfert mais de « relation psychocorporelle ».

Le psychomotricien se sert de ses émotions, des tensions de son corps, comme objet de savoir, pour mieux comprendre l'autre. C'est dans ce sens là qu'il utilise le concept de transfert. Ainsi, il pourra contrôler son empathie tonique pour réguler la relation thérapeutique.

2. Le contre-transfert

Le contre-transfert constitue l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes du thérapeute envers le patient.

S. ROBET OUVRAY parle de « contre transfert émotionnel ». Le contre transfert peut être utilisé comme outil thérapeutique. Le psychomotricien accueille la tension du patient dans son corps et l'utilise au mieux pour percevoir ce qu'émet le patient corporellement. La compréhension de l'autre lui est permise grâce à ses éprouvés corporels.

DEFIOLLES-PELTIER parle de « contre transfert tonico-émotionnel » du thérapeute. Il s'agit pour elle, « *par un engagement corporel, de soulager la souffrance de l'autre tout en préservant ses propres limites* »⁹.

Le psychomotricien doit, d'une part, investir le vécu corporel du patient et ; d'autre part, être présent et attentif à son propre vécu émotionnel et corporel. Toutefois, il doit aussi pouvoir se dégager de son vécu pour ne pas qu'il s'y enferme. Le thérapeute manipule ses émotions comme des objets de savoir et il les utilise à bon escient ; il se sert du concept de transfert dans ce mouvement là.

Le psychomotricien est un miroir sur le plan corporel et un porte parole sur le plan symbolique.

Le corps du patient porteur de schizophrénie manque de fiabilité, le sujet ne peut pas s'appuyer dessus. Le psychomotricien exerce ce rôle de support par la médiation de son propre corps. De plus, parfois, le patient transfère une partie de ses angoisses sur le thérapeute pour vérifier que l'angoisse qu'il est en train de vivre peut se développer chez l'autre. Le psychomotricien doit donc être solide et sécure dans son corps pour pouvoir accueillir l'angoisse du patient sans que cela ne lui nuise.

⁹ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 153

« Être le réceptacle des souffrances de l'autre ne signifie pas pour autant se laisser envahir par ces souffrances. La souffrance de l'autre ne doit pas devenir commune »¹⁰.

G. POUS pense que c'est le double investissement du transfert et du contre transfert qui va faire du corps et de ses sensations, une référence dans la perception d'une continuité d'identité du patient atteint de schizophrénie.

E. La médiation thérapeutique en psychomotricité

La médiation, « *qu'elle soit corporelle ou autre, propose un espace 'entre', un objet commun à partager et à créer* »¹¹. C'est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. La médiation est témoin de la relation existante entre deux personnes.

C'est « *un moyen d'expression mais aussi un moyen de mise en relation entre le monde et soi, entre soi et les autres* »¹². La médiation thérapeutique est une proposition d'accordage entre le patient et le thérapeute.

Pour que la médiation soit investie et qu'elle amène le patient dans le processus de soin, il est nécessaire que le soignant habite les médiations proposées car l'objet médiateur ne présente aucune portée thérapeutique en lui-même.

L'instauration d'un cadre contenant et sécurisant ainsi que la mise en avant d'objectifs de soins sont primordiaux afin d'inscrire ces médiations dans un objectif thérapeutique.

En psychomotricité, les médiations font du corps (du patient mais aussi du thérapeute) le principal objet d'expression. « *La psychomotricité est un dispositif qui fait travailler des médiations, c'est-à-dire une certaine façon de faire, de vivre des choses avec son corps* »¹³.

Les objectifs d'une médiation sont :

- de favoriser l'expression et la structuration psychocorporelle du patient ;
- « proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;
- ainsi qu'aider à la transformation des éprouvés en représentations »¹⁴.

¹⁰ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 154

¹¹ POTEL C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès édition, p : 365

¹² <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/mediations3/POLY.Mini.5.html>

¹³ Ibid.

¹⁴ POTEL C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès édition, p : 367

Les médiations psychocorporelles mettent en jeu le corps physique et psychique. Par une mise en mouvement du corps, le sujet met son activité psychique au travail : c'est un véritable « processus d'étayage corps – psychique qui est mis en jeu »¹⁵.

*« Les thérapies corporelles n'ont pas l'ambition de (re)modeler ou de (ré)adapter un corps conforme à un modèle social ou culturel. Elles ont le simple et difficile projet de (re)donner corps... »*¹⁶.

F. L'ajustement, la distance relationnelle

DEFIOLLES – PELTIER définit la distance relationnelle comme « *l'espace, à la fois concret et symbolique, nécessaire à l'instauration éventuelle d'un lien spécifique dans sa forme et dans sa nature* »¹⁷.

Le psychomotricien se doit d'adapter constamment sa distance à l'autre : il veille à se positionner ni trop près, ni trop loin du patient. Il convient d'instaurer une distance où le patient et le thérapeute se sentent à la fois en sécurité, contenu et à la fois suffisamment libre. Cet équilibre, ce juste positionnement sera induit par la distance du toucher du thérapeute, de ses actions, de ses mots.

Le psychomotricien, présent et attentif au patient, lui accorde du temps, de l'espace et du silence. Le thérapeute ajuste son langage corporel à celui du patient, particulièrement à son état tonique et émotionnel, suivant ses variations. En effet, ce qui ne peut pas être dit verbalement est dit corporellement. Cette **adaptation « tonico-émotionnelle »** permet de contenir, et de maintenir le patient et le thérapeute en sécurité. Il y a donc une adaptation réciproque qui se met en place et un véritable dialogue tonique qui s'installe entre le patient et le psychomotricien. Le dialogue tonico-émotionnel développé par AJURIAGUERRA est donc central.

¹⁵ PINSARD C. (2013). *Faites-moi bouger ! Relaxation et expressivité du corps en psychiatrie adulte*. Mémoire de psychomotricité, Paris.

¹⁶ MORNET J. (2012). *Le corps, lieu de rencontre avec le psychotique*. In Santé Mentale, n°169.

¹⁷ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 129

La proxémie est la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. Les proxémies varient en fonction des cultures (nous sommes plus proches dans les pays latins que dans les pays nordiques par exemple), et en fonction de la communication établie avec quelqu'un. La distance à une autre personne peut être confortable ou pas (être trop près ou trop loin).

Edward T. HALL a défini différentes distances corporelles dans la relation à l'autre :

- La distance intime : inférieure à 45 cm, qui permet de chuchoter. Tous les canaux sensoriels ont de l'importance, la communication non verbale est au premier plan.
- La distance personnelle : de 45 cm à 1,20 m, est la distance employée entre les amis pour discuter. La communication verbale est alors primordiale, et la communication non verbale est seulement présente. C'est relatif à notre culture.
- La distance sociale : de 1,20 m à 3,60 m. Il n'y a plus de contact par les canaux sensoriels. C'est la distance des rapports professionnels.
- La distance publique : de plus de 3,60 m, est la distance du discours officiel, des personnes qui s'expriment en public.

Durant mon stage, j'ai noté que le patient porteur de schizophrénie a des difficultés à moduler les distances interpersonnelles. Il se situe soit très proche des autres (comme si lui et l'autre ne font qu'un) ; soit très éloigné des autres, la relation à l'autre est angoissante pour lui, cela peut s'illustrer par le négativisme qui est une tendance à se raidir face à toute sollicitation venant du monde extérieur (comme serrer la main).

Les personnes atteintes de schizophrénie ont un défaut d'empathie (ou de la théorie de l'esprit) et un trouble de la distinction soi/autrui. Il existe une confusion entre lui et l'autre. Ainsi, ils peuvent se sentir persécutés, avoir des angoisses de dissociation, de morcellement, d'intrusion dans la relation à l'autre. Il est donc important de respecter les distances supportables pour eux afin d'éviter que notre présence soit trop intrusive car nous sommes menaçants pour lui. Il faudra trouver le juste milieu pour que la distance proposée soit tout de même suffisamment contenant et sécurisante.

Afin de respecter cela, le psychomotricien se situe, le plus souvent, à une distance personnelle du patient. Toutefois, il est important de s'adapter par rapport à chaque patient car ils n'ont pas tous la même capacité psychique à supporter notre présence. De plus, il faut aussi respecter nos propres limites personnelles et pouvoir les verbaliser.

Ainsi, il est donc nécessaire de toujours questionner la distance relationnelle.

Le psychomotricien peut utiliser son empathie tonique pour évaluer la distance relationnelle. Pour V. DEFIOLLES, « *il faut savoir doser la quantité et la qualité de notre empathie, c'est-à-dire notre capacité à donner pour pouvoir recevoir* »¹⁸.

Conclusion

Le cadre thérapeutique ainsi que l'établissement d'une relation thérapeutique sont primordiales pour qu'un travail en psychomotricité puisse débuter.

Le respect de l'espace relationnel de sécurité, la neutralité bienveillante et l'empathie du psychomotricien permet le rétablissement d'une relation d'objet devenue impossible. Le patient pourra aborder sa souffrance à sa manière.

La présence corporelle du psychomotricien va servir de support, d'enveloppe sensorielle, de contenant affectif au patient. Les gestes, les postures, les déplacements du thérapeute doivent être calmes, et sûrs.

La voix du psychomotricien doit aussi être enveloppante et contenante car le silence peut être difficile à supporter pour le patient porteur de schizophrénie, renvoyant à son état de vide intérieur. Le psychomotricien prendra soin de moduler son intonation de voix en fonction du message qu'il veut faire passer.

Le regard du psychomotricien doit jouer un rôle de contenant. Le regard est un toucher à distance qui permet de situer l'autre en tant qu'individu. « *C'est le regard qui permet au soignant de voir et au soigné d'exister parce qu'il se sent regardé et vu* » Sabourin¹⁹.

« *Par tous ses sens ouverts, il (le thérapeute) sent, écoute, regarde, respire, donne de la voix ou de la parole. Il se positionne, s'approche, s'éloigne, contient, relâche. Il va exprimer du sensible et de l'émotion par sa posture, son regard, sa voix. Par ces canaux sensoriels, s'introduisent les échanges affectifs* »²⁰. Cette présence permet au patient de faire des mouvements plus libres.

¹⁸ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 136

¹⁹ Sabourin cité par DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 176

²⁰ DESOBEAU F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant, la rencontre en son labyrinthe*. Erès p : 111

III. Outil du psychomotricien

A. Bilan psychomoteur

Le psychomotricien dispose d'un outil spécifique à sa profession : le bilan psychomoteur avec des tests étalonnés et standardisés, quantifiables et objectivables.

Théoriquement, lorsqu'un psychomotricien a une demande de prise en charge, après un entretien préalable, il est amené à faire passer un bilan psychomoteur à son patient. Ce bilan met en exergue les capacités et les difficultés, les échecs et les réussites du sujet. Cela permet au thérapeute de voir où le patient en est, de comprendre comment fonctionne la psychomotricité de l'individu. Le bilan est à la base de la prise en soin, « *il donne à notre regard de clinicien suffisamment d'angles et de reliefs pour saisir toute la richesse et la complexité de la personne patient* »²¹.

Le bilan psychomoteur a une double fonction. Il permet, d'une part, de rencontrer le patient et d'ouvrir à la relation. D'autre part, il participe à l'élaboration d'un diagnostic.

Ainsi, le bilan psychomoteur oriente la future prise en soin en fonction des besoins du patient.

Donc, « *le bilan, outre sa fonction de comptabilité des déficits dus au symptôme, devient un bilan clinique qui donne une image du fonctionnement psycho dynamique du patient, fonctionnement s'observant dans sa motricité, son investissement de l'espace, ses réactions d'inhibition corporelle ou au contraire d'excitation* »²².

Le bilan psychomoteur a initialement été conçu pour les enfants. Il a bien sûr été adapté aux adultes à travers une présentation modifiée prenant en compte les compétences de ce dernier. En effet, il est nécessaire de proposer des items adaptés aux capacités de l'adulte (qu'il a eu ou qu'il a).

Toutefois, du fait de la longueur de certains items et de la pathologie du patient, il n'est pas toujours possible de faire passer ce bilan.

²¹ POTEL C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès édition, p : 113

²² Ibid. p : 73

B. Observation psychomotrice

En plus de ce bilan, le psychomotricien dispose d'un deuxième outil qui est l'observation psychomotrice. Ce dernier, dépend de la subjectivité de chaque psychomotricien.

Le psychomotricien utilise cet outil pour compléter le bilan ou pour le remplacer. En effet, lorsque le bilan est impossible à effectuer, l'appréciation psychomotrice se fait par le biais de cette observation.

Selon C. POTEL, l'observation donne :

- Des informations cognitives et motrices sur les acquisitions ;
- Renseigne sur le vécu du corps et sur l'image du corps ;
- Apprécie la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre.

L'évaluation objective (le bilan) et le regard clinique subjectif sont donc complémentaires dans la pratique psychomotrice.

Dans le centre hospitalier dans lequel je suis en stage, ma maître de stage est rarement amenée à faire passer de bilans psychomoteurs avec des tests standardisés. L'appréciation psychomotrice du sujet se fait grâce à l'observation du jeu spontané, de la relation mise en place et de son investissement corporel. La psychomotricienne a également l'occasion d'observer les patients dans leur quotidien et de recueillir des informations auprès des équipes des services, et lors des temps de réunions institutionnelles (staff, transmissions, synthèses).

Grâce au bilan psychomoteur et à l'observation psychomotrice, le thérapeute évalue les troubles psychomoteurs mais aussi les capacités du sujet dans le but de penser la future prise en soin en fonction des besoins du patient.

A présent, je vais vous exposer les troubles psychomoteurs induits chez le patient atteint de schizophrénie.

IV. Les troubles psychomoteurs induits de la schizophrénie

« Les troubles psychomoteurs dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique, entre le vécu plus ou moins voulu et le vécu plus ou moins subi, entre la personnalité totale plus ou moins présente et la vie plus ou moins jouée » Ajuriaguerra.

Les troubles psychomoteurs sont des « comportements moteurs anormaux qui ne relèvent pas d'une atteinte neurologique manifeste mais demeurent effectivement en prises avec des déterminants émotionnels, affectifs ou cognitifs »²³. Plusieurs troubles psychomoteurs sont observables chez les sujets présentant une schizophrénie. En effet, nous pouvons retrouver entre autre, un trouble du schéma corporel et de l'image du corps ; du tonus et de l'ajustement postural ; de l'espace et du temps ; de la motricité et des coordinations ; de la mimique et de la gestualité ainsi qu'un ralentissement psychomoteur.

Pour rendre compte de ces troubles psychomoteurs, je vais tout au long de cette partie m'appuyer sur une étude de 2008, menée par Laurent TREILLET, Nathalie ROUYERE et Isabelle MECHLER : « *Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte* ». Dans le cadre d'un service de psychiatrie adulte, ils ont exploré la symptomatologie psychomotrice de patient porteur de schizophrénie en référence à une population témoin.

A. Schéma corporel et image du corps

Le schéma corporel et l'image du corps se développent simultanément. D'un point de vue théorique, la différence entre schéma corporel et image du corps est nette. En réalité, la distinction est parfois difficile. J'ai essayé de séparer ces deux notions pour comprendre les différents troubles qui s'y rattachent.

²³ HENRY J.-M, VEDIE C, WITJAS T et al. (2006). *Sémiologie des troubles psychomoteurs*. Elsevier

1. Le schéma corporel

Selon F. DOLTO, « *le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquelles il vit* »²⁴.

Il est en principe le même pour tous les individus. Il est évolutif dans le temps. « Le schéma corporel est l'abstraction d'un vécu dans les trois dimensions de la réalité, (il) se structure par l'apprentissage et l'expérience »²⁵.

Par rapport au schéma corporel, AJURIAGUERRA écrit : « *Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ».

Le schéma corporel est lié à la notion d'espace corporel. Il permet de localiser les différentes parties de son corps. C'est donc une connaissance objective et consciente que nous avons de notre corps en sa qualité d'objet, qui assure un sentiment d'unité corporelle, de continuité d'être. Il donne, également, une certaine qualité de relation à l'espace et à l'environnement. C'est une interface qui permet de relier les milieux intérieurs et extérieurs, la sensorialité et la motricité. Ainsi, les données du schéma corporel organisent la connaissance de soi dans un environnement investi.

Les angoisses du sujet atteint de schizophrénie vont parasiter l'étayage du schéma corporel « *faisant perdre le cadre de référence qu'il est censé offrir* »²⁶. Ainsi, les troubles du schéma corporel chez un sujet porteur de schizophrénie, se caractérisent par une méconnaissance partielle ou totale des parties du corps. Au niveau instrumental, on observe ces troubles dans le maniérisme (outrance dans la gestuelle, maladresse), les perturbations de l'équilibre, les troubles de coordinations dynamiques générales et oculo-manuelles.

L'étude réalisée par L. TREILLET, N. ROUYERE, I. MECHLER (2008), met en évidence chez les patients, d'une part, des perturbations au niveau des sensations extéroceptives d'appuis (diminution du nombre d'appuis cités et manque de précision pour les zones corporelles nommées). D'autre part, un défaut de perception des sensations

²⁴ PIREYRE E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Dunod p : 38

²⁵ Ibid. p : 38

²⁶ YUBERO E. (2013). *Mon corps c'est moi*. Mémoire de psychomotricité. Bordeaux

intéroceptives est également souligné (au niveau cardiaque, respiration, état de détente...). De plus, ils observent un défaut de perception du corps dans l'espace.

Les perturbations du schéma corporel s'observent aussi dans les difficultés de réversibilité et d'organisation des segments corporels.

Selon V. DEFIOLLES-PELTIER, « *le schéma corporel subit les assauts des hallucinations cénesthésiques et s'en trouve modifié, transformé ou amputé* ». Les patients évoquent la fragmentation de leur corps. Chaque partie est vécue indépendamment des autres. Pour elle, « *c'est par le biais de ressenti corporel, qu'il soit statique ou en mouvement, que le schéma corporel se réunifie* »²⁷. Elle pense qu'une restructuration du schéma corporel permet une reprise progressive du contrôle de la pensée.

2. L'image du corps

L'image du corps est un concept psychanalytique. C'est l'image que l'on a de soi qui se construit dans les expériences psychocorporelles et qui met le sujet en relation. Elle est donc en évolution constante tout au long de la vie.

Pour SCHILDER (1968), « *l'image du corps humain est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit* ». Autrement dit, c'est la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. Il intègre la notion de libido au schéma corporel. C'est donc une notion subjective, libidinalisée et inconsciente.

Selon F. DOLTO, c'est la mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, c'est « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles (...), elle peut être considérée comme l'incarnation inconsciente du sujet désirant* ». Elle détaille trois modalités de l'image du corps : l'image de base qui nous permet de nous inscrire dans une continuité d'être tout au long de la vie ; l'image fonctionnelle qui vise à l'accomplissement du désir ; et l'image érogène où se focalisent plaisir ou déplaisir dans la relation associés à l'image fonctionnelle. Ces trois modalités assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution.

²⁷ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur p : 160

G. PANKOW, définit deux fonctions symbolisantes de l'image du corps : la première est de reconnaître l'existence d'un lien dynamique entre la partie et la totalité du corps ; la deuxième est de saisir au-delà de la forme, le contenu et le sens même d'un tel lien dynamique. « *L'image dissociée que le patient a de lui-même peut être limitée, ou au contraire envahir son monde vécu en totalité. Le monde et son corps n'ont alors plus de limites entre eux* »²⁸.

Le sujet porteur de schizophrénie ne peut investir son corps que dans des perceptions partielles clivées. Il va donc avoir du mal à percevoir un corps avec des limites. Ainsi, l'image du corps n'est pas unifiée, globalisée. Les parties du corps ne sont pas reliées entre elles, elles constituent un ensemble de morceaux de corps. C'est en ce sens que nous pouvons dire que la personne atteinte de schizophrénie a une image du corps morcelée, dissociée.

SCHILDER²⁹ aborde la plainte souvent rencontrée chez les patients ayant une schizophrénie, « d'être changé en quelque chose d'autre », et la met en lien avec « une structure libidinale dissociée » dans l'image du corps.

Nous pouvons donc dire qu'il y a un échec d'une des deux fonctions de l'image du corps décrites par PANKOW : soit le sujet ne reconnaît pas les parties du corps en tant que parties (elles peuvent être un tout), soit le sujet est en confusion due à une indifférenciation entre l'intérieur et l'extérieur. « *Le corps vécu n'est plus ressenti comme une entité* »³⁰. Ainsi, la totalité du corps pourrait être remplacée par une partie. « Ces parties pourraient réapparaître dans le monde extérieur sous forme d'hallucinations auditives ou visuelles »³¹. Pour elle, l'image du corps dissocié de la personne atteinte de schizophrénie empêche ce dernier de vivre comme une unité.

THIEBERGE³² quant à lui considère qu'il existe une « menace duelle » dans l'image du corps des patients ayant une schizophrénie qui se traduit dans « les phénomènes de doublure ou de réduplication ». Cela se retrouve dans les phénomènes de dépersonnalisation qui peuvent aboutir à des identifications délirantes.

Ainsi, les troubles de l'image du corps chez les personnes atteintes de schizophrénie vont s'observer dans les angoisses de morcellement, de dépersonnalisation, de dysmorphophobie.

²⁸ PANKOW G. (2009). *L'Homme et sa Psychose*. Flammarion

²⁹ DAL BIANCO C. *Le vécu corporel dans la schizophrénie*. In santé mentale, n°169, juin 2012

³⁰ PANKOW G. (2006). *L'être-là du schizophrène*. Edition Flammarion, p : 242

³¹ DAL BIANCO C. *Le vécu corporel dans la schizophrénie*. In santé mentale, n°169, juin 2012

³² Ibid.

« *Se représenter son corps présent et aussi vécu dans la pathologie schizophrénique relève de l'impossible tant l'incarnation de soi dans la schizophrénie est vouée à l'échec, à cause de divers avatars la sanctionnant* »³³.

L'étude de TREILLET, ROUYERE, MECHLER, met également cela en évidence. En effet, ils observent une désorganisation spatiale des parties du corps les unes par rapport aux autres, des perturbations des volumes des différentes parties du corps, des phénomènes de transparence et des altérations de l'enveloppe, avec en particulier des béances importantes.

Pour eux, les troubles de l'image du corps s'observent aussi dans la négligence de l'hygiène, dans les difficultés à percevoir son identité, dans le manque de confiance en soi et la mauvaise estime de soi. Cela illustre les symptômes de dépersonnalisation retrouvés chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Dans la schizophrénie, l'image du corps est donc marquée par un manque de limites entre soi et l'extérieur, un manque d'unité et d'identification symbolique. Ainsi, le corps du schizophrène est vécu comme étant sans limite, il lui est impossible de faire le rapport entre le contenant et le contenu.

Les troubles du schéma corporel et de l'image du corps chez les sujets porteurs de schizophrénie proviennent d'un vécu corporel désordonné et angoissant ainsi que du défaut de la fonction du Moi-Peau.

B. Tonus et ajustement postural

Pour M. ROY, « le tonus est une tension permanente de la musculature, permet le bon déroulement de l'acte moteur (...). Il se synchronise avec le niveau de vigilance du cerveau, afin de réaliser, dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions possibles, un mode d'expression précis et efficace ».

Différents auteurs comme WALLON, GANTHERET, REICH, considèrent que le tonus musculaire est directement en rapport avec l'histoire émotionnelle et relationnelle de chaque individu, réactualisée dans toute situation présente.

³³ HAOUZIR S, BERNOUSSI A. (2010). *Les schizophrénies*. 2^{ème} édition, Armand Colin, p : 75

La personne atteinte de schizophrénie présente des particularités dans l'ajustement postural et la régulation tonique.

Ces particularités peuvent être dues aux effets indésirables des neuroleptiques. En effet, ces derniers peuvent entraîner un syndrome parkinsonien associé, caractérisé par une akinésie, une hypertonie plastique (avec une rigidité musculaire et un phénomène de roue dentée observés au niveau des membres), des tremblements d'action et de repos, une dystonie aiguë (raidissement du cou et de la mâchoire).

Mais ces particularités peuvent aussi témoigner d'un « dysfonctionnement spontané du système extrapyramidal » (Franck, Thibaut, 2005).

Selon V. DEFIOLLES – PELTIER, « le tonus musculaire, l'un des révélateurs de l'intensité de la souffrance psychique, se trouve modifié (chez le sujet porteur de schizophrénie) et on peut ainsi évaluer "l'état tonique" du sujet »³⁴.

Chez les patients porteurs de schizophrénie, on observe en particulier une hypertonie dans les activités spontanées.

« Pour BARS, l'hypertonie semble revêtir une double fonction :

- Se sentir exister, se sentir présent à son corps,
- Se protéger »³⁵

Donc selon lui, l'hypertonie des personnes atteintes de schizophrénie est mise en place à des fins défensives pour empêcher que des morceaux de corps se perdent ou que des corps étrangers pénètrent. Cette hypertonie joue donc un rôle de « carapace », de bouclier narcissique protecteur, pour pallier à l'absence de sentiment d'unité du corps. Cette enveloppe de substitution lui permet de se sentir contenu, protégé des stimulations, des angoisses et des agressions extérieures, et, ainsi, de se sentir un peu différencié de l'autre.

La contraction du muscle permet de percevoir et de se représenter ce muscle. Toutefois, lorsque le muscle est en contraction permanente il existe un phénomène d'habituation qui atténue la perception. « *L'hypertonie finit par couper la personne des sensations de son corps en même temps qu'elle en entrave la mobilité* »³⁶.

³⁴ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 130

³⁵ LABASTE A. (2008). *La réalité corporelle dans la schizophrénie*. Mémoire de psychomotricité

³⁶ CAUT I. (2000). *Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité*. In *thérapie psychomotrice et recherches*, n° 123.

L'étude de L. TREILLET, N. ROUYERE, I. MECHLER, qui exclue les effets secondaires du traitement, met en évidence une perturbation majeure de la régulation tonique dans la schizophrénie. Ainsi, ils observent une hypertonicité du tonus postural qui affecte principalement l'axe et les ceintures du bassin et des épaules. Malgré la répétition des mouvements passifs, l'hypertonie ne cède pas. De plus, ils soulignent, des fluctuations du tonus cinétique avec une prédominance de l'hypotonie. Cette dernière est présente dans l'ensemble des musculatures des membres et affecte particulièrement les jambes ainsi que les ceintures thoracique et abdominale.

La **dysharmonie du tonus** est donc caractéristique de la schizophrénie. Tantôt, le sujet porteur de schizophrénie se présente en hypertonie avec une hyperactivité, tantôt elle se montre hypotonique dans les phases d'apragmatisme (avec apathie, incurie, clinophilie).

Selon eux, ce tonus dysharmonique pourrait constituer un syndrome caractéristique de cette population qui se différencie de la catatonie.

Le tonus dysharmonique illustre « *une expression de mollesse voire de nonchalance dans le mouvement s'inscrivant sur un axe rigide et pouvant basculer brutalement dans un état d'hypertonicité générale* »³⁷. Pour DEBRAY, GRANGER, AZAÏS (2005), la dysharmonie du tonus reflète les symptômes de dissociation et plus globalement le syndrome de discordance, de désorganisation.

De plus, selon L. TREILLET, N. ROUYERE, I. MECHLER, la dysharmonie tonique joue un rôle dans l'expression de l'angoisse et du sentiment de persécution. Cette tonicité accompagne un état de vigilance élevée employée principalement à « l'observation » des sensations corporelles, à l'observation anxieuse. Ainsi, les troubles toniques du sujet atteint de schizophrénie sont liés à son état interne et majoritairement à ses angoisses.

Les auteurs observent également chez ces patients une difficulté à ajuster leur posture. Ils montrent cela à travers l'épreuve de la poussée où ils soulignent une incapacité du sujet à doser son énergie tonique et à la syntoniser aux contraintes extérieures.

³⁷ TREILLET L, ROUYERE N, MECHLER I. (2008). *Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte*. Entretien de psychomotricité.

C. Désorientation spatio-temporelle

Tout mouvement, toute action se déroule dans un espace et un temps donnés. Le temps et l'espace sont donc des données indissociables. La désorientation spatiale et temporelle sont le plus souvent associées.

Les patients porteurs de schizophrénie ont une dérégulation importante des rythmes veilles-sommeil, de faim et de soif.

De plus, du fait de la rupture psycho-corporelle, les expériences de ces personnes prennent difficilement sens. Ainsi, les sujets présentent un trouble du sentiment de continuité temporelle. Le temps présent n'a plus de sens, le passé et le futur peuvent se confondre. Souvent, « *le dénie du passé en tant que temps vécu empêche le présent d'être ressenti comme la suite d'un déploiement continu qui tisse les fils de l'avenir* »³⁸.

La temporalité et la pensée des sujets porteurs de schizophrénie ne sont pas inscrites dans leurs corps, ainsi, elles se déplacent sur l'utilisation de l'espace investi souvent comme le corps lui-même. La perception de l'espace va être mise à mal sur plusieurs plans : la différenciation de son corps propre ; la distance qui sépare soi du non-soi ; la reconnaissance de ce qui est extérieur au corps propre (avec les notions de dedans-dehors), mais aussi les relations orientées entre le sujet et le monde extérieur.

D. Motricité et coordination

Les personnes atteintes de schizophrénie rencontrent des troubles de la motricité et des coordinations générales. Cela peut être du aux troubles psychomoteurs vu précédemment : trouble du schéma corporel, de l'image du corps et dysharmonie tonique qui empêchent le sujet de réaliser certains mouvements. Mais ces perturbations ne peuvent pas expliquer à elles seules les troubles de coordinations observées chez le patient porteur de schizophrénie.

Selon L. TREILLET, N. ROUYERE, I. MECHLER, les difficultés de coordination apparaissent quand il y a plusieurs tâches à accomplir qui se superposent (mouvements des jambes, de la tête et des bras par exemple). De plus, ces auteurs observent, des perturbations de la motricité faciale et digitale, et/ou des difficultés de mobilisation des ceintures scapulaires et abdominales. Ils constatent également des difficultés à organiser spatialement le geste par rapport aux repères corporels.

³⁸ MARTY F. (2009). *Psychopathologie de l'adulte : 10 cas cliniques*. Editions in press, p : 182

L'équipe de Lazerges en 2011 met en évidence que les sujets porteurs de schizophrénie ont plus de difficultés à synchroniser, coordonner leurs mouvements avec ceux d'une cible biologique (main de l'examineur) qu'avec ceux d'une cible non biologique (cible sur un écran d'ordinateur)³⁹.

Les personnes atteintes de schizophrénie présentent, également, une lenteur à imiter les mouvements avec irrégularité motrice. Les tâches sont accomplies de façon discontinue. Ils n'ont pas la possibilité de corriger leurs erreurs, d'améliorer leur coordination. Ainsi, on peut observer des persévérations, une difficulté à passer d'une activité à l'autre et à terminer une action.

E. Mimique et gestualité

Comme vu précédemment, le tonus, le rapport à autrui ainsi qu'à l'environnement, peuvent être troublés chez les sujets porteurs de schizophrénie, pouvant entraîner des gestualités ou des mimiques inadaptées selon les situations. Ainsi, on observe, chez eux, une surcharge gestuelle avec un défaut d'harmonie, une perte d'efficacité et une finalité écartée. De plus, on souligne des balancements, des contorsions corporelles, des gestes amplifiés, mal adaptés, cérémonieux. On retrouve, également, des contractions non synergiques des muscles du visage notamment entre le haut et le bas du visage (L. TREILLET, N. ROUYERE, I. MECHLER).

Les paramimies présentes chez les sujets atteints de schizophrénie viennent illustrer la dissociation, qui affecte ici la vie du sujet dans sa sphère comportementale. Ce sont des expressions, mimiques ambiguës ou franchement paradoxales.

Les parathymies sont des manifestations émotionnelles paradoxales plutôt de la sphère de l'affectivité qu'on retrouve également chez la personne ayant une schizophrénie. Ce sont, par exemple, les sourires immotivés en contradiction avec la situation, les grimaces, les crispations du visage.

Ainsi, on retrouve chez les sujets porteurs de schizophrénie une asynchronie des mimiques ; une absence ou rareté des sourires ; une immobilité du buste et des bras ; une attitude autocentrée ; une inclinaison plutôt trop antérieure, fermée, que postérieure ;

³⁹ POLLET – VILLARD L. (2012). *Schizophrénie et Psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité, Toulouse

l'absence de régulateurs (hochement de tête,...). Il y a également un défaut d'adaptation du regard avec une tendance à regarder de façon soit insuffisante soit trop importante l'interlocuteur (L. TREILLET, N. ROUYERE, I. MECHLER).

En plus de ces manifestations, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent présenter un apragmatisme, des stéréotypies, un maniérisme, une échopraxie et autres manifestations définies précédemment.

F. Ralentissement psychomoteur

Le ralentissement psychomoteur se définit par une lenteur gestuelle (bradykinésie) et psychique (bradypsychie). C'est une « *exagération anormale des temps de réaction et d'exécution en l'absence de tout trouble élémentaire* »⁴⁰. Des études mettent en évidence que le temps d'initiation et d'exécution du mouvement des personnes atteintes de schizophrénie est augmenté.

Conclusion

Dans cette partie, j'ai mis en évidence les principaux troubles psychomoteurs induits de la schizophrénie. Néanmoins, on retrouve également chez les sujets porteurs de cette maladie un trouble de l'équilibre, de l'inattention, de l'impulsivité. Les troubles psychomoteurs ont un impact sur les désorganisations affectives, les perturbations émotionnelles et sur la maîtrise des compétences sociales comme relationnelles. Selon moi, ces différents troubles sont intriqués les uns aux autres. En effet, le manque d'aisance est souvent associé à un défaut d'intégration des repères essentiels par rapport à soi, à l'autre et au monde extérieur qui structurent et organisent la représentation de soi même et du monde environnant. Ces notions ont leur origine dans l'expérience du corps.

V. DEFIOLLES – PELTIER souligne que ces troubles peuvent être considérés comme des défenses contre la déstructuration psycho-corporelle.

Je vais maintenant vous parler du rôle du psychomotricien auprès des personnes atteintes de schizophrénies.

⁴⁰ POLLET – VILLARD L. (2012). *Schizophrénie et Psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité, Toulouse.

V. Rôle du psychomotricien auprès de patients atteints de schizophrénie

« L'approche psychomotrice est, dans tous les cas, pensée, vécue et ressentie par le professionnel, et toujours envisageable si elle est incluse dans le projet global de soins »⁴¹.

Dans les troubles psychotiques, et dans la schizophrénie particulièrement, le corps est le siège de l'expression de la souffrance psychique. Cette souffrance va directement s'exprimer dans le corps, la maladie prend corps.

Ainsi, la psychomotricité est l'une des professions qui peut intervenir en psychiatrie adulte dans la mesure où elle envisage la souffrance psychique et ses manifestations corporelles par un abord global de la personne. L'intervention psychomotrice se fait en complément du travail médical et infirmier.

Les séances de psychomotricité ne sont réalisées qu'avec l'accord du patient. En effet, le patient doit s'engager et être acteur de sa prise en soin.

A. **Indication de la psychomotricité**

Les troubles de la perception du corps, la sensation de vide intérieur, le morcellement, l'inquiétude sur l'intégrité des organes intérieurs, le trouble du tonus, les négligences corporelles... sont autant de signes qui justifient une prise en soin par le corps.

Dans un service de psychiatrie adulte, la prescription de la psychomotricité est indiquée pour les prises en charges thérapeutiques, mais, elle aide aussi au diagnostic grâce à une évaluation à médiation corporelle.

La psychomotricité peut mettre en évidence la souffrance et l'angoisse liées au corps du sujet porteur de schizophrénie ; mais aussi prendre en compte les éventuelles difficultés dans les sphères relationnelles et corporelles (comme un trouble du schéma corporel, une désorientation spatiale, un trouble du tonus, de l'équilibre ...). L'approche psychomotrice apporte donc à l'équipe une autre dimension du sujet. Elle contribue ainsi, à l'élaboration du diagnostic psychiatrique et à l'orientation du projet thérapeutique global.

⁴¹ DEFIOLLES – PELTIER V. (2008). *Prise en charge en psychomotricité des patients hospitalisés sous contrainte*. In Soins Psychiatrie, n° 256

De plus, la psychomotricité peut être indiquée lorsque le vécu corporel est difficile à élaborer et à verbaliser par le patient. En thérapie psychomotrice, les réactions toniques, les postures, les mimiques, l'utilisation de l'espace prennent sens dans la relation qui s'installe. Il est fréquent que pendant la séance de psychomotricité, le patient verbalise un vécu émotionnel qu'il n'a pas évoqué dans les différents entretiens avec le psychiatre ou les infirmiers. En effet, « *ce qui ne pouvait être ni pensé, ni dit, ni même perçu parfois, est réveillé en thérapie psychomotrice* »⁴².

B. Axes de travail du psychomotricien auprès de patients atteints de schizophrénie

Selon DEFIOLLES-PELTIER, « le projet thérapeutique du psychomotricien s'oriente vers l'unité corporelle, le contrôle tonico-émotionnel et le réinvestissement positif du corps propre du patient »⁴³. Ainsi, « il (le psychomotricien) tente d'aider le sujet porteur de schizophrénie à accéder à un corps contenant, sur lequel s'étaye l'enveloppe psychique »⁴⁴.

Par les phénomènes de dépersonnalisation présents chez la personne atteinte de schizophrénie, le patient se vit comme dépossédé de son corps, cela peut menacer son identité. Le psychomotricien amène le patient à réinvestir son propre corps. Selon G. POUS, l'abord corporel permet au sujet porteur de schizophrénie de percevoir son corps comme objet permanent, relativement maîtrisable et comme le lieu des besoins que la personne est à même de satisfaire.

« *C'est par une redécouverte du corps qu'il y aura une tentative de "réappropriation" des limites corporelles, des sensations, d'une liberté de mouvement et de "rassembler ce qui éclate"* »⁴⁵.

L'approche psychomotrice permet de travailler sur les troubles psychomoteurs cités précédemment. Par un travail sur la structuration psycho-corporelle, le psychomotricien recherche un équilibre entre la mobilisation du patient et le respect des défenses qu'il a mis en place.

Pour cela, le psychomotricien dispose de différents axes de travail :

⁴² DESOBEAU F. (1989). *Le corps et sa mémoire*. In Herman G (coord.). Actes du VI^{ème} Congrès international de psychomotricité. Doin

⁴³ POTE C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès édition, p : 18

⁴⁴ DEFIOLLES – PELTIER V. *Psychomotricité et psychose aiguë*. In Santé Mentale n°169, juin 2012.

⁴⁵ BELLANGER A. (2012). *Vivre et se figurer un corps*. Mémoire de Psychomotricité, Bordeaux

1. De la sensation à la représentation

L'accompagnement du psychomotricien propose au patient d'être et de redevenir propriétaire de son corps laissé un peu à l'abandon. A travers l'exercice de la sensorimotricité, le corps pourra être à nouveau un objet d'investissement.

Selon G. POUS, le travail corporel avec un patient psychotique invite ce dernier à créer des sensations corporelles supportables qui vont « provoquer un effort d'investissement qui permet que la sensation partagée puisse acquérir un sens partagé, que la sensation soit mise en mots, que la sensation prenne sens dans la relation »⁴⁶.

Toutefois, la prise de conscience du corps que le psychomotricien propose au patient doit être adaptée pour ne pas susciter ou aggraver l'angoisse de morcellement.

Le patient porteur de schizophrénie a du mal à mettre des mots sur ce qu'il ressent, il est parfois dans l'ignorance du corps. La médiation corporelle permet la verbalisation des phénomènes cénesthésiques et tactiles vécus par le patient. En plus de proposer une médiation par la sensorialité, le psychomotricien se doit d'accompagner verbalement les ressentis corporels du patient et les émotions, éventuellement, débordantes et anxiogènes. Des représentations peuvent être exprimées par le patient muni du langage ou non. Le psychomotricien écoute ce qui est verbalisé ou accompagne les manifestations comportementales de ce qui ne peut pas s'exprimer par la parole.

« En utilisant le corps comme pivot de la relation, il permettra de restituer un dialogue entre le patient et le monde qui l'entoure. Prendre conscience du bien être apporté par l'autre est une étape vers la reconstruction de soi »⁴⁷.

Une des spécificités du psychomotricien est donc son écoute et sa capacité à reformuler les verbalisations du patient dans le domaine du vécu corporel. Il est important que le patient s'approprie ses propres sensations, mais le psychomotricien veille à situer ce qui appartient au domaine de l'imaginaire, et ainsi, à réaffirmer la réalité du corps.

⁴⁶ POUS G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. L'Harmattan, p : 56

⁴⁷ CHRISTODOULOU A. (2006). *Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie adulte*. In *Evolution Psychomotrice* n° 71, p : 8

« Le travail en psychomotricité permet une réappropriation du ressenti corporel, des limites et du contenant du patient par lui-même »⁴⁸ et une lutte contre l'angoisse qui s'exprime par le corps. Ainsi, le psychomotricien aide à la transformation des éprouvés, des expériences et des ressentis corporelles en représentation, en permettant l'instauration d'une base de sensations-perceptions. Le patient pourra vivre avec un corps qu'il perçoit mieux et qu'il utilisera comme repère par rapport à la réalité extérieure.

2. La régulation tonique

Le tonus musculaire contient l'histoire émotionnelle du sujet et traduit le ressenti du sujet. Au fur et à mesure que le patient reprend possession de son corps, des éléments de son histoire reviennent à la surface.

Une approche globale, telle que le psychomotricien va la proposer, pourra, par son aspect « maternant », « enveloppant » entraîner une certaine réduction des tensions musculaires. Ainsi, le psychomotricien pourra faire prendre conscience au patient de ses tensions pour ensuite travailler sur la régulation tonique qui diminue la réceptivité à l'agression vécue.

En séance de psychomotricité, à travers différentes mises en situations, le sujet atteint de schizophrénie pourra faire l'expérience des différents degrés de tonus. Cela lui permettra de prendre conscience que son tonus est variable mais permanent, singulier, limité, et maîtrisable. Ainsi, il permet une meilleure connaissance de soi.

3. Mouvement - Schéma corporel – Image du corps

Un travail sur les mouvements peut aider le patient à relier les différentes parties de son schéma corporel. Cette réappropriation du corps s'appuie sur le tonus musculaire car c'est notre tonicité qui nous permet de percevoir les différentes parties de notre corps reliées entre elles.

La médiation corporelle invite le patient à percevoir les mouvements qui existent entre l'intérieur et l'extérieur.

⁴⁸ DEFIOLLES – PELTIER V. (2008). *Prise en charge en psychomotricité des patients hospitalisés sous contrainte*. In Soins Psychiatrie, n° 256

Les ressentis corporels permettent au patient d'éprouver son corps dans son ensemble, dans sa globalité, dans son rapport à l'espace. **C'est grâce au ressenti corporel que le schéma corporel se réunifie.**

La relation tonico-émotionnelle entre le patient et le psychomotricien ainsi que le travail sur l'aspect cénesthésique du corps sont essentiels à cette réunification. Ainsi, une fois que le patient reconnaît une partie de son corps comme une partie organisée, il peut reconnaître des structures spatiales, se repérer dans son environnement, dans ses postures et ses mouvements. Le corps réapparaît comme un corps contenant, de ce fait, le vécu corporel devient moins angoissant pour le sujet.

Nous pouvons donc dire que le travail sur le schéma corporel renforce le sentiment d'unité du corps et sa représentation.

En psychomotricité, le patient pourra vivre des expériences corporelles afin de ressentir ses limites et reconstruire son image du corps. En effet, « *la prise de conscience du corps permet un retour à la conscience de certains aspects de l'image du corps* »⁴⁹.

4. L'espace - temps

A l'hôpital, la temporalité du patient est chamboulée. Il se trouve dépossédé de son temps. Une des qualités de l'approche du psychomotricien est qu'il a le privilège de prendre et de redonner du temps et de l'espace au patient. Ainsi, le sujet pourra rétablir des limites temporo-spatiales qui lui conviendront pour élaborer une relation en toute sécurité.

« *La restructuration du temps, facilite la restructuration de la pensée* »⁵⁰.

Par les sensations et la motricité qu'apporte l'approche corporelle, le corps du patient va s'ancrer dans le temps et dans l'espace donnant ainsi un sentiment de continuité au patient.

Ainsi, la thérapie psychomotrice est un espace transitionnel qui propose au patient de se retrouver et de récupérer ses repères spatio-temporels. C'est avant tout la spatialité et la temporalité du corps qui construit le rapport à l'environnement. A partir de ces repères stables (repères corporels et repères topologiques), le patient redevient capable de s'orienter et de se situer dans l'espace.

⁴⁹ PIREYRE E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Dunod

⁵⁰ DEFIOILLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 198

5. Autres éléments à prendre en compte

Chez les personnes atteintes de schizophrénie, les émotions sont perturbées dans leur expression et dans leur gestion. Le psychomotricien est amené à aider la personne à prendre conscience de ses émotions, à les identifier et à les nommer (TREILLET, ROUYERE, MECHLER, 2008). L'expression émotionnelle retrouvée va permettre la décharge tensionnelle et le retour du refoulé. Ainsi, « *le corps devient métaphorique, porteur d'imaginaire et de symbolique, décrypté par le sujet qui le vit et l'exprime au thérapeute qui reçoit et renvoie* »⁵¹.

La psychomotricité est un espace où il n'y a pas forcément d'entretien, la parole n'est pas exclue, mais ce n'est pas la parole qui est sur le devant.

Un travail sur la respiration peut également être proposé. En effet, la respiration établit le lien entre l'espace corporel et le temps corporel. La respiration se trouve donc à la base du réinvestissement corporel. De plus, le rythme respiratoire agit sur les autres rythmes biologiques, le fait de la rétablir permet de rétablir les autres rythmes comme le sommeil par exemple.

Le corps est le lieu de la plainte car il est vécu comme douloureux, subissant des transformations, objet d'agression volontaire, brûlures, coupures... Ces douleurs sont l'expression corporelle des angoisses. Le psychomotricien doit être attentif aux douleurs corporelles du patient. Selon V. DEFIOLLES-PELTIER, « *ces douleurs pourront être le support de la relation thérapeutique car, par des mouvements adaptés, elles pourront être supprimées et une relation de confiance pourra alors s'installer* »⁵².

M. CONTANT et A. CALZA résument bien le rôle du psychomotricien :

« *Une des fonctions qu'occupe le psychomotricien à l'hôpital psychiatrique et ce qui constitue sa spécificité sera de faire redécouvrir au patient le plaisir de l'utilisation de son corps, le goût de parler, d'explorer à nouveau toutes ses possibilités corporelles, en un mot, de communiquer et d'avoir envie de le faire* ».

⁵¹ DESOBEAU F. *Engagement corporel en thérapie d'adultes*. In *Psychomotricité* A. CALZA et M. CONTANT p : 221

⁵² DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur, p : 133

C. Complémentarité du psychomotricien

L'approche psychomotrice comme je l'ai présentée ci-dessus se fait en complémentarité avec l'équipe pluridisciplinaire du service. L'objectif commun à tous les soignants de psychiatrie adulte est de contribuer à l'amélioration des conséquences quotidiennes de la maladie.

Il est important que le psychomotricien soit intégré et reconnu par l'équipe pluridisciplinaire pour « qu'il puisse parler et être entendu, mais aussi qu'il puisse entendre et lire les observations des autres soignants »⁵³. Les échanges et les questionnements des différents soignants sont nécessaires pour faire avancer le projet de soin du patient.

Dans le service où j'effectue le stage, la psychomotricienne prend soin avant la prise en soin de demander à l'équipe l'état journalier du patient et/ou la présence d'évènements marquants, pour que la séance soit la plus adaptée possible.

Il est important de rappeler que le psychomotricien ainsi que toute l'équipe devra être attentif aux défenses que le patient a mis en place, pour pouvoir construire un projet de travail qui les respecte. Ces défenses sont un « véritable moyen de survie » pour le patient selon DEFIOILLES – PELTIER.

L'action du psychomotricien peut se rapprocher du concept de holding de WINNICOTT, dans la relation. Le holding est la capacité à maintenir dans le temps une situation vivable et assimilable pour le sujet. C'est les soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. On peut imaginer, de manière symbolique, que les autres soignants seraient plutôt du côté du handling (procuration de soins de qualité, idée de rassemblement de la personne, mais plutôt du côté du somatique).

Dans le cadre du suivi des patients, le psychomotricien s'emploie à construire et reconstruire avec le patient des expériences corporelles qui lui permettent de distinguer le dedans du dehors, ce qui lui appartient de ce qui lui est étranger, de restaurer et donner du sens aux liens psychisme-manifestations corporelles. Il travaille, ainsi, à l'émergence des contenus psychiques qu'il appartiendra au psychiatre ou au psychologue d'interpréter et qui permettront un travail psychothérapeutique. Selon G. POUS, l'abord corporel est pré-psychothérapeutique.

⁵³ DEFIOILLES – PELTIER V. (2008). *Prise en charge en psychomotricité des patients hospitalisés sous contrainte*. In Soins Psychiatrie, n° 256

Grace à la complémentarité du travail du psychomotricien, du psychiatre, du psychologue et aux effets du traitement neuroleptique, « *le patient pourra vivre avec un corps qu'il perçoit mieux et qui l'aide plus facilement en tant que repère par rapport à la réalité extérieure* »⁵⁴.

Conclusion

Du fait de la dissociation, de la dépersonnalisation, du morcellement le patient porteur de schizophrénie se sent dépossédé de son corps. Il ne semble pas habiter son corps.

Les expériences corporelles que le patient peut vivre en thérapie psychomotrice l'invitent à ressentir ses limites et à reconstruire partiellement une enveloppe corporelle pour lutter contre ses angoisses liées au corps. Le sujet pourra donc faire l'expérience de la réalité physique.

Un travail sur la régulation tonique ; le schéma corporel et l'image du corps ; l'espace et le temps ; permet au sujet d'investir et d'avoir un autre rapport à son corps et à l'environnement. Ainsi, les sensations pourront devenir représentations. L'expérience du vécu corporel, et la prise de conscience de ce dernier, pourra amener le sujet à une conscience de soi, en tant que sujet unifié, différencié de l'autre.

Nous pouvons donc dire que les diverses expérimentations corporelles permettent au sujet atteint de schizophrénie de passer du morcellement, à une réunification et à une réappropriation du corps. Le patient reprend ainsi possession de son corps et de ses actes.

Je vais maintenant vous illustrer mes propos en présentant deux prises en soin qui m'ont permis de réfléchir à ma pratique psychomotrice auprès de patient porteur de schizophrénie.

⁵⁴ CAUT I. (2000). *Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité*. In thérapie psychomotrice et recherches, n° 123.

TROISIEME PARTIE

UNE PRATIQUE PSYCHOMOTRICE DANS UNE
UNITE DE TRANSITION

I. Description du lieu de stage

J'effectue mon stage dans un hôpital psychiatrique pour adultes. Il accueille des patients de trois secteurs de psychiatrie en mode d'hospitalisation complète mais aussi dans le cadre d'hôpital de jour. Il est organisé en six services : trois services d'admissions et trois services intersectoriels (addictologie, unité contenant et unité de transition). Mon stage se déroule dans l'unité de transition.

A. Population accueillie au sein de l'unité de transition

L'unité de transition reçoit des patients hospitalisés au long cours en hôpital psychiatrique. Ils présentent un trouble du développement ou une pathologie mentale chronique. L'impact sur la vie affective, relationnelle et sociale, ainsi que sur les activités domestiques et citoyennes compromet durablement leur autonomie. Ainsi, les patients se trouvent dans une situation incompatible avec une orientation vers une prise en charge ambulatoire.

Dans ce service, nous retrouvons des patients atteints de trois pathologies :

- des troubles psychotiques chroniques (schizophrénie),
- des troubles du spectre autistique,
- ainsi que des patients porteurs d'une déficience intellectuelle de modérée à sévère. Pour la majorité d'entre eux, une étiologie neurologique et/ou génétique est avérée.

B. Spécificité et objectif de l'unité de transition

Cette unité propose une psychiatrie de réadaptation qui va à l'encontre des concepts sémiotiques utilisés dans toutes les autres spécialités médicales et psychiatriques.

La psychiatrie de réadaptation est la « partie de la psychiatrie dédiée aux personnes de tous les âges, dont le comportement est extrêmement modifié dans sa forme et ses fonctions par une déficience intellectuelle liée à une pathologie psychiatrique ou médicale ».

Cette unité dispose de 23 lits de regroupement, et d'un lit d'admission temporaire.

La prise en charge se fait sans limite arbitraire de durée. Elle prend en compte le bilan initial, les capacités d'adaptation du patient, la réponse aux traitements médicamenteux éventuels et aux stratégies thérapeutiques et éducatives mises en place.

Les stratégies thérapeutiques accompagnent le patient et s'adaptent tout au long de son séjour selon des axes de travail prioritaires :

- le bien être du patient,
- le maintien ou le développement de l'autonomie du sujet en vue de son intégration dans une structure adaptée à ses difficultés (FAM, MAS, ESAT, foyer de vie...),
- réduire la fréquence d'apparition et l'intensité des troubles des comportements qui conduisent à la disqualification sociale ou aux conditions de maltraitance.

C. Place de la psychomotricité au sein de cette unité de transition

La psychomotricienne fait partie du service intersectoriel des activités thérapeutiques. Ce service intersectoriel intervient dans les différents services de la structure dont l'unité de transition. Les missions de ce service sont entre autres :

- L'harmonisation du développement cognitif, sensori-moteur et affectif.
- L'amélioration du niveau d'indépendance et d'autonomie du patient dans son environnement en tenant compte de ses habitudes de vie.
- Le développement et le maintien du potentiel physique.
- La valorisation de l'image de soi et la renarcissisation.
- Des espaces d'expression autorisant un lâcher-prise.
- Le développement des liens sociaux interpersonnels et des compétences sociales.
- La découverte ou redécouverte des capacités émotionnelles, communicatives et relationnelles.

Actuellement, au sein de l'unité de transition, la psychomotricienne propose plusieurs prises en soin individuelles et deux ateliers thérapeutiques de groupe qui sont le cirque adapté et le parcours santé en collaboration avec un infirmier diplômé d'état (IDE) ou une kinésithérapeute du service des activités thérapeutiques.

Les prises en soin individuelles se font dans la salle de psychomotricité (qui ne se situe pas dans le même étage que l'unité de transition). Le travail proposé est différent d'un patient à l'autre en fonction du projet thérapeutique et des besoins de chacun.

La psychomotricienne participe également aux synthèses.

Au sein de l'unité de transition, en plus de la place thérapeutique qu'a la psychomotricité, elle a une place dans le diagnostic. En effet, la psychomotricienne peut intervenir dans l'évaluation des compétences cognitives et socio-adaptatives de la personne.

Je vais maintenant vous illustrer mes propos à travers deux études de cas :

II. Nora : un dispositif de soin groupal, le parcours santé

Tous les vendredis après midi de 14h à 16h, je participe à l'atelier « parcours santé ». Cet atelier est animé par la psychomotricienne et un IDE. Sept patients de l'unité de transition participent à cet atelier dont Nora atteinte de schizophrénie.

A. Le parcours santé

Ce parcours santé a plusieurs objectifs thérapeutiques :

- Sur le plan corporel, il s'agit d'amener chaque individu à stimuler ses capacités à mettre son corps en action. A travers les diverses mises en situation, les notions d'équilibre, de coordination, de rythme, d'enchaînement, d'endurance, de respiration sont abordées. Il s'agit donc d'une stimulation psychomotrice globale.
- Sur le plan affectif, cette activité permet la libération des tensions, l'expression du vécu émotionnel, la prise de confiance et la valorisation.
- Sur le plan des interactions sociales, ce support d'activité permet la rencontre entre les patients, l'échange, il favorise également l'entraide et le soutien.
- Sur le plan cognitif, l'activité vient solliciter le travail du repérage spatial et temporel ainsi que la mémoire.
- Enfin, sur le plan sensoriel, le milieu naturel offre de multiples stimulations sensorielles (olfactives, visuelles, tactiles, gustatives) vers lesquelles nous prêtons attention et que nous ne manquons pas d'explorer.

Nous nous appuyons sur les données et les richesses du milieu naturel, en nous orientant, en fonction des participants et des conditions météorologiques, vers des milieux naturels différents : forêts, le bord de mer, le tour des lacs, les sentiers de découverte, des parcours santé. Le choix du lieu se fait de manière collégiale entre tous les participants, avant le départ.

A chaque séance, nous prenons soin d'adapter chaque proposition aux différents états de santé que présentent les patients.

Je vais maintenant vous parler de Nora que j'ai suivi tout au long de l'année au cours de ce parcours santé.

B. Etude de cas Nora

1. Anamnèse

Nora est née le 23 mai 1983 en Algérie, elle a donc 30 ans quand je fais sa connaissance. Nora est une jeune femme de taille moyenne, aux cheveux noirs, courts et frisés. Elle porte des lunettes. Elle est fréquemment vêtue d'habits masculins.

La contradiction dans les dires de Nora concernant sa famille et son parcours ne permettent pas d'établir de manière certaine la réalité des faits.

Selon les dires de Nora, sa mère serait décédée quand elle avait 6 ans. Elle aurait 3 frères dont un qui serait décédé. En 1981, à l'âge de 8 ans, elle serait arrivée sur Paris avec son père qui aurait tenu une brasserie ou qui aurait été magasinier. Nora aurait poursuivi une scolarité satisfaisante, ses capacités à écrire en français en attestent. Elle aurait accumulé des petits emplois jusqu'en 1996. Nora est célibataire et n'a pas d'enfant.

Le parcours traumatique de Nora, son trouble de la pensée (notamment au niveau des associations), ses productions délirantes, associés à une rupture du lien familial rendent son histoire de vie difficile à retracer.

Les premières hospitalisations de Nora datent de 1995 en région parisienne. Nous n'avons pas plus de précision jusqu'en 2001.

En 2001, alors que Nora est en placement d'office dans un hôpital psychiatrique de la région parisienne, elle fugue, et fait un voyage pathologique au cours duquel elle agresse un policier municipal. Suite à cette agression, elle est hospitalisée en unité d'admission de mon lieu de stage. Elle est présentée comme une patiente agressive et opposante.

Entre 2001 et 2004, elle alterne des séjours en hôpitaux, en foyers, et des périodes d'errance au point de perdre ses droits sociaux.

En 2004, après deux mois d'errance, elle est hospitalisée définitivement. Elle présente un état de dégradation physique, des propos décousus et des idées délirantes de pouvoir. Peu coopérante, elle ne répond pas de façon cohérente tant aux questions concernant ses ressources que son lieu de vie.

2. Diagnostic

Le diagnostic posé en 2004 est celui d'une psychose dissociative chronique, de désocialisation complète et des voyages pathologiques. Malgré le traitement neuroleptique, elle reste dissociée et délirante.

En 2005, le diagnostic évolue vers une schizophrénie paranoïde avec troubles obsessionnels compulsifs, idées délirantes de persécution, état dissociatif, rituels d'évitements (au niveau des ascenseurs et carrelages par exemple), et hallucinations.

A ce jour, Nora est en hospitalisation libre. L'orientation évoquée pour elle est celle d'un foyer de vie de type foyer d'accueil médicalisé (FAM).

Nora n'a pas conscience de ses troubles (anosognosie), elle aimerait s'autonomiser en prenant un appartement et en passant le permis. Toutefois, pour elle, l'hôpital joue un rôle d'enveloppe sécurisante. Le cadre institutionnel est essentiel, elle nous le prouve en y restant.

3. Ma rencontre avec Nora

J'ai rencontré Nora au cours de cet atelier parcours santé.

Dès la première séance, Nora a attiré mon attention car, à plusieurs reprises, elle a eu des symptômes de dissociation qui m'ont beaucoup marqué : alors que le groupe marche dans la même direction, Nora fait demi-tour, trottine sur place puis continue sa marche. A ce moment là, Nora ne verbalise pas ce qui lui arrive. Mon manque d'expérience clinique ne me permet pas de comprendre pourquoi elle fait cela. La psychomotricienne m'explique que Nora peut décrire les raisons qui la poussent à agir ainsi : « récupérer ses jambes qui sont restées derrière elle ». Cela est l'illustration d'une hallucination cénesthésique qui fait partie de la symptomatologie de la dissociation.

De plus, ce jour là, il m'a paru difficile de tenir une conversation cohérente avec Nora. En effet, au cours de la discussion les symptômes de dissociation, les hallucinations cénesthésiques ainsi que les délires autour de thèmes morbides (carnivore, cadavre, mort...) viennent se glisser.

Toutefois, Nora m'a très vite intégrée à la prise en soin, elle me sollicite souvent lors de temps informel pour me demander où nous allons aller la fois prochaine.

4. Bilan psychomoteur

Je trouvais intéressant de faire passer un bilan d'évolution à Nora, pour observer comment elle vit son corps, quelles sont ses difficultés mais surtout ses capacités. Cela m'aurait également permis de comprendre par moi-même, les objectifs thérapeutiques que revêt le parcours santé pour Nora.

Après une période d'hésitation, Nora refuse la passation du bilan, elle présente alors un délire de persécution associé à un délire mystique. Elle me répondra que ce n'est pas mon cobaye. Malgré plusieurs propositions, la persécution persiste, je n'ai donc pas pu réaliser de bilan d'évolution.

De plus, la relation duelle entraîne une majoration du délire de persécution chez Nora. Le groupe semble plus porteur pour elle, elle peut se fondre dans le groupe et se sentir, ainsi, moins observée. Je me suis donc adaptée à Nora en lui proposant au sein du groupe des items de bilan que nous faisons passer habituellement de manière individuelle. Ainsi, au cours du parcours santé, j'ai pu administrer de manière ludique différents items de bilan. Nora a alors participé avec enthousiasme aux différentes propositions.

Grâce aux différents items, j'ai pu observer :

- son contrôle postural : marcher sur une ligne, sauter en l'air et toucher ses talons,
- son équilibre statique (maintien d'une posture) et dynamique (saut sur un pied),
- sa structuration spatiale : position d'un objet par rapport à un autre, notions topologiques de base : droite/gauche, dedans/dehors, dessus/dessous.
- son tonus d'action à travers les différentes propositions.

Nora parvient à maintenir une posture durant quelques secondes. Elle a un bon équilibre dynamique à droite. Elle ajuste son tonus aux différentes propositions.

5. Impact des symptômes sur la passation du « bilan » et adaptation

Les symptômes de la schizophrénie sont omniprésents chez Nora. Au cours de la passation, il m'a paru difficile de différencier ce qui émane du délire de ses réelles capacités. Ainsi, il m'est apparu important de relever ici comment les symptômes de la schizophrénie impactent sur la passation des items et viennent interférer l'analyse.

➤ Au niveau du toucher :

Nora présente un **négativisme**, qui est une tendance à se raidir contre toute sollicitation venant du monde extérieur. Elle refuse, par exemple, de serrer la main pour saluer autrui. Pour pallier à cela, elle a trouvé un moyen moins intrusif pour elle de dire bonjour: taper le poing de l'autre avec son poing.

De plus, Nora a des **pensées magiques** concernant le toucher. La fonction protectrice de son enveloppe corporelle reste fragile. En effet, si quelqu'un la touche, il faut qu'elle le retouche en réponse, il faut que ce soit elle qui touche l'autre en dernier.

Durant l'activité, si un autre patient la touche, elle montre rapidement son malaise, pouvant aller jusqu'à gifler l'autre.

Le toucher de l'autre est vécu de manière intrusive. De ce fait, il m'a été impossible d'explorer le tonus de fond de Nora. Toutefois, à travers les différentes mises en situation j'ai pu observer son tonus d'action. Nora adapte bien son tonus aux différentes situations.

➤ Au niveau de la dissociation corporelle et des hallucinations cénesthésiques :

Nora présente des **hallucinations cénesthésiques** importantes: perte d'un ou des deux membres inférieurs par exemple. Elle peut verbaliser cela en disant « je récupère mes jambes qui sont restées derrière moi ».

Elle a également des **hallucinations visuelles** : « ma jambe est toute noire ».

De plus, elle présente des **troubles de l'expérience corporelle**. En effet, elle peut verbaliser, que la longueur de ses jambes augmente considérablement après avoir mangé par exemple.

Nora a aussi des **sensations de détachement corporel**. Elle peut verbaliser qu'on lui a « volé » une partie de son corps : notamment ses cuisses. Elle n'a aucune perception objective de son corps.

Ainsi, Nora n'a pas une image unifiée de son corps : chaque partie de son corps (notamment les jambes) est vécue indépendamment des autres. Ses limites corporelles sont floues. Son image du corps est dissociée. Cela fait partie de la symptomatologie de la dissociation.

De plus, devant le miroir, Nora se regarde beaucoup, elle a besoin de questionner l'autre sur l'image que lui renvoie le miroir « je suis si petite ? ». Elle a besoin de réassurance et de confronter sa perception à la réalité.

Au vu de toutes ces manifestations corporelles, il m'a paru difficile de venir exploiter les items relatifs au schéma corporel.

➤ Adaptation

Au vu des symptômes que Nora présente j'ai du faire preuve d'adaptation. Ainsi, j'ai pu explorer les coordinations motrices générales, pédestres et oculo-manuelles de Nora aux cours de différents jeux : marquer des paniers avec la main droite puis la main gauche ; la course ; passer dans et monter sur un tonneau...

Malgré la dissociation, le geste et le mouvement sont adaptés, dirigés, orientés, elle est dans le lien. Sa latéralité manuelle est à gauche. Elle se place correctement par rapport au ballon ou au cerceau, elle peut, ainsi, bien contrôler son mouvement et son tonus. Cela atteste qu'elle a conscience de son corps dans l'environnement. Elle semble prendre du plaisir dans ces expérimentations, elle se montre souriante. A la fin du parcours, elle peut même verbaliser qu'elle a apprécié ces mises en situation.

Au cours du parcours faisant intervenir les notions d'orientation spatiale, je me suis aperçu que les inférences spatiales de Nora étaient déficitaires. Elle sait, par exemple, se rendre à deux endroits distincts mais elle ne peut pas aller de l'un à l'autre. Le lien n'est pas représenté, l'espace est perçu de manière dissocié, morcelé. Je suppose que l'espace lui apparaît morcelé comme son propre corps. En effet, comme dit précédemment, l'espace est souvent investi comme le corps lui-même.

➤ Recueil des informations du quotidien via l'équipe pluridisciplinaire

Le trouble de l'image du corps que Nora présente se retrouve également dans les troubles de l'hygiène. En effet, elle est en difficulté pour se laver, elle explique cela en disant que « ça va lui arracher la peau ». Ainsi, l'évitement de la douche est une manière pour elle de se protéger de la menace de morcellement.

Elle est également en difficulté pour se séparer de ses vêtements anciens. Les vêtements semblent avoir, pour elle, un rôle d'enveloppe sécurisante qui lui permet de se protéger de son corps menaçant et angoissant.

Cela est une illustration de **l'incurie** que présentent certains schizophrènes. Celle-ci peut être comprise comme secondaire à leur perception corporelle, comme une façon de se protéger de la menace de morcellement ou d'intrusion, mais elle peut aussi être comprise comme un comportement d'opposition et de repli face à la demande de l'autre, vécue comme intrusive.

Sur le plan du comportement, on peut noter que selon les jours, Nora alterne des comportements adaptés au cours desquels elle se montre souriante et accède à l'humour, avec des moments de délire où son visage apparaît fermé, le regard noir. Lors de ces temps là, Nora s'isole un peu du groupe et refuse de participer aux mises en situations. J'ai donc du m'adapter à l'état fluctuant de Nora.

6. Axe de travail et conduite à tenir

Les observations générales et spécifiques que j'ai pu faire lors de la passation des items du bilan m'ont permis d'élaborer des axes de travail et des conduites à tenir.

➤ Axes de travail

Le travail avec Nora au cours du parcours santé, s'est porté sur deux axes :

- La prise de conscience et l'unification de ses deux jambes. En effet, les délire et les hallucinations corporelles que Nora présente, portent principalement sur le bas du corps.
- Favoriser le repérage spatial, l'appréhension de l'espace.

Bien évidemment, j'aurai pu axer le travail sur d'autres symptômes observés, mais j'ai préféré fixer ces deux là car ce sont les plus prégnants et ceux qui m'ont le plus marqués.

➤ Moyens utilisés

Les moyens utilisés pour aborder ces deux axes de travail sont la proposition d'expérimentation motrice variée faisant intervenir les notions d'équilibre statique et dynamique, de contrôle postural, de régulation tonique, de coordination oculo-manuelle et de coordination dynamique générale. Mais aussi, le travail spatial mis en place au cours de la prise en charge individuelle citée ci-dessous.

Globalement, la séance se structure en deux temps : un temps de marche et un temps où je propose des expérimentations corporelles telles que des parcours psychomoteurs dans l'environnement et des jeux collectifs.

Les parcours psychomoteurs ont pour objectifs de faire travailler l'équilibre, l'ajustement tonique, le schéma corporel, le repérage spatial, mais aussi la compréhension des consignes, la mémoire, la relation à soi et à l'environnement. Le fait de sauter d'une hauteur, de passer dans un cerceau, de sauter à cloche pied, de rester en équilibre sur une poutre sont autant d'expérimentations qui permettent à Nora de prendre conscience et d'unifier ses jambes à l'ensemble de son corps.

Les jeux collectifs sont l'occasion pour Nora de contrôler ses mouvements, de bien se placer dans l'espace environnant. Ces mises en situations font également travailler la coordination dynamique générale. Cette dernière demande un ajustement de l'ensemble des parties du corps. Elle est liée à l'élaboration du schéma corporel car la prise de conscience du corps est nécessaire à l'exécution et au contrôle des mouvements précis. La prise de conscience globale du corps permet ensuite la disponibilité de chaque partie du corps. Ces jeux permettent également d'entrer en relation avec l'autre, de faire confiance aux membres de son équipe.

Toutes ces expérimentations corporelles ont pour objectifs de faciliter la représentation de l'unité corporelle et de mettre le délire à distance sans toutefois le faire disparaître.

De plus, pour travailler sur le repérage spatial, et l'autonomisation lors de ses déplacements, j'ai eu l'occasion d'accompagner Nora à l'extérieur lors d'une prise en soin individuelle. J'ai ainsi pu observer comment elle se déplaçait, comment elle se repérait dans l'environnement.

Le trajet à l'aller a d'abord été travaillé sur un plan. La première difficulté a été de transférer les données du plan à la tridimensionnalité. En effet, comprendre où est l'arrêt et le sens de la circulation n'est pas facile pour Nora. Nous la guidons pour prendre des repères.

Au cours de ce déplacement, Nora n'a pas montré de difficulté au niveau des inférences spatiales. Je pense que notre présence étayante l'a rassurée, elle a ainsi pu se déplacer en toute sécurité.

Ses capacités de réversibilité sont préservées, son aptitude à faire le trajet à l'envers sans aide en atteste.

Cette matinée a été l'occasion pour moi d'observer les divers symptômes qui s'expriment chez Nora et qui viennent parasiter de manière massive la moindre tâche. Par exemple, au moment de déclencher la demande de l'arrêt de l'autobus, elle est troublée par des pensées magiques qui nuisent à la réussite de l'exercice. Par ailleurs, elle est en difficulté pour changer de place dans le bus, elle présente également des barrages.

Devant les personnes, Nora fait preuve de bonne compétence sociale, elle arrive à contenir son délire. Toutefois, une fois qu'elle n'est plus face à la personne, Nora fait de fausses reconnaissances, de fausses interprétations, le délire de persécution reprend le dessus.

➤ Les conduites à tenir

Durant les séances, il est nécessaire de rappeler à Nora le cadre de l'atelier. Elle teste les limites de ce cadre. En effet, elle prend l'autorisation de fumer pendant l'activité ou demande à aller acheter des cigarettes sur le chemin. Nora a du apprendre à gérer ces situations de frustrations.

Il est important que nous maintenions ce cadre car il joue le rôle d'un contenant psychocorporel : « *un contenant malléable mais ferme dans lequel le patient va pouvoir exprimer, jouer, s'éprouver, pour peu à peu se constituer une enveloppe à la fois souple et solide, contenant d'une intériorité psychique* »¹.

Pour que Nora puisse participer aux différentes propositions, il a fallu qu'une relation de confiance s'établisse entre elle et les soignants. L'alliance thérapeutique est donc essentielle au cours de ce parcours santé. Néanmoins, cette alliance a mis un peu de temps à s'installer entre elle et moi. En effet, à partir du moment où je me suis particulièrement intéressée à elle en lui proposant le bilan d'évolution, je suis devenu son objet persécuteur. A plusieurs reprises, Nora questionne la psychomotricienne en lui demandant ce que je lui veux. De plus, elle me dit qu'elle a l'impression que je veux lui aspirer son cerveau. Le maintien du cadre, le respect de la distance corporelle qu'elle supporte, l'accompagnement dans les mises en situations ont été nécessaires pour qu'un lien s'établisse entre elle et moi. Petit à petit une relation de coopération s'est installée. Ainsi, Nora a pu expérimenter des mises en situation en toute sécurité.

Durant les séances, la verbalisation, la réassurance lors des mises en situations ont été indispensables pour que Nora puisse dépasser ses peurs, ses représentations, ses angoisses et qu'elle participe, ainsi, aux différentes propositions de manière ludique, en prenant du plaisir.

7. Evolution de Nora au sein du parcours

Au début, Nora était peu en interaction avec les autres participants : soit elle s'isolait, soit elle restait avec un soignant. Au fur et à mesure, elle a su trouver sa place dans le groupe, à sa manière. Nora peut maintenant aider un des participants s'il se trouve en difficulté ou en féliciter un autre pour son comportement par exemple.

¹ POTE C. (2012). *La contenance, les limites, le corps*. In Santé mentale n° 172

De plus, elle ne voulait pas participer aux propositions faites, elle restait sur le côté, en hypertonie. Maintenant, grâce à l'étayage proposé elle accède aux diverses expérimentations, elle peut adapter son tonus, son équilibre, son mouvement aux différentes mises en situations. Ainsi, elle peut aller jusqu'au bout de l'activité. L'espace proposé est investi.

Conclusion

De façon générale, Nora participe de façon active et régulière à cet atelier et a su en tirer les cotés bénéfiques malgré un fond délirant toujours présent qui la parasite.

Ainsi, en favorisant la multiplicité des expériences corporelles, dans un lien à l'autre, Nora a pu réinvestir son corps par une restructuration de l'unité corporelle. Ce projet vise à aider Nora à atténuer ses angoisses et ses souffrances permettant ainsi un certain ancrage dans la réalité qui se construit dans la relation à soi, à l'autre et à l'environnement.

La constance du cadre, la relation de confiance, la réassurance, la présence étayante des soignants lui ont permis de lâcher prise tant au niveau de son corps que dans la relation à l'autre.

Toutefois, au cours de cet atelier, je me suis demandé plusieurs fois comment aborder le corps du psychotique ? En effet, il est important de rappeler que le délire de la personne atteinte de schizophrénie a une fonction protectrice contre la décompensation. Le délire est une tentative de combler le vide auquel le patient est soumis. Il permet aussi de rendre la réalité plus supportable pour le sujet. Il faut donc le respecter et faire attention à ne pas trop stimuler le corps du psychotique pour éviter l'effondrement. Le psychomotricien devra trouver un équilibre entre ce que le patient nous laisse approcher et ce qui est supportable pour lui. Ainsi, chez Nora, nous n'avons pas touché à ses pensées magiques concernant le toucher de l'autre par exemple.

III. Cathy : une prise en soin individuelle

A. Anamnèse

Cathy est née le 11 Août 1978, elle a donc 35 ans quand je fais sa connaissance. Cathy est une jeune femme aux yeux marrons, au teint clair et aux cheveux courts. Elle est fine et de taille moyenne. En arrivant dans le service, sa déambulation, sa posture (bras croisés les mains s'accrochant aux aisselles) et son mutisme ne m'ont pas laissé indifférente.

Cathy est la deuxième d'une fratrie de quatre enfants. Elle a vécu avec ses parents, jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle a ensuite été placée deux ans en famille d'accueil pour cause de maltraitance familiale.

Sa mère souffrait de trouble bipolaire, elle s'est suicidée en 2004 par immolation, lorsque Cathy avait 26 ans. La même année, sa tante et ses grands-parents maternels sont décédés.

Son père est alcoolique, il est sans obligation de soins bien qu'il y ait eu des attouchements sexuels auprès de Cathy et ses sœurs.

Dans ce contexte familial difficile, Cathy a suivi une scolarisation satisfaisante. Elle a fait des études de droit jusqu'en 2008. Elle a vécu dans un appartement autonome durant ses études. Cependant, elle n'a pas exercé d'activité professionnelle. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant.

Concernant les antécédents familiaux, Cathy a une sœur qui est atteinte d'une déficience mentale. De plus, elle a deux tantes paternelles porteuses d'une pathologie neuropsychiatrique dont nous n'avons pas de précision.

A l'âge de 16 ans (en 1994), Cathy fait une primodécompensation d'un trouble de l'humeur avec caractéristique psychotique.

Entre 24 et 28 ans, elle se fait hospitaliser brièvement à plusieurs reprises en milieu psychiatrique pour trouble de l'humeur, éléments hallucinatoires (auditifs principalement) et dissociatifs à minima. Le diagnostic posé alors est une schizophrénie dysthymique sur fond de maltraitance familiale.

En 2008 (30 ans), Cathy est hospitalisée pour recrudescence hallucinatoire, désir de modification du traitement qui entraînent une désinhibition instinctuelle. Elle est suivie dans ce service psychiatrique pendant deux ans. A la fin de cette prise en soin, Cathy se montre totalement opposante aux soins et à la prise de traitement. Elle reste régressive sur le plan comportemental : encoprésie, énurésie, s'alimente difficilement, son discours est très appauvri, désinhibition sexuelle.

Cathy est suivie à l'hôpital psychiatrique, où j'effectue mon stage, depuis janvier 2010 pour désorganisation avec déshinhibition instinctuelle (encoprésie, énurésie, propos incohérents). A son arrivée, elle est accueillie dans le service d'admission de son secteur géographique. Elle présente une désorientation temporo-spatiale, la communication est difficile mais elle entend les consignes données. Par moment elle accède à l'humour mais ses propos sont toujours délirants (centrés principalement sur la mort de bébés).

Son comportement illustre le tableau clinique de la dysthymie : par période Cathy est dans une phase maniaque (soliloque, elle fait des fausses reconnaissances, elle est logorrhéique, elle a des hallucinations visuelles, elle fait des avances d'ordre sexuel). A l'opposé par période elle se montre clinophile², en retrait, isolée.

B. Diagnostic

Depuis le début de la prise en soin dans ce service hospitalier et notamment depuis l'été 2012, Cathy fait face à une dégradation cognitive et comportementale avec perte totale d'autonomie : trouble de la mémoire ; détérioration importante de l'attention, de l'orientation spatiale et temporelle ; peu ou pas de langage ; instabilité psychomotrice ; apragmatisme ; trouble affectifs majeurs ne permettant plus aucun contact avec la réalité.

L'évolution de Cathy est atypique de la pathologie schizophrénie paranoïde avec fluctuation de l'humeur dont elle est porteuse. Son délire reste très productif et résiste à la quadri-thérapie antipsychotique et thymorégulateur administrés quotidiennement. Le médecin psychiatre est donc à la recherche d'une maladie métabolique ou neurologique associée qui pourrait expliquer l'évolution actuelle de Cathy vers un état déficitaire.

² Fait de rester couché en permanence, symptomatique d'un désintérêt ou d'une peur de la vie sociale ainsi que d'un repli sur soi.

C. Prise en soin de Cathy en psychomotricité

1. Ma rencontre avec Cathy

Les premières semaines de mon stage, lorsque j'observe Cathy dans le service, je m'aperçois qu'elle déambule beaucoup, elle ne touche à rien. Elle regarde souvent le sol. Elle ne parle pas, mais, quelquefois elle crie des phrases incohérentes qui témoignent d'hallucinations et d'une production délirante importante.

Sa posture est particulière, elle se présente les bras croisés avec les mains qui s'accrochent sous ses aisselles comme si elle avait besoin de se tenir, de se sentir, de se contenir.

Ces dernières années, elle fait face à une dégradation cognitive et comportementale avec perte totale d'autonomie. Elle se coupe de toute relation avec l'environnement qui l'entoure.

Après quelques semaines, une instabilité psychomotrice et un épisode d'agitation apparaissent chez Cathy. En effet, j'observe que son comportement change, elle est plus hétéro agressive, elle recommence à manipuler les objets qui l'entourent. Elle sort du service à deux ou trois reprises. Dans le couloir elle s'accroche au personnel soignant. Dans sa chambre, elle déplace tous les meubles, dort par terre, laisse ses mains contre le chauffage brûlant, souille le sol... De plus, elle ne dort quasiment plus, elle reste dans la chambre, elle se balance et soliloque.

Le psychiatre et l'équipe sont en réelle demande d'aide, ils se sentent démunis face à Cathy, son comportement actuel est inadapté d'autant plus qu'il y a un an, son comportement était tout à fait différent et qu'il y a 6 mois elle parlait encore. Une tentative d'approche psychomotrice fut alors avancée par le médecin psychiatre, une prescription en découle.

Avec la psychomotricienne nous avons décidé que j'aie dans un premier temps à la rencontre de Cathy dans le service, quelques semaines avant le début de la prise en soin, pour que Cathy puisse faire ma connaissance et m'associer à la future prise en soin.

Le premier contact se fera avec une prévalence du mode de la communication non verbale, sur un mode corporel. En effet, la première fois que je vais vers Cathy, elle me prend la main et la serre fort, malgré les sollicitations de la psychomotricienne, elle ne me regardera pas. Le même jour, elle reviendra me voir pour me toucher l'ensemble de mon corps (comme une « fouille au corps ») de haut en bas et de bas en haut, puis s'en ira. La semaine suivante, elle me dira bonjour par un massage de la main et cette fois ci, elle me regardera.

Il lui aura donc fallu plusieurs rencontres avant qu'elle puisse me regarder dans les yeux.

2. La prise en soin

La prise en soin de Cathy a débuté en décembre 2013 à raison d'une séance hebdomadaire de 30 à 45 min avec la psychomotricienne (qui se positionne en tant qu'observatrice) et moi-même, dans la salle de psychomotricité. Celle-ci ne se trouve pas au même étage que l'unité où Cathy est accueillie.

Les séances de psychomotricité visent les différents axes de travail suivants :

- favoriser la prise de conscience corporelle, renforcer les limites de son corps,
- aborder le travail de régulation et de contrôle du tonus,
- favoriser le repérage spatial,
- favoriser ou faire émerger l'action et les interactions avec l'environnement humain et matériel.

Les moyens utilisés sont la proposition d'expérimentation motrice variée faisant intervenir les notions de schéma corporel, coordination/dissociation, sensorialité, équilibre, tonus et posture, coordination oculo-manuelle.

Avant chaque séance je prends soin de m'informer auprès de l'équipe infirmière et aide médico-psychologique (AMP) de l'état journalier de Cathy pour que la séance soit le plus adaptée possible.

Au vu du tableau clinique que présente Cathy, je n'ai pas pu réaliser de bilan psychomoteur. Toutefois, à partir de ce que nous avons pu observer de Cathy au sein du service nous avons élaboré, avec la psychomotricienne, une grille d'observation – évaluation³. Cette grille nous a permis d'observer le comportement spontané et dirigé de Cathy par rapport à soi, à l'environnement, à l'objet et à l'autre ; mais également de distinguer ses centres d'intérêts pour ensuite mettre en place une prise en soin la plus adaptée et ajustée à Cathy.

Nous avons consacré deux séances à l'observation du comportement spontané et dirigé de Cathy. Au cours de ces séances, nous lui avons proposé diverses stimulations sensorielles (visuelles, auditives, tactiles). Au début de la première séance, nous avons pris soin de présenter les lieux, les personnes, le travail que nous allons faire ensemble en précisant son but. Progressivement, un cadre sécurisant se met en place.

³ Confère grille annexe 2

De ces observations, il en ressort que Cathy peut vite s'enfermer dans des comportements autistiques de repli. Il est nécessaire de la stimuler pour qu'elle nous montre ses capacités à entrer en relation et à interagir avec l'autre, ses capacités de coordination oculo-manuelle et oculo-pédestre mais aussi ses aptitudes à se poser et à se détendre. De plus, des diverses stimulations sensorielles proposées, il semblerait que le moyen privilégié pour entrer en relation avec Cathy soit le toucher.

Suite à ces deux séances d'observations, nous avons décidé avec la psychomotricienne de ritualiser la séance en trois temps : 10 min de temps d'observation du comportement spontané de Cathy, 20 min de sollicitations pour faire émerger un comportement dirigé (« d'invitation à... ») autour des différents axes de travail. Puis un temps calme d'approche corporelle par des massages, des enveloppements, des mobilisations passives d'environ 10 min également.

En plus de ces trois temps, je demande à Cathy d'enlever ses chaussures en arrivant dans la salle et de les remettre à la fin (rituel de début et de fin de séance). Ces rituels structurent le temps et permettent à Cathy de s'autonomiser dans ses actes.

Le fait de partager la séance en trois temps fait partie du cadre temporel. C'est une « *structure fixe à l'intérieur de laquelle nous pouvons nous mouvoir* »⁴. C'est un espace contenant qui permet l'intégration des repères temporels. De plus, ce cadre temporel donne un sentiment de continuité qui permet aux mises en jeu de Cathy de se déployer.

J'observe que l'état général de Cathy est fluctuant et qu'elle se montre certains jours plus disponible. Toutefois, l'approche corporelle s'avère être le noyau constant sur lequel je peux m'appuyer pour, non seulement, faire émerger ses capacités relationnelles, mais aussi ses capacités à interagir avec l'environnement. Son adhésion aux séances de psychomotricité est perceptible. D'ailleurs, elle hoche la tête en guise d'un oui quand je lui demande si nos rencontres lui conviennent.

Cathy m'a très vite acceptée et intégrée à la prise en soin. Elle accepte que je sois à côté ou en face d'elle. Je pensais que le contact corporel pourrait être ressenti comme agressif ou intrusif par Cathy. Au contraire, elle accepte bien ce contact, elle pourrait même venir se lover contre moi. A plusieurs reprises, elle vient m'enlacer ou me faire une « fouille au corps ». Cela me fait penser à la notion de « *proxémie* », de distance interpersonnelle développée par HALL.

⁴ V. DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur

Dans ces moments où Cathy aborde l'autre de manière intrusive, j'ai l'impression que pour elle, son corps et mon corps ne font plus qu'un. Dans la schizophrénie, il y a une « *indistinction soi/autre dans une relation où le sujet et l'objet sont un. En effet, le Moi morcelé du schizophrène ne lui permet pas d'avoir une conscience claire du dedans et du dehors, du soi et du non-soi* »⁵. J'essaie de me positionner en tant qu'individu à part entière, différenciée d'elle pour lui montrer que c'est parce que je suis différenciée d'elle qu'elle ne peut pas faire ce qu'elle veut avec mon corps. Ainsi, je pose un cadre en lui montrant son corps puis mon corps pour qu'elle prenne conscience des limites corporelles de chacun et de la différenciation de nos corps.

En ce qui concerne la **communication**, Cathy ne parle pas. Toutefois, par moments elle crie ses délires. Cette forme d'expression est un trouble des conduites verbales du schizophrène qui peut être associé à un mutisme et à une altération phonétique (modification du timbre de la voix). « *Cet état de mutisme ou de semi-mutisme (entrecoupés de gestes brusques ou d'impulsions verbales) a pour fonction de « couper le contact » et de satisfaire les exigences de repli sur soi-même* »⁶.

Cathy privilégie le canal sensoriel pour être en lien avec autrui, notamment par le toucher.

Au début de la prise en soin, Cathy ne me regardait pas trop. Maintenant, son regard est dirigé et son visage devient expressif lors des mises en jeu corporelles qu'elle apprécie ou lors des moments de détente proposés.

Ainsi, je note qu'en stimulant Cathy sur le plan sensoriel et la communication, elle sait se faire comprendre et montrer son refus, en privilégiant un mode d'expression non verbal.

Durant cette prise en soin, il est primordial que je sois à l'écoute des réactions toniques et émotionnelles de Cathy pour m'accorder, m'ajuster à son langage corporel, car la communication non verbale est privilégiée. Le dialogue tonico-émotionnel qu'AJURIAGUERRA développe est donc central au cours de ces séances. Pour AJURIAGUERRA, « *le dialogue tonique jette le sujet tout entier dans la communication affective et ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps... Le dialogue tonique est et reste le langage primaire de l'affectivité* »⁷.

⁵ PEDINIELLI J. -L., GIMENEZ G. (2009). Les psychoses de l'adulte, 2^{ème} édition, Armand Colin, p : 82

⁶ LEMPERIERE T, FELINE A. et al. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson, p : 346

⁷ DEFIOLLES-PELTIER (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur p : 136

➤ Dans le comportement spontané

Cathy montre de l'intérêt pour les objets présents dans la salle de psychomotricité. D'une séance à l'autre son intérêt se porte principalement sur le même type de matériel : objets mous et élastiques qu'elle peut tirer, malaxer, écraser comme pour tester la résistance, les limites de l'objet. Elle est dans la recherche de sensation tactile. A ces moments là, j'interagis avec ce qu'elle amène, en donnant du sens à ce qu'elle fait.

Ces fixations sont accompagnées de mouvements autistiques et stéréotypés, de type balancements droite/gauche et avant/arrière. Comme dit précédemment, chez la personne atteinte de schizophrénie, des stéréotypies de gestes sont observées. C'est un trouble du comportement de la sphère corporelle qui fait partie de la symptomatologie de la dissociation.

Les dernières semaines, après un temps de mouvement stéréotypé (où Cathy « tourne en rond » sur le tapis), elle explore activement et spontanément le nouveau matériel. Elle remet également en jeu le matériel utilisé la séance passée.

➤ Dans le comportement dirigé

Sur le plan des **coordinations oculo-manuelles**, si je la sollicite sur le plan sensoriel, j'observe qu'elle présente des capacités dans ce domaine. Par exemple lors d'échange de ballon son geste est précis, orienté, dirigé. Ainsi sollicitée, Cathy fait ré émerger sa mémoire motrice, car il faut rappeler que Cathy est une ancienne joueuse de basket.

Concernant le **tonus**, au cours des premières séances j'ai pu observer des variations toniques, allant de l'hypertonie dans les escaliers à une hypotonie sur le gros ballon par exemple. Par un travail de régulation du tonus autour de mises en jeu corporelles que je lui propose, je constate que Cathy régule mieux son état tonique. Ces activités se font en lien avec moi. J'essaye d'être présente et attentive à Cathy et de lui apporter un étayage suffisant pour qu'elle se sente sécurisée dans les différentes mises en situations.

Cette régulation tonique peut également être due au fait qu'elle se sente plus contenue et en confiance dans ce lieu où elle expérimente à nouveau des situations, en mettant son corps en action. Une relation de confiance s'est établie entre elle et moi.

Face aux propositions faites, Cathy se montre active et peut exprimer son désaccord. Elle est également dans le contrôle. Elle recherche le tonus adéquat pour monter sur le gros ballon; elle prend plaisir à me guider dans un deuxième temps lorsqu'on se trouve toutes les deux dans un même cerceau par exemple. Au cours de ces activités (gros ballon, cerceau...), je vois que Cathy semble prendre du plaisir à revivre et à retrouver ces sensations corporelles, à se retrouver. Elle sourit beaucoup.

Sur le plan de **l'image du corps**, au cours d'un délire, Cathy a pu dire que ses bras sont des prothèses, que ce ne sont pas ses mains, que son corps n'est que « comme ça » en montrant uniquement ses jambes. Ceci est l'illustration d'une image du corps dissociée, morcelée, non unifiée. Elle ajoute qu'elle n'a pas d'organe, de colonne vertébrale, de moelle épinière... Cela peut traduire l'angoisse d'inanité présente chez certaines personnes atteintes de schizophrénie qui traduit le sentiment de la personne de n'être qu'une « coquille remplie de vide ». Elle finit par dire qu'elle n'est pas humaine. Elle fait face à un sentiment de dépersonnalisation. Ce jour là, Cathy est exceptionnellement sur un mode verbal, j'ai donc pu noter des éléments cliniques supplémentaires concernant le vécu qu'elle a de son corps.

Concernant le **schéma corporel**, Cathy est capable sur consigne de me montrer différentes parties du corps. J'ai mis en place différentes mises en situation pour explorer ce domaine : passage dans un cerceau, positionnement de foulards sur les différentes parties du corps... Pour renforcer cela, dans les différentes propositions que je lui fais, je prends soin de nommer les différentes parties du corps que l'on mobilise chacune centrée sur notre propre corps. Ainsi, les différentes mises en situations et la verbalisation que j'ai pu en faire lui ont permis de réunifier son schéma corporel et son image du corps.

Par rapport à la **latéralité**, nous pouvons observer à travers ses manipulations que Cathy est gauchère, sa latéralité pédestre est également à gauche (shoot dans le ballon).

En ce qui concerne le **repérage spatial**, Cathy présente une désorganisation. Elle ne repère pas encore la salle de psychomotricité. Mais il y a un début de repérage spatial pour aller jusqu'à la salle de psychomotricité. Pour renforcer cela, j'ai mis en place un travail sur le marquage des lieux pour l'aider à se repérer. Toutefois, l'information visuelle mise en place a été non signifiante pour Cathy.

J'ai également observé qu'elle présente un trouble de **l'équilibre** notamment en station unipodale mais également lors de la descente des escaliers (lors des deux premières séances où elle a été obligée de nous tenir la main). Un travail lui est proposé au cours des séances (tenir en équilibre sur un step, pousser un cylindre en étant sur les genoux...). Ainsi, j'ai pu constater une amélioration dans ce domaine.

En ce qui concerne ses **capacités de compréhension**, Cathy fait preuve d'une bonne compréhension si les consignes qui lui sont énoncées sont simples. Si elle est trop envahie par ses délires, elle ne semble pas entendre les consignes que je lui donne.

Toutefois, elle parvient à faire ce que je lui demande en m'imitant. Les informations visuelles semblent être alors plus prégnantes, accessibles par Cathy que les informations auditives. Ainsi, je m'appuie sur l'imitation qui est un élément facilitateur pour elle.

Concernant la **mémoire**, Cathy semble avoir une bonne mémoire sensorielle. Lorsque j'introduis des nouveautés, Cathy les réintègre souvent à la séance suivante de manière spontanée, témoignant de ses capacités d'intégration des informations nouvelles.

Toutefois, il est important de varier les supports pour ne pas que ça devienne trop répétitif et qu'elle « s'enferme » dans un comportement stéréotypé de repli comme elle le ferait spontanément. Mais, retrouver des éléments connus peuvent aussi la rassurer, d'où l'importance de lui laisser un temps d'activité libre en début de séance.

➤ Le temps calme

Un temps calme lui est proposé à la fin de la séance. C'est un travail qui lui permet de prendre conscience de tout ce qu'elle a vécu durant la séance et de rassembler les différentes parties du corps mobilisées. Elle peut, ainsi, être disponible aux sensations procurées par le massage ou l'enveloppement. Elle accède très vite à la détente : ses yeux deviennent lourds, sa respiration ralentit, sa bouche reste entrouverte, son visage est détendue, ses murmures délirants diminuent, elle profite de ces stimulations sensorielles. Selon G. POUS, « *le toucher, le réveil, la prise de conscience et la compréhension des sensations corporelles sortent le patient psychotique de la confusion dans laquelle il se trouve par rapport à ce qui vient de son corps et du corps de l'autre, et l'aident à retrouver dans le jeu de ses sensations la musique corporelle qui lui est particulière* »⁸.

Ce temps calme est aussi important à proposer car seule, elle n'y parvient pas, et reste en perpétuel mouvement.

Durant les séances, la **verbalisation** a une place très importante pour donner du sens à ses actions, à ses éprouvés, et l'envelopper d'un bain de parole contenant et sécurisant. Je prends soin de nommer ce qui nous entoure, les différentes parties de son corps, les ressentis possibles... Pour F. DESOBEAU, « *l'activité perceptive du patient, étayée et mobilisée par la présence d'un être de paroles, va s'intérioriser par les liaisons entre le langage verbal et le langage corporel. Ainsi, l'expérience peut s'organiser en représentations internes qui deviennent le support de son activité de penser* »⁹.

⁸ POUS G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. L'Harmattan p : 121

⁹ DESOBEAU F. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe*. Erès édition.

Je me questionne sur la place du délire dans les séances. Comment faire avec ? Quelle place lui donne t'on ? Au cours des séances, les propos délirants autour de naissances, de bébés morts, d'esclaves...sont souvent présents. Je mets en parallèle le fait qu'elle se touche beaucoup le ventre avec ces propos autour de la naissance et de bébés.

Ces délires sont sous forme de pensées envahissantes qu'elle murmure. Quelques fois, elle va les crier d'une voix en explosion (rappelons que c'est un tic de modulation spécifique de la personne atteinte de schizophrénie). A ces moments là, je suis à l'écoute et je prends en compte son délire en la questionnant. Cela me renseigne sur son état interne et sa perception de l'environnement. Quand elle est trop envahie par ses pensées, je lui propose un travail plus sensoriel qui l'apaise, qui lui permet de se recentrer sur elle-même et qui semble mettre le délire à distance, tout en respectant le rôle et la fonction de ce délire.

Conclusion

Cette expérience auprès de Cathy m'a permis d'approcher cliniquement et personnellement les enjeux d'une prise en soin individuelle avec une adulte schizophrène à évolution déficitaire. Durant toute cette prise en soin le respect du cadre, la prise de note post séance, les échanges avec ma maître de stage ainsi que les différentes lectures faites sur la schizophrénie m'ont permis de dépasser mes appréhensions du début de prise en soin ; de sortir de l'état de confusion dans laquelle la patiente a pu m'amener et de comprendre certaines mise en situation de Cathy. Tout cela m'a aidé à gagner en confiance et à m'affirmer dans la position de soignante face à Cathy qui aborde l'autre de manière intrusive.

Le travail de prise de conscience corporelle (autour des notions du schéma corporel, de l'équilibre, de l'orientation spatiale...) et les mises en situations corporelles ont été des médiations privilégiées pour entrer en relation avec Cathy. Elle n'est pas indifférente à l'environnement (humain et matériel) qui l'entoure, elle y montre de l'intérêt. La sensorialité a une place centrale dans cette prise en soin, notamment le toucher. Cathy adhère à la psychomotricité. J'ai perçu une évolution positive au fil des séances, bien que son état soit fluctuant, Cathy investit progressivement le cadre posé, elle est, selon moi, un peu plus présente et apaisée qu'auparavant. Après une phase d'instabilité en début de séance, elle adhère à mes propositions et accède ensuite à l'immobilité facilement. Certains jours où le délire est plus présent, elle a besoin d'être accompagnée par une guidance physique proche pour modifier son état de tension interne. En faisant ré émerger les capacités de Cathy dans les domaines de la régulation tonique, des coordinations oculo-manuelles, de la mémoire, de la communication non verbale... j'ai favorisé le rassemblement, la réappropriation corporelle.

CONCLUSION

Ce mémoire est le fruit d'un travail de toute une année basé sur mes expériences, mes connaissances, ayant fait l'objet de nombreuses recherches. L'élaboration de ce mémoire, par les questionnements qu'il a fait éclore, a été l'occasion de m'interroger sur l'intervention spécifique que je pourrais mettre en place à travers ma pratique psychomotrice.

Mes observations cliniques et les différentes lectures que j'ai pu faire sur le sujet, m'ont fait prendre conscience que la schizophrénie est une maladie complexe, recouvrant une grande hétérogénéité clinique voire étiologique. L'expression symptomatique varie d'un individu à l'autre. La thérapie à médiation corporelle me paraît importante et complémentaire des approches pluridisciplinaires. La psychomotricité trouve de plus en plus sa place auprès des patients atteints de cette maladie.

Je me suis intéressée au vécu corporel du patient porteur de schizophrénie ; pour lequel, le corps est le moyen d'expression de la déstructuration de la pensée.

Du fait de la déstructuration psychocorporelle, le sentiment d'unité corporelle, de Moi solide et cohérent fait défaut. Le patient ne fait donc pas l'expérience d'un être différencié, unifié, singulier. Le manque de sécurité interne qu'il présente, ne lui permet pas de vivre comme un être de relation à soi, aux autres et à l'environnement.

De plus, la dépersonnalisation entraîne un sentiment de perte du sens de la réalité. A travers les délires et les hallucinations, le sujet porteur de schizophrénie va créer sa propre réalité, plus supportable pour lui. Les troubles de la motricité témoignent de l'ambivalence pour l'engagement du corps dans l'action.

Les troubles psychomoteurs retrouvés dans la schizophrénie ont un impact sur les désorganisations affectives, les perturbations émotionnelles et sur la maîtrise des compétences sociales. Il ne faut pas oublier que ces troubles peuvent être considérés comme des moyens de défenses contre la déstructuration psychocorporelle.

Le corps pour la personne atteinte de schizophrénie est un lieu de souffrance, un outil de violence. Le travail thérapeutique, en psychomotricité, auprès de personnes atteintes de schizophrénie, vise la réappropriation corporelle. Entre régression et étayage, le psychomotricien s'ajuste, est attentif à ses ressentis, pour accompagner le patient dans sa reconstruction psychocorporelle. Ainsi, le patient pourra prendre conscience que le corps peut être investi différemment, qu'il peut être porteur de plaisir. Les mises en situation corporelles et la présence sensible du psychomotricien vont permettre la transformation des éprouvés sensorielles en représentation objective du corps propre.

La médiation corporelle favorise le vécu corporel moins angoissant, passant du morcellement vers la réappropriation corporelle. Le corps pourra ainsi servir de repère par rapport à la réalité extérieure. Le patient pourra ainsi s'appuyer sur la réalité de ses ressentis et sa sécurité interne pour faire face aux angoisses qui le traversent. L'approche psychomotrice tend donc à harmoniser le vécu corporel et psychique dans la relation à soi et à l'autre.

Les illustrations cliniques que j'ai faites montrent un des aspects de la psychomotricité auprès de patients atteints de schizophrénie chronique. Toutefois, un travail avec une médiation qui vise la projection du vécu corporel sur un objet concret (de type marionnette ou collage...) aurait pu être proposé, mais cela constitue un autre angle de réflexion et de mise en pratique.

Ainsi, à travers ces expériences, le perpétuel questionnement et la créativité me semblent être, en complémentarité des compétences du psychomotricien, d'autres leviers indispensables à l'individualisation de l'accompagnement.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRE P, BENAVIDES T, CANCHY-GIROMINI F. (1996). *Corps et psychiatrie*. Heures de France. p : 26 – 36 ; 112 - 127

ANDRIEU B. (2010). *L'externalisation du soi par la décorporation sensorielle*. Elsevier Masson

AZOULAY C, CHABERT C, GORTAIS J et al. (2002). *Processus de la schizophrénie*. Dunod

BELLANGER. (2012). *Vivre et se figurer un corps* . Mémoire de Psychomotricité. Bordeaux

CALZA A, CONTANT M. (2007). *Psychomotricité*. Elsevier Masson. p: 209 - 226

CAUT I. (2000). *Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité*. In thérapie psychomotrice et recherches, n° 123.

CHRISTODOULOU A. (2006). *Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie adulte*. In Evolution Psychomotrice n° 71

CIM-10/ICD 10, Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Masson, p : 76 - 97

FRANCK N. (2010). *Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie*. Elsevier Masson

DAL BIANCO C. (2012). *Le vécu corporel dans la schizophrénie*. In santé mentale n°169

DEFIOLLES-PELTIER V. (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin éditeur

DEFIOLLES – PELTIER V. (2008). *Prise en charge en psychomotricité des patients hospitalisés sous contrainte*. In Soins Psychiatrie, n° 256

DEMILY C, FRANCK N. (2013). *Schizophrénie : diagnostic et prise en charge*. Elsevier Masson

GEORGIEFF N. (2004). *Qu'est ce que la schizophrénie ?* Dunod, Paris

HAOUZIR S, BERNOUSSI A. (2010). *Les schizophrénies*. 2^{ème} édition, Armand Colin

<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/mediations3/POLY.Mini.5.html>

LEMPERIERE T, FELINE A, ADES J et al. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson, p : 79-98 ; 330 – 363

LESAGE B. (2011). *La pratique psychocorporelle*. In *thérapie psychomotrice et recherches*, n°168

MARTY F. (2009). *Psychopathologie de l'adulte : 10 cas cliniques*. Editions in press p : 9 – 13 ; 157 - 191

MILLET C. (Juin 2011). *De la corporéité dans la maladie mentale, vers un modèle d'accompagnement en psychomotricité du sujet adulte hospitalisé en service de psychiatrie*. Bordeaux: Mémoire de psychomotricité.

MORNET J. (2012). *Le corps, lieu de rencontre avec le psychotique*. In *Santé Mentale*, n°169.

PANKOW G. (2006). *L'être-là du schizophrène*. Flammarion

PEDINIELLI J. –L, GIMENEZ G. (2009). *Les psychoses de l'adulte*, 2^{ème} édition, Armand Colin, p : 70 - 95

PINSARD C. (2013). *Faites-moi bouger ! Relaxation et expressivité du corps en psychiatrie adulte*. Mémoire de psychomotricité, Paris.

PIREYRE E, HAILLANT S. (2007). *Vers une compréhension psychomotrice du morcellement du vécu corporel*. In *Evolution Psychomotrice* n° 75

PIREYRE E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*. Dunod

POLLET – VILLARD L. (2012). *Schizophrénie et Psychomotricité*. Mémoire de psychomotricité, Toulouse

POTEL C. (2012). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès édition

POTEL C. (2012). *La contenance, les limites, le corps*. In *Santé mentale* n° 172

POUS G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. L'Harmattan

RIVET A. (2012). *Psy-chose et psychomotricité*. Bordeaux, mémoire de psychomotricité

Schizophrénies : évolution et pronostic, à l'attention du personnel soignant en psychiatrie .

TOOUCHARD A. (2006). *De l'intuitif au symbolique : une expérience en thérapie psychomotrice*. In *Evolution Psychomotrice* n° 71

TREILLET L, ROUYERE N, MECHLER I. (2008). *Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte*. Entretien de psychomotricité.

TABLE DES MATIERES

AVANT PROPOS

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

PREMIERE PARTIE : L'ADULTE ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE

I.	LA SCHIZOPHRENIE.....	3
A.	HISTORIQUE	3
B.	EPIDEMIOLOGIE.....	4
C.	APPROCHE DIMENSIONNELLE DES SCHIZOPHRENIES (ANDREASEN ET AL., 1995)	6
1.	<i>Les symptômes positifs ou schizophrénie productive</i>	6
2.	<i>Les symptômes négatifs ou schizophrénie déficitaire</i>	7
3.	<i>La désorganisation</i>	8
D.	CRITERES DIAGNOSTIQUES	8
E.	ETIOLOGIE.....	9
1.	<i>Facteurs de vulnérabilités biologiques</i>	10
2.	<i>Facteurs environnementaux : familiaux, sociaux et culturels</i>	11
F.	LES FORMES CLINIQUES	12
G.	TRAITEMENT	13
II.	LE VECU CORPOREL DE L'ADULTE ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE.....	14
A.	SENTIMENT DE PERTE DE L'INTEGRITE CORPORELLE	16
1.	<i>Défaut de la fonction du Moi-Peau :</i>	16
2.	<i>Dissociation</i>	18
3.	<i>Les hallucinations et délires à thématiques corporelles</i>	18
4.	<i>Symptômes de premier rang (SPR)</i>	19
5.	<i>Les angoisses de la personne atteinte de schizophrénie</i>	19
a)	<i>Angoisse de morcellement</i>	20
b)	<i>Angoisses « disséquantas » primitives</i>	21
c)	<i>Angoisse d'inanité</i>	21
B.	TROUBLE DE L'ACTIVITE MOTRICE	23
1.	<i>Apragmatisme, attitudes figées intermittentes</i>	23
2.	<i>Stéréotypies gestuelles</i>	24
3.	<i>Maniérisme</i>	24
4.	<i>Echopraxie</i>	25
5.	<i>Gestes auto et hétéro agressifs</i>	25
C.	SENTIMENT D'ETRANGETE	26

<p>DEUXIEME PARTIE: APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE PATIENT ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE</p>

I. LE CADRE THERAPEUTIQUE.....	29
II. LA RELATION THERAPEUTIQUE.....	31
A. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	31
B. L'EMPATHIE	32
C. LA NEUTRALITE BIENVEILLANTE	33
D. TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT EN PSYCHOMOTRICITE	33
1. <i>Le transfert en psychomotricité</i>	33
2. <i>Le contre-transfert</i>	34
E. LA MEDIATION THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE	35
F. L'AJUSTEMENT, LA DISTANCE RELATIONNELLE.....	36
III. OUTIL DU PSYCHOMOTRICIEN.....	39
A. BILAN PSYCHOMOTEUR	39
B. OBSERVATION PSYCHOMOTRICE	40
IV. LES TROUBLES PSYCHOMOTEURS INDUITS DE LA SCHIZOPHRENIE.41	
A. SCHEMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS	41
1. <i>Le schéma corporel</i>	42
2. <i>L'image du corps</i>	43
B. TONUS ET AJUSTEMENT POSTURAL	45
C. DESORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE	48
D. MOTRICITE ET COORDINATION	48
E. MIMIQUE ET GESTUALITE	49
F. RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR.....	50
V. ROLE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE.....	51
A. INDICATION DE LA PSYCHOMOTRICITE	51
B. AXES DE TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE	52
1. <i>De la sensation à la représentation</i>	53
2. <i>La régulation tonique</i>	54
3. <i>Mouvement - Schéma corporel – Image du corps</i>	54
4. <i>L'espace - temps</i>	55
5. <i>Autres éléments à prendre en compte</i>	56
C. COMPLEMENTARITE DU PSYCHOMOTRICIEN	57

**TROISIEME PARTIE: UNE PRATIQUE PSYCHOMOTRICE DANS UNE UNITE
DE TRANSITION**

I.	DESCRIPTION DU LIEU DE STAGE.....	59
A.	POPULATION ACCUEILLIE AU SEIN DE L'UNITE DE TRANSITION.....	59
B.	SPECIFICITE ET OBJECTIF DE L'UNITE DE TRANSITION.....	59
C.	PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE CETTE UNITE DE TRANSITION	60
II.	NORA, UN DISPOSITIF DE SOIN GROUPAL : LE PARCOURS SANTE.....	61
A.	LE PARCOURS SANTE	61
B.	ETUDE DE CAS NORA.....	62
1.	<i>Anamnèse.....</i>	62
2.	<i>Diagnostic.....</i>	63
3.	<i>Ma rencontre avec Nora.....</i>	63
4.	<i>Bilan psychomoteur</i>	64
5.	<i>Impact des symptômes sur la passation du « bilan » et adaptation</i>	64
6.	<i>Axe de travail et conduite à tenir.....</i>	67
7.	<i>Evolution de Nora au sein du parcours.....</i>	69
III.	CATHY : UNE PRISE EN SOIN INDIVIDUELLE.....	71
A.	ANAMNESE.....	71
B.	DIAGNOSTIC	72
C.	PRISE EN SOIN DE CATHY EN PSYCHOMOTRICITE.....	73
1.	<i>Ma rencontre avec Cathy</i>	73
2.	<i>La prise en soin.....</i>	74
	CONCLUSION.....	81

BIBLIOGRAPHIE

TABLES DES MATIERES

ANNEXE

ANNEXE 1

Le diagnostic de « schizophrénie » selon l'approche critériologique du DSM IV-TR repose sur :

A- *Symptômes caractéristiques :*

Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes pendant une période d'au moins un mois (ou moins, si elles ont répondu favorablement au traitement) :

- (1) Idées délirantes
- (2) Hallucinations
- (3) Discours désorganisé (c'est-à-dire coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- (4) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) Symptômes négatifs, par exemple émoussement affectif, alogie ou perte de volonté

NB : un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B- *Dysfonctionnement social / des activités :*

Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un domaine ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation.

C- *Durée :*

Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins six mois (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c'est-à-dire symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels.

D- *Exclusion d'un trouble de l'humeur ou un trouble schizo-affectif*

E- *Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance*

F- *Relation avec un trouble du spectre autistique (TSA)*

Seul le critère A évoluerait dans la nouvelle version du DSM (DSM V).

Néanmoins, il est important de ne pas oublier que cette classification a-théorique (DSM) est fortement controversée.

ANNEXE 2 :
Grille d'observation – Evaluation Cathy

<u>Domaines observés</u>	<u>Comportement spontané</u>	<u>Comportement dirigé</u>
<u>Rapport à soi</u>	Posture : Mimique : Gestuelle : Tonus : Verbal :	Répond à des consignes par rapport au schéma corporel : Imitation :
<u>Rapport à l'environnement</u>	Orientation du regard : Où se positionne-t-elle ?	
<u>Rapport à l'objet</u>	Intérêt porté ? Manipule ? Echange ? Organisation de la manipulation dirigée ? Mou/dur : Chaud/froid :	Consignes de manipulation : Imitation :
<u>Rapport à l'autre</u>	Distance : Orientation : Regard : Toucher : Verbal : Interaction :	<u>Par rapport au lien dirigé :</u> <u>Répond ?</u> - Par un mode verbal ? - Par un regard ? - Par un toucher ? Par rapport au toucher :
<u>Emotions</u>	Exprime-t-elle une émotion, un affect ?	
<u>Motricité</u>	Sur consigne : se relever se déplacer déplacements utilisés	Sur imitation :

A quelle stimulation elle répond le mieux ?

Stimulation	Réponses observées
Visuelle : <ul style="list-style-type: none">- Poursuite oculaire ?- Prête-t-elle attention à une couleur particulière ?- Ses réactions :	
Olfactive : <ul style="list-style-type: none">- Est-ce qu'il y a un changement de comportement?- Est-ce qu'elle y prête attention ?	
Auditive : <ul style="list-style-type: none">- Est-ce qu'elle dirige sa tête vers la source sonore ?- Ses réactions :	
Toucher/Tactile : <ul style="list-style-type: none">- Ses réactions face à :<ul style="list-style-type: none">○ Pression○ Effleurage○ Balles○ Tissus○ Vibratoire- Est-ce qu'elle préfère une partie du corps ?	
Vestibulaire : <ul style="list-style-type: none">- Ses réactions sur le gros ballon :	