



HAL
open science

La psychomotricité dans le soin des psychoses : sa place au sein d'une institution psychiatrique

Pierre-Emmanuel Bauquis

► **To cite this version:**

Pierre-Emmanuel Bauquis. La psychomotricité dans le soin des psychoses : sa place au sein d'une institution psychiatrique. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068901

HAL Id: dumas-01068901

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068901v1>

Submitted on 26 Sep 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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation de Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LE SOIN DES PSYCHOSES

**Sa place au sein d'une institution
psychiatrique**

Mémoire présenté par
Pierre-Emmanuel Bauquis
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation de Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



LA PSYCHOMOTRICITÉ DANS LE SOIN DES PSYCHOSES

**Sa place au sein d'une institution
psychiatrique**

Mémoire présenté par
Pierre-Emmanuel Bauquis
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à remercier ma maître de stage Ophélie Chemin qui m'a accueilli dans cette institution avec chaleur, simplicité et bienveillance. Je lui dois précisément un recentrage au niveau de la sphère clinique en tant que principale construction du thérapeute. J'ai appris tout particulièrement par sa franchise et les nombreux partages en retour de situations cliniques, essentiels à la connaissance de soi et à l'élaboration d'une thérapie. Enfin, je la remercie pour la confiance qu'elle m'a accordée. Elle m'a permis de faire mes premiers pas dans une pratique psychomotrice en psychiatrie adulte.

Je remercie l'institution qui m'a accueilli et encore plus les différents soignants d'autres corps professionnels qui m'ont apporté des regards complémentaires riches de sens.

Je tiens à remercier ma référente de mémoire Elodie Arnaud qui s'est toujours montré disponible à mes interrogations concernant ce travail. Elle a été un cadre soutenant et en constante adaptation aux fluctuations de ma réflexion. Elle m'a apporté un jugement extérieur et m'a évité bien des écueils dans l'analyse du fonctionnement institutionnel.

Je remercie particulièrement Anne-Laure Sebellini. Par ses relectures, elle m'a aidé à pousser ma réflexion concernant la compréhension des sujets dont je tirerai l'apport clinique de cette étude.

Merci à Pascale Jabry pour ses relectures impliquées et le temps précieux qu'elle m'a accordé.

Enfin, je tiens à remercier ces personnes, nommée par respect de confidentialité M. K., Melle B. et M. C., qui, certes, m'ont apporté de la matière à cette étude, mais qui m'ont surtout prouvé à quel point il existe autant de psychoses que de sujets concernés. Ils m'ont appris beaucoup sur la souffrance, discréditant à tout jamais les raccourcis véhiculés dans un certain imaginaire collectif concernant les « fous ». A coup sûr, je n'ai pas pu représenter parfaitement la complexité de leur identité et de leurs problématiques. Il m'a fallu faire des choix afin répondre au mieux à mon sujet. J'espère avoir évité le risque premier de ce type de travail, celui de les déshumaniser.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
L'INSTITUTION ET LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE	13
I. CONTEXTE INSTITUTIONNEL	13
A. Généralités	13
B. Précisions à propos du service intra hospitalier	14
1. Les modalités de l'hospitalisation.....	14
2. Le parcours des patients	15
3. Un service surchargé.....	15
4. Climat institutionnel.....	16
C. Précisions à propos du CATTP.....	16
D. Orientations théoriques.....	17
II. LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE	18
A. L'approche corporelle dans le secteur	18
1. L'intention du secteur pour l'approche corporelle	18
2. L'attente de l'institution	19
3. Histoire des postes de psychomotriciens.....	19
4. Espace consacré à la clinique psychomotrice	20
B. Précisions à propos du service intra hospitalier	20
1. Les prescriptions, les indications.....	20
2. Les entretiens.....	21
3. Les groupes : exemple du groupe <i>corps et création</i>	22

4. La pensée autour de la composition des groupes	22
C. Précision à propos du CATTTP.....	23
1. Prescriptions	23
2. Entretiens.....	23
3. Groupes : exemple des groupes <i>relaxation</i> et <i>corps et expression</i>	24
PARTIE CLINICO-THEORIQUE	25
I. DEFINITION DE LA PSYCHOSE	25
II. M. K. : UNE FUITE DE LA REALITE	27
A. Eléments biographiques.....	27
B. Observation psychomotrice et projet thérapeutique	28
1. Observation psychomotrice.....	28
2. Projet thérapeutique	30
C. Etude cliniquo-théorique	30
1. La double présence de M. K.	30
2. Le jeu en groupe : ancrage dans la réalité et contenant	34
III. Melle B. : UN INVESTISSEMENT ET UNE REPRESENTATION DU CORPS ALTERES	39
A. Eléments biographiques.....	39
B. Observation psychomotrice et projet thérapeutique	40
1. Observation psychomotrice.....	40
2. Projet thérapeutique	42
C. Etude cliniquo-théorique	43
1. Un corps désinvesti et déstructuré.....	43
2. La restructuration de la représentation du corps et de la pensée	51
3. Apport thérapeutique	55

IV. M. C : UNE CARAPACE TONIQUE	58
A. Eléments biographiques.....	58
B. Observation psychomotrice et projet thérapeutique	59
1. Observation psychomotrice.....	60
2. Projet thérapeutique	61
C. Etude cliniquo-théorique	62
1. La carapace tonique	62
2. Un manque de limite	64
3. Un manque d'unité	67
4. Apport thérapeutique	71
DISCUSSION.....	74
I. LA CONTRADICTION	74
II. DES RESISTANCES	76
A. Des résistances culturelles	77
1. Le fondement idéologique de la psychomotricité face à la culture.....	77
2. La pratique psychomotrice face à la culture	78
B. Des résistances de la psychiatrie elle-même ?.....	82
III. LA SPECIFICITE DE LA PSYCHOMOTRICITE	85
A. Un regard spécifique	85
B. Rôle de la psychomotricité en psychiatrie : pour une place affirmée	87
CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	92

INTRODUCTION

« Les hommes m'ont appelé fou ; mais la science ne nous a pas encore appris si la folie est ou n'est pas le sublime de l'intelligence, si presque tout ce qui est la gloire, si tout ce qui est la profondeur, ne vient pas d'une maladie de la pensée, d'un mode de l'esprit exalté aux dépens de l'intellect général. »¹

Cette citation d'Edgar Allan Poe se maintient à un regard d'artiste, sans doute alimenté par de multiples fantasmes. Pour autant, il soulève une question particulièrement intrigante si jamais nous restons dans le cadre, non pas de la psychose en général, mais du délire. J'ai rapidement été intéressé, bien avant d'avoir commencé mes recherches et débuté cette expérience de stage, par cette puissance créative qui, pour moi, constitue une caractéristique essentielle du délire. C'est ce que je comprends de ce passage. J'ai choisi cette citation, extraite du monde de l'art plus que celui de la science, parce que sa lecture pourrait bien constituer l'élément déclencheur de mon intérêt profond pour les psychoses. Par ailleurs, comme avait dit Mme Z. un jour, une patiente psychotique chronique, reposant le fameux débat épistémologique : « C'est pourquoi on dit que la médecine n'est pas une science, mais un art ». Elle répondait ainsi à une autre patiente en hôpital psychiatrique se plaignant d'être « gavée » de médicaments par son psychiatre qui testait différents traitements, les uns et les autres ne produisant apparemment aucun effet concluant.

Il ne s'agit pas ici de lancer une discussion sur la nature et les moyens du soin des psychoses. Il s'agit de préciser la question du soin des troubles psychiatriques, notamment ceux des psychoses, à la discipline qu'est la psychomotricité. De plus en plus d'institutions créent des emplois de psychomotricien dans les services de psychiatrie adulte. C'est une tendance positive pour le champ de la psychomotricité, et peut-être pour les patients eux-mêmes... Cette tendance pourrait aussi montrer que la légitimité de la psychomotricité dans le soin de troubles psychiques n'est plus à justifier. Malheureusement, j'ai pu apprendre que si certains services engageaient un ou

¹ Edgar Allan Poe, Histoires grotesques et sérieuses, Eleonora, 1842.

plusieurs psychomotriciens, la place de la profession n'était pas forcément affirmée.

Pourquoi la thérapie psychomotrice peine-elle tant à devenir véritablement légitime pour les sujets adultes présentant des troubles psychiatriques au sein de certaines institutions qui les accueillent ?

J'ai été stagiaire pendant une semaine dans un service ouvert, en hôpital psychiatrique. Ce service n'employait pas de psychomotricien. J'ai pu constater à quel point la dimension psychocorporelle chez les patients était délaissée. Il y avait, schématiquement, le traitement médicamenteux d'une part, accessoirement des temps psychothérapeutiques, et de d'autre part, un kinésithérapeute qui se préoccupant des soins somatiques. Le *psychocorporel* n'avait pas sa place. Lors de mon entrée à l'institution où je suis actuellement stagiaire, j'ai trouvé, d'un premier abord, la place de la psychomotricité plutôt établie. Progressivement, plusieurs événements d'ordre organisationnel et décisionnel se sont produits quant à la prise en charge des patients par l'institution. Ces événements m'ont questionné sur la place réelle que tenait cette profession. Ma première hypothèse est la suivante : dans cette institution, la psychomotricité peine à se faire reconnaître comme un soin spécifique. Pour autant, la sémiologie psychomotrice et les manifestations psychocorporelles des patients en psychiatrie adulte, et notamment des patients psychotiques, est significative. Il existe alors d'emblée une contradiction : pourquoi la place de la psychomotricité, spécialisée dans le corps, est-elle précaire dans ce service alors que les patients, en l'occurrence psychotiques, manifestent tout un panel de signes corporels ? Toutefois, il me paraît impensable de me questionner sur la place de la psychomotricité avant d'avoir vérifié, par mon expérience, son apport thérapeutique dans les psychoses : pathologies les plus graves et surtout les plus répandues au sein des services psychiatriques adultes.

Pour élaborer mes axes de travail, je ferai alors deux hypothèses que je tenterai de vérifier au cours de cette étude. Premièrement, la place institutionnelle de la psychomotricité dans l'institution qui m'a accueilli est mal affirmée. Deuxièmement, la psychomotricité serait efficace dans le soin des psychoses. Ces deux hypothèses m'amènent à poser la problématique suivante.

En quoi, dans le cadre de la problématique du corps en psychiatrie adulte, existe-t-il une contradiction entre l'apport significatif de la thérapie psychomotrice dans le soin des psychoses et la place institutionnelle qu'elle occupe ?

Je me dois maintenant de définir le cadre du mémoire. Il concerne tout d'abord la psychomotricité dans le soin de la psychose, ou plus précisément, comme Georges POUS titre son livre, « *des psychoses* »². Alors de quelles psychoses traiterai-je ? Etant donné le vaste champ qu'elles délimitent, je me restreindrai au soin des psychoses aiguës en cours de stabilisation, ainsi que celles dites chroniques, et particulièrement les schizophréniques. Il est donc nécessaire de définir les pathologies qui ne rentrent pas dans mon cadre de travail : il ne s'agira pas de psychoses aiguës au paroxysme de la crise, ni des psychoses non schizophréniques. J'utiliserai la nosographie française, qui sépare la bouffée délirante aiguë (BDA), c'est-à-dire la psychose aiguë, de la schizophrénie. Si l'on se réfère à la pensée anglo-saxonne, il n'existe pas de véritables distinctions³. La psychose aiguë entre dans le cadre de la schizophrénie. Dans une perspective nosographique anglo-saxonne, mon mémoire concernerait alors uniquement la schizophrénie, dans son début et sa chronicisation, hormis les phases les plus critiques.

Le cadre de ce travail doit se définir aussi par les lieux de mes observations. J'ai eu la chance d'exercer en tant que stagiaire auprès d'une maître de stage travaillant dans deux services différents d'une même structure : le service intra hospitalier et le Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Etant donné la nature du sujet, il s'agira de me limiter à l'étude de la place de la psychomotricité dans ces deux services. Je veillerai à éviter l'écueil d'une généralisation sauvage à l'institution psychiatrique en général. En d'autres termes, le premier versant de mon sujet devra se restreindre à l'expérience que j'en ai, en tant que stagiaire et futur professionnel. En revanche, s'il est illusoire d'étendre mes observations institutionnelles à toutes les autres institutions, il l'est tout autant d'imaginer que certains traits de l'expérience institutionnelle que je livrerai subsistent uniquement dans ces deux services.

² Georges Pous, 1995.

³ Pierre André, Thierry Benavidès, Françoise Giromini, 2004.

Concernant la méthodologie, l'Institut de formation de psychomotricité a conseillé aux étudiants de troisième année d'adopter une méthode de travail différente des années précédentes. Il s'agit de commencer un travail d'analyse clinique avant d'entamer des recherches théoriques. Pour ma part, j'ai d'emblée été partisan de cette méthode. Il s'agit de se placer dans une perspective de recherche, comme je l'entends, c'est-à-dire partir des observations cliniques afin de d'élaborer une pensée, s'aidant des écrits des théoriciens. J'ai alors rapidement perçu l'intérêt essentiel de cette méthode, c'est-à-dire celui d'éviter le risque d'un conditionnement de la pensée. En d'autres termes, il s'agit de garder notre pensée libre. Cette méthode m'a permis de vivre des situations cliniques avec un regard neuf, me contentant des notions générales sur les sémiologies psychiatriques, de mes expériences antérieures de stages et de mon vécu psychocorporel. Au bout de trois mois, j'ai commencé mes recherches dans les ouvrages. Ces lectures m'ont permis de mettre du sens sur certaines situations cliniques qui, jusque-là, m'avaient échappées. La lecture de certains cliniciens-théoriciens, entre autre POUSSIN G., m'a apporté des éclairages que je qualifierais d'essentiels au développement de ce travail.

Cette étude sera composée de trois parties qui tenteront de répondre à trois axes de réflexions. Premièrement, je chercherai à préciser le fonctionnement institutionnel général des deux services et à rendre compte de la place de la psychomotricité. Ce premier axe constitue la base de mon mémoire dans la mesure où elle fonde les réflexions qui en découlent. Deuxièmement, je tenterai de démontrer l'apport thérapeutique de la psychomotricité pour les psychoses par des situations cliniques pensées à l'aide de références théoriques. Il s'agit alors du centre de mes recherches. Enfin, je chercherai à comprendre les résistances à une place affirmée de la psychomotricité au sein de cette institution tout en précisant la spécificité de la profession en psychiatrie adulte.

L'INSTITUTION ET LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE

I. CONTEXTE INSTITUTIONNEL

A. Généralités

J'ai la chance d'exercer en tant que stagiaire en psychomotricité au sein de deux services différents d'un même secteur : le service intra-hospitalier et le CATTP. Le temps de travail de ma maître de stage est réparti entre les deux services. Concernant le service intra-hospitalier, il s'agit de l'imaginer au premier étage d'un grand bâtiment tout neuf comptant quatre niveaux. Le deuxième et le troisième étage sont réservés à deux autres secteurs de la région parisienne. Ainsi, au premier étage sont situés la salle de psychomotricité et la salle de d'ergothérapie communes aux différents secteurs.

Au sein du même bâtiment, de l'autre côté, il s'agit de visualiser un plus petit espace au rez-de-chaussée : le Centre médico-psychologique (CMP). Il est considéré comme le cœur clinique et institutionnel du secteur. Il est principalement composé de psychiatres, de psychologues, d'assistantes sociales et d'infirmières. Au-delà de sa fonction principale qui est d'assurer un suivi psychiatrique, psychologique, infirmier et social, il a pour rôle secondaire d'orienter les patients. Si l'état de santé d'une personne suivie régulièrement semble se dégrader, il est possible de faire appel au service intra-hospitalier qui se trouve à quelques mètres par un escalier interne. A l'inverse, si une personne hospitalisée semble prête à sortir du service, elle pourra se rendre au CMP. L'équipe du CMP peut l'orienter vers d'autres types de structures extrahospitalières : l'hôpital de jour ou le CATTP selon son état et ses besoins.

A la sortie du CMP, si l'on contourne le château doyen du parc par quelques marches ascendantes, on accède à une petite cour longeant un bâtiment rectangulaire : le CATTP. Il est habituellement composé de trois ergothérapeutes, d'une infirmière et de deux psychomotriciennes. Du fait de son

dispositif clinique toujours groupal, il se veut vecteur d'autonomisation et d'ouverture sur le monde.

En résumé, il existe trois structures au sein de ce complexe qui font partie intégrante du secteur de psychiatrie adulte : le service intra hospitalier, le CMP et le CATT. Un autre CMP et un hôpital de jour sont situés dans d'autres villes du même secteur. On parle de cet ensemble comme du pôle psychiatrie adulte du Centre Hospitalier dont il dépend. Le service intra hospitalier fut le premier service du Centre Hospitalier à être excentré en application de la circulaire en date du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.⁴ Son périmètre couvre quatre villes.

Du fait de grands décalages de niveaux socio-économiques et culturels dans les différentes villes qu'il regroupe, on retrouve cette hétérogénéité dans les différents services.

B. Précisions à propos du service intra hospitalier

1. Les modalités de l'hospitalisation

Les modalités du cadre de soin varient en fonction du type d'hospitalisation. La plupart des patients sont en soin psychiatrique à la demande d'un tiers, une plus petite part est en soin libre et quelques patients sont en soin psychiatrique sur décision d'un représentant de l'état. Les patients, en fonction du cadre de soin, ont accès librement à leur chambre, aux différents espaces de détente ainsi qu'aux terrasses fermées. Les autres espaces sont réservés aux soignants ou aux soins et demandes spécifiques des patients. Ils sont verrouillés avec une clé commune.

La durée d'hospitalisation des patients est très variable. Melle B., la personne dont je tirerai le deuxième cas clinique, a été une fois hospitalisée pendant neuf jours. Malheureusement elle reviendra une semaine plus tard. Les

⁴ *Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, Ministère de la Santé Publique et de la Population, http://www.ascodocpsy.org/spip/IMG/textes_officiels/Circulaire_15mars1960.pdf, consulté le 11 février 2014.*

hospitalisations durent en général de quelques semaines à quelques mois. Les patients sont souvent ré hospitalisés. Lors de mes huit mois de stage, je serai attristé de voir plusieurs fois les mêmes personnes revenir dans le service. Une minorité des patients sont hospitalisés depuis plusieurs années. Ils n'ont jamais été jugés en état d'affronter le monde extérieur.

La chambre d'isolement est consacrée aux patients qui, suite à un état d'angoisse majeur, lui-même souvent lié au délire, ont manifesté des actes dangereux pour eux ou pour les autres. Ces actes sont qualifiés de non maîtrisables. La chambre est close. Elle est munie du strict minimum et tous les objets sont capitonnés au sol. La prescription de l'isolement est souvent associée à une contention et un sédatif.

Autour des patients, gravitent les soignants : il s'agit d'aides-soignants, d'infirmiers, de médecins, de psychologues, d'ergothérapeutes et de psychomotriciens.

2. Le parcours des patients

Le projet de soin du pôle, revisité chaque année, met à jour les différents objectifs à réaliser au sein des services concernés. Il précise aussi le rôle du service intra hospitalier auprès du patient tout au long de son parcours. Il correspond à l'accueil du patient, à l'évaluation de son état de santé et à la mise en place d'un projet de soin personnalisé en fonction des besoins, à la continuité et la coordination des soins entre les différents secteurs, à la prise en charge médicamenteuse jusqu'à la sortie du patient. Celle-ci aboutit en général à une prise en charge extrahospitalière.

3. Un service surchargé

Le service contient vingt-neuf lits et deux chambres d'isolement sont mises à disposition des patients. Le plus souvent, ces places ne suffisent pas et les personnes hospitalisées supplémentaires sont placés provisoirement dans des chambres d'autres secteurs. Ils suivent bien entendu leur soin au secteur initial.

Lorsqu'un médecin prescrit pour un patient un séjour en chambre d'isolement, une place en chambre se libère. Cette dernière est très rapidement occupée par un nouveau patient. Lorsque le médecin juge que le sujet isolé peut sortir, il n'y a certaines fois plus de place. Le patient reste dans la chambre d'isolement, cette fois ouverte. En huit mois, j'ai presque toujours connu le service en surnombre.

4. Climat institutionnel

Dès les premières semaines, des informations me sont parvenues assez naturellement. Il m'a semblé entendre à plusieurs reprises des plaintes de la part de certains soignants vis-à-vis des médecins. Ces plaintes semblaient se rejoindre autour de leur temps de présence dans le service, de leurs retards répétés et de leur implication vis-à-vis des patients. Sans entrer dans les détails, il m'a semblé percevoir beaucoup de *non-dit*, et même un *mur* cloisonnant les médecins d'un côté et le reste des soignants de l'autre. Je percevais beaucoup de tensions au sein des équipes lorsque survenait ces sujets polémiques.

Un entretien avec le cadre de santé du service m'a confirmé ces difficultés. Ce dernier aurait aussi insisté à propos des conséquences du service surchargé sur l'équipe infirmière et les aides-soignants. D'après cet entretien, il apparaîtrait que l'équipe serait en souffrance du fait de la quantité de travail à fournir par rapport au temps qui lui est impartis pour chaque patient.

C. Précisions à propos du CATTP

Le CATTP fait partie des services extrahospitaliers. Il se définit comme une unité de soin et d'accueil. Ses objectifs se situent dans le maintien et l'amélioration de l'autonomie des patients, la favorisation de leurs relations interpersonnelles et le réinvestissement de leur vie sociale. Le CATTP complète les autres prises en charge en proposant au patient un suivi de jour à temps partiel.

Comme je l'ai précisé plus haut, il se situe géographiquement très proche du CMP et du service intra-hospitalier. Il est fréquent que certains patients en service aiguë le rejoignent. Les sujets hospitalisés peuvent davantage se projeter sur l'extérieur. Les soignants partagent leur temps de travail entre les deux services : ils constituent un repère lors du changement de structure. Le dispositif de soin comprend des ateliers, une salle d'accueil, un bureau d'entretien et une cuisine.

L'équipe est composée d'un cadre de santé, d'une infirmière, de trois ergothérapeutes, d'un art-thérapeute, de deux psychomotriciens, d'une musicothérapeute et d'une psychologue.

Il me semblerait que le CATTP fonctionne de façon assez autonome. Seuls les soignants non médecins sont présents quotidiennement. Les liens avec le CMP sont assurés par l'intermédiaire de la cadre de santé présente lors des réunions cliniques et institutionnelles hebdomadaires, ainsi que par les temps informels où les soignants se rendent au CMP.

Toutes les admissions se font par prescription médicale. La prescription correspond au suivi du CATTP, généralement sans précision de médiation particulière.

Mon stage s'est déroulé pendant une phase très mouvante au CATTP. Arrêt maladie, retour de congés maternité, création de poste, départs définitifs, remplacements... Autant de mouvements en huit mois sont sources d'instabilité pour le fonctionnement institutionnel du CATTP, ayant logiquement des répercussions sur la clinique. Il me semble qu'il persistait des tensions entre différents professionnels de par les discordances de personnalités et les façons de travailler.

D. Orientations théoriques

A l'occasion d'un entretien avec le chef de pôle, il me semble que l'orientation théorique s'approche d'une réflexion psychanalytique. J'ai compris de mon interlocuteur que cette impulsion soit manifeste dans le cadre des psychothérapies uniquement. Elles seraient alors perceptibles chez les

psychologues et chez certains psychiatres parce que ces soignants s'intéresseraient au *pourquoi*.

D'après cet entretien, il apparaît que le service s'ouvre aussi à d'autres orientations. Certains psychiatres orientent des patients vers des psychologues extérieurs pour entreprendre une thérapie cognitivo-comportementale.

II. LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE

A. L'approche corporelle dans le secteur

Grâce à mon entretien avec le chef de Pôle en date du 26 mars 2014, j'ai pu préciser l'historique de la place de la psychomotricité et l'intention de l'institution pour l'engagement de psychomotriciens.

1. L'intention du secteur pour l'approche corporelle

Initialement, comme dans beaucoup d'institutions psychiatriques, les infirmiers proposaient des activités à médiation corporelle pour les patients. D'après l'entretien, ces activités étaient entendues comme occupationnelles bien qu'elles étaient incluses dans le cadre de soin. Ensuite, les médecins prescrivaient à certains patients des activités d'ordre corporel à des thérapeutes formés extérieurs. Les premiers soignants spécifiquement formés à être engagés dans le service intra hospitalier sont les ergothérapeutes. Cela signe l'intention d'inscrire l'approche corporelle par un soignant spécialisé dans le cadre de soin. Ces derniers proposaient alors des activités groupales. Au regard des résultats positifs sur les patients, il semblerait que ces activités se soient révélées thérapeutiques. Les ergothérapeutes ont alors commencé à prendre en charge des patients en individuel.

Dans cette dynamique d'embauche de nouveaux soignants proposant des médiations corporelles, une psychomotricienne a été recrutée il y a huit ans. Il s'agit de ma maîtresse de stage. Quelques années plus tard, un second psychomotricien a été engagé.

D'après cet entretien, ces deux professionnels seraient perçus comme des soignants techniciens des activités corporelles.

2. L'attente de l'institution

D'après le même entretien, il apparaît que l'attente de l'institution vis-à-vis des psychomotriciens et des ergothérapeutes soit la même.

Elle consiste d'abord à offrir un regard complémentaire sur les patients. De plus, ces thérapeutes seraient aptes à déclencher chez ces patients une « mise en mots » de par les activités proposées. Elles seraient essentielles à partager avec le reste de l'équipe lors des réunions de synthèses. Il me semblerait, toujours d'après cet entretien, que l'essentiel du soin global de chaque patient serait déterminé par cette réunion. L'entretien révélerait que les médecins ne connaissent pas les spécificités des psychomotriciens vis-à-vis des ergothérapeutes. Au sein du service intra-hospitalier, le médecin prescrit les activités thérapeutiques en général. Pour le CATTP, il prescrit simplement une admission. Les psychomotriciens et les ergothérapeutes seraient les plus à même d'orienter les patients, de par leurs expériences et leurs connaissances. Les médecins semblent faire confiance à ces soignants et leur laisse apprécier la pertinence des activités thérapeutiques.

3. Histoire des postes de psychomotriciens

Deux psychomotriciens font partie de l'équipe de soin. Leur temps de travail est réparti de façon équitable entre le service intra hospitalier et le CATTP. Comme je l'ai précisé plus haut, ma maîtresse de stage fut la première psychomotricienne à être engagée dans ce secteur, il y a huit ans. Quelques années plus tard, un second psychomotricien est employé. Suite à son départ au milieu de l'année 2013, il est remplacé par une psychomotricienne. Cette

dernière ne reste que quatre mois et une nouvelle psychomotricienne est engagée. Ainsi, l'année de mon stage fut une année très instable quant à la place institutionnelle de la psychomotricité.

4. Espace consacré à la clinique psychomotrice

Afin de mieux percevoir la place institutionnelle de la psychomotricité, il me paraît nécessaire d'évaluer la place clinique qu'elle occupe dans les services.

En service intra hospitalier, les ergothérapeutes et les psychomotriciens se partagent un bureau. Pour les patients, ce bureau sert d'espace d'entretien. S'agissant de l'espace clinique, c'est-à-dire l'espace dédié au soin du patient, il existe une grande salle au rez-de-chaussée propre à la psychomotricité. C'est dans cette salle que se déploient les séances groupales. S'agissant des séances individuelles, elles se déroulent le plus souvent dans la chambre des patients ou dans le bureau.

Au CATTP, le bureau est partagé entre les ergothérapeutes, l'infirmière et les psychomotriciennes. Ce bureau permet d'accueillir les patients pour des entretiens. S'agissant de l'espace clinique, les psychomotriciens, au même titre que les autres professionnels que je viens de citer, occupent la même salle que pour l'intra hospitalier.

B. Précisions à propos du service intra hospitalier

1. Les prescriptions, les indications

Dans l'idéal, tous les corps soignants participent au projet de soins des patients et forment alors un ensemble thérapeutique. C'est dans cette perspective que semble se situer la psychomotricité. Il arrive certaines fois que des médecins prescrivent des séances individuelles aux psychomotriciens. Elles portent sur une situation bien précise. Il est régulier que le psychomotricien

intervienne, accompagné d'un autre soignant en chambre d'isolement. J'ai aussi pu assister à des demandes spécifiques de médecins concernant la prise en charge de patients. Par exemple, un médecin avait fait la demande auprès d'une psychomotricienne de trouver un moyen de communication avec un patient. Ce dernier avait été victime d'un accident vasculaire cérébral et semblait manifester une aphasie de Broca. Dans la mesure où le langage parlé était altéré, la psychomotricienne avait répondu à la demande. L'entretien avait conduit à une prise en charge individuelle.

Dans l'ensemble, les psychomotriciens interviennent davantage par les « activités thérapeutiques », comme elles sont appelées dans le service. C'est le médecin, à mesure de l'évolution de la santé mentale d'un patient, qui décide ou non de prescrire l'accès aux groupes. Le critère principal concerne le comportement du sujet dans la relation et la stabilisation de son état mental. Cette prescription est globale, elle permet aux psychomotriciennes et aux ergothérapeutes d'inviter le patient à un entretien. C'est à l'issue de cet entretien qu'elles proposent une prise en charge groupale (les activités thérapeutiques) ou individuelle.

2. Les entretiens

Les entretiens se déroulent généralement avec deux soignants : psychomotriciens et/ou ergothérapeutes. Leur durée est très variable, principalement en fonction de l'état mental du patient. Son support est sous forme d'un document de trois pages, rédigé par les psychomotriciens et les ergothérapeutes. Il est commun aux deux corps soignants. Il cherche à évaluer l'orientation spatiale, la présentation globale du patient, la cognition et le contact relationnel. Il met aussi en avant l'histoire du patient et ses liens sociaux. L'entretien est aussi l'occasion d'en savoir un peu plus sur son anamnèse. Il prend en compte les attentes du patient face à l'hospitalisation. A l'issue de cet entretien, la prise en charge est envisagée en fonction des objectifs définis avec le patient. Les psychomotriciens ou les ergothérapeutes tentent de proposer au patient l'activité qui répondra à ses besoins, dans le cadre du projet de soin global.

3. Les groupes : exemple du groupe *corps et création*

Il me semble nécessaire de préciser que certains groupes comprennent dans leur dispositif deux thérapeutes de champs professionnels distincts : psychomotriciens, ergothérapeutes, infirmiers. Je ne développerai pas tous les dispositifs groupaux proposés dans ce service. Pour autant, il me paraît nécessaire de préciser rapidement la nature du groupe *corps et création*, cadre duquel j'extrais les informations cliniques de Melle B.

Le groupe est mené par une ergothérapeute et une psychomotricienne. Il a lieu le vendredi de 10h00 à 11h30. Le fonctionnement est le suivant : la psychomotricienne propose un temps d'éveil corporel, un appel aux sensations émanant du corps propre, toujours le plus adapté aux patients. Ensuite, l'ergothérapeute propose un temps de création, de représentation des sensations par le travail de la matière. Pour finir, un temps de retour est prévu pour la *mise en mots* des patients à propos de leur création.

L'objectif est notamment de permettre à certains patients ayant difficilement accès à l'écoute de leur corps dans leurs dimensions toniques, sensori-motrices et affectives, de mettre sens, par la représentation de soi à travers la matière.

4. La pensée autour de la composition des groupes

Les groupes sont constitués d'un nombre de patients très variable en fonction des entrées et des sorties d'hospitalisations. Dans le service, la participation d'un malade à un groupe ne se produit pas sur la base de sa psychopathologie. Elle part de la problématique psychocorporelle que le patient manifeste lors de l'évaluation. Cette sélection se construit à partir d'hypothèses quant aux besoins du patient. Certaines informations, venant de la part d'infirmiers ou même des indications des médecins, orientent les propositions faites au patient. Les différents patients au sein d'un même groupe doivent aussi être un apport dans la thérapie. Dans l'idéal, chaque sujet construit, à sa façon, des éléments thérapeutiques par la relation aux autres. Les thérapeutes prennent en compte les différentes personnalités afin d'éviter des discordances nuisibles au fonctionnement groupal.

Il me semble important de préciser que certains groupes sont composés de peu de patients en fonction de la période de l'année. Le groupe *corps et création*, par exemple, comporte seulement deux patients au moment où j'extrais les informations cliniques de Melle B.

C. Précision à propos du CATTP

1. Prescriptions

Le suivi au CATTP se décide sur prescription médicale. L'admission nécessite soit un suivi psychiatrique dans le service intra-hospitalier, soit au CMP, soit dans un cabinet privé de psychiatre. Ce sont les soignants du CATTP qui proposent le groupe qui semble être le plus bénéfique pour le patient.

2. Entretiens

Les entretiens, comme pour l'intra hospitalier, se mènent à deux professionnels, souvent de deux corps différents. L'accent est placé sur le dialogue et l'attente du patient vis-à-vis du suivi. C'est avec lui que les soignants inscrivent les objectifs de soin personnalisés. C'est à partir des objectifs et des disponibilités du patient que les thérapeutes proposent différents groupes.

3. Groupes : exemple des groupes *relaxation et corps et expression*

Contrairement à l'intra hospitalier, les patients sont suivis sur de nombreux mois voire sur de nombreuses années. Il s'agit d'un long processus au cours duquel le sujet est accompagné vers son autonomisation. C'est donc à long terme que se mesure l'évolution des sujets.

Le groupe *relaxation* a lieu de 10h30 à 11h30 le mercredi. C'est à partir de ce cadre que j'écrirai le cas clinique de M. C. La construction de ce groupe fut entreprise par ma maître de stage et une infirmière. Cette infirmière fut en congé maladie pendant toute la durée de mon stage. A partir du mois de janvier, j'ai commencé à mener ce groupe, accompagné de ma maître de stage. La plupart du temps, il se divise en quatre parties distinctes. La première permet d'accueillir les patients et de mettre en mots leur état du moment. La seconde correspond à des méthodes de préparation corporelle, de conscience corporelle. La troisième partie se présente par un type de relaxation en fonction d'un axe de travail choisi par le thérapeute. Enfin, la quatrième phase permet de laisser un temps de *mise en mots*, de *verbalisations* parfois. Pour moi, il semblerait que le principal objectif thérapeutique correspondrait, dans le cadre de relations, à éprouver des sensations et provoquer une introspection. Tout l'enjeu du thérapeute sera de choisir des propositions adaptées et d'accompagner les patients dans leur recherche de sens.

Le groupe *corps et expression* a été créé par ma maître de stage également. Il a lieu le vendredi de 14h30 à 15h30. Son objectif principal semble être commun aux techniques expressives. Il correspondrait à l'induction de situation relationnelle où le corps est porteur de significations. La psychomotricienne utilise de nombreuses techniques comme le mime, le rythme, la voix. C'est de ce cadre que j'ai extrais les informations cliniques concernant M. K.

PARTIE CLINICO-THEORIQUE

I. DEFINITION DE LA PSYCHOSE

Avant de faire part de mes réflexions clinico-théoriques, je me dois de préciser la notion de *psychose* et de *schizophrénie*.

Le terme *psychose* a été inventé par Ernst von FEUCHTERSLEBEN en 1845. Cette désignation a permis de distinguer ses mécanismes de ceux de la névrose. Il s'agissait à cette époque de différencier respectivement la maladie mentale de l'affection du système nerveux.⁵

Selon Dominique CUPA et Gérard PIRLOT, « La psychose, dont l'une des définitions pourrait être celle d'une formation pathologique qui met en œuvre des mécanismes de défense archaïques et de régressions massives empêchant l'épanouissement et l'organisation de la subjectivité, constitue un univers étrange, inhabituel et inconnu. »⁶

Selon Pierre ANDRE, la psychose se révélerait être la maladie psychiatrique la plus grave.⁷

Dans la clinique, elle se caractérise principalement par une perte de contact avec la réalité dont une des manifestations est le délire.⁸ Il s'agit d'un symptôme. Selon Henri PIERON, le délire est une « croyance pathologique à des faits irréels ou conceptions imaginatives dépourvues de bases. Les thèmes les plus habituels sont les idées de grandeur, de persécution, de jalousie, de culpabilité, etc. Leur justification se fait, soit par de fausses interprétations, soit par de fausses perceptions (hallucinations). Il s'agit parfois de construction plus ou moins incohérentes et fantastiques purement imaginatives. »⁹ Les sujets psychotiques sont convaincus de leur délire et ne se rendent pas compte de la

⁵ Dominique Cupa et Gérard Pirlot, 2012.

⁶ *Ibid.* p. 138.

⁷ Pierre André, 2006.

⁸ *Ibid.* 2006.

⁹ Henri Piéron, 2005, p. 114.

perte de la réalité.¹⁰ Pour CUPA D. et PIRLOT G., en plus de cette perte de contact avec le réel, il subsiste une perte de sens de la réalité.¹¹

ANDRE P. précise que les sujets psychotiques n'ont pas conscience de la morbidité de leur état.¹² Encore une fois, CUPA D. et PIRLOT G. nuancent cette dimension dans la mesure où il arrive que les malades critiquent leur délire.¹³ Ce doute survient le plus souvent au début ou à la fin d'une crise.

Enfin, CUPA D. et PIRLOT G. décrivent un « trouble de l'identité (...) et de la relation identité/altérité »¹⁴. Il s'agit d'un trouble de la conscience de soi et des limites entre le sujet et l'autre.

Ces trois caractéristiques cliniques générales des psychoses auront l'occasion d'être décrites au sein du développement clinico-théorique de l'étude.

Par ailleurs, la schizophrénie est transversale dans mes recherches. J'en profite alors pour emprunter la définition de Jacques POSTEL, qui selon lui, est une « psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et un repli autistique. »¹⁵

¹⁰ Pierre André, 2006.

¹¹ Dominique Cupa et Gérard Pirlot, 2012.

¹² Pierre André, 2006.

¹³ Dominique Cupa et Gérard Pirlot, 2012.

¹⁴ *Ibid.* p. 138.

¹⁵ Jacques Postel, 1998, p. 410.

II. M. K. : UNE FUITE DE LA REALITE

A. Eléments biographiques

M. K. est un homme de 30 ans qui vit actuellement chez ses deux parents.

Il est le troisième enfant d'une fratrie de trois. Il a deux sœurs : l'une âgée de 37 ans, chercheur en chimie et l'autre de 35 ans, pharmacienne. Le père est chercheur en physique des plasmas et la mère, professeur de mathématiques.

M. K. est né en Grèce et sa famille émigre en France lorsqu'il a 5 ans. Ses parents et lui reviennent régulièrement en Grèce pour rendre visite au reste de la famille. Aucune information n'est livrée sur son enfance, ce qui vient probablement d'une difficulté pour M. K. à évoquer cette période. Il est cependant noté qu'il voulait devenir avocat pour « prendre la parole ». M. K. vit un certain mal-être dès la classe de seconde où il se ne se sent pas intégré. Il redouble cette année, puis il entre en filière scientifique. Eprouvant des difficultés, il change d'orientation pour rejoindre la filière économique et sociale. Il réussit son baccalauréat avec facilité. Il commence alors une licence d'économie qu'il ne termine pas. Il sort beaucoup et participe aux soirées étudiantes. Il change à nouveau d'orientation pour étudier l'histoire. Cette dernière année est difficile pour M. K. qui se replie et se sent seul. Consommant du cannabis depuis la fin du lycée, il augmente considérablement les doses depuis cette année d'étude : environ dix joints de cannabis par jour.

Les hospitalisations

A 22 ans, après cette seconde année d'études supérieures, il est reçu aux urgences puis transféré au service psychiatrique. Il est hospitalisé pour un délire de persécution sous toxique, en l'occurrence de cannabis. Il séjourne deux semaines dans le service. Depuis, il ne parvient pas à reprendre ses études. Il est suivi en ambulatoire par son psychiatre une fois par semaine. Depuis cette hospitalisation, M. K. dit avoir arrêté toutes ses consommations de toxiques, mise à part celle du tabac. Progressivement et de façon insidieuse, s'installe

chez M. K. un repli social, un apragmatisme, une incurie, un trouble du comportement alimentaire de type restrictif et un trouble du sommeil.

Alors qu'il a 25 ans, il s'ensuit une nouvelle hospitalisation alors qu'il avait cessé le suivi avec son psychiatre. Elle dure 6 mois. Les psychiatres repèrent un trouble du cours de la pensée, un hermétisme et une discordance émotionnelle. L'équipe soignante remarque une certaine méfiance, des attitudes d'écoute ainsi que des rires immotivés. Le diagnostic de schizophrénie de type hébéphrénique commence à être posé. Il sort du service lorsqu' il a 26 ans.

Il est suivi au CMP et par l'équipe du CATTP qu'il investit. M. K. reste dépendant de sa famille. Ses parents l'emmènent et viennent le chercher lorsqu' il se rend aux différents espaces de soins. Sa mère est plutôt protectrice, attentive à son évolution. Son père, quant à lui, ne semble pas prendre conscience des troubles de son fils ; il envisage de lui confier la comptabilité de sa nouvelle entreprise, il ajoute que c'est une question de motivation.

B. Observation psychomotrice et projet thérapeutique

1. Observation psychomotrice

Lorsque je rencontre M. K. pour la première fois, il est suivi au CATTP depuis quatre ans. Ma maître de stage et moi attendons les six patients pour le groupe *corps et expression*. M. K. est le premier à se rendre au CATTP. Il est toujours déposé par un de ses parents. A ce moment, je n'ai pas connaissance de son âge. Il me semble avoir vingt-cinq ans, au plus. Il est assez grand, peut-être un mètre quatre-vingt-cinq. Il est vêtu d'un jogging. Je ne le surprendrai jamais avec un autre vêtement. Lorsque je lui tends ma main en me présentant, il me répond la main fuyante, sans aucun contact du regard. Il allume une cigarette en s'éloignant de moi. La distance que M. K. a mis entre nous était très importante, il me fuyait. Il ne s'assoit pas sur les marches comme les autres mais fait de grands tours dans la cour. Dans sa marche, M. K. laisse une impression de

mollesse. Après avoir terminé de fumer sa cigarette, il va s'installer dans la salle d'accueil.

Il reste mutique et fuyant du regard. Il se lève soudainement, choisi un CD et lance la musique. Je tente alors d'engager une conversation en lui demandant le nom du groupe qu'il avait choisi. Il répond brièvement. J'essaie de développer cette discussion en lui demandant s'il savait l'époque à laquelle jouait ce groupe. Il répond de façon brève et froide. Son discours semble vide. Son expression corporelle est pauvre, figée. Plus tard, je comprendrai qu'il a toujours tendance à fuir la proximité des autres et encore plus la discussion. Je n'observe aucune altération tonique frappante. Un examen du tonus aurait pu être pertinent mais le dispositif du CATTP ne le permettait pas. Je n'observe aucune crispation, tremblement ou syncinésie excessive. Assis, il agite de haut en bas une de ses jambes, témoignant peut-être d'une réserve anxieuse. Sa tête est légèrement repliée en avant. Ces différents éléments donnent une impression de bizarrerie plutôt marquée.

Je n'ai aucune information objectivée concernant l'état de sa représentation du corps, que ce soit au niveau de l'image du corps ou du schéma corporel, ni aucune information sur l'état de sa structuration temporo-spatiale. Concernant la coordination gestuelle et des mouvements, M. K. manifeste une certaine désorganisation. A plusieurs reprises, il renverse du café à côté de sa tasse. Sa maladresse se répétera régulièrement. Dans l'ensemble, M. K. semble se situer dans une indifférence psychomotrice. Sans que je qualifie son comportement de retrait autistique, M. K. semble hermétique. Concernant son attention, elle est très fragile. Très régulièrement, M. K. a des attitudes d'écoute. Il tourne la tête sur le côté gauche et se met à rire tout en cherchant à se cacher du regard des autres.

C'est avant tout cet hermétisme, cette froideur, qui me frappe par opposition à cette fuite de la réalité associée à de nombreux rires.

2. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique de M. K. est de lui permettre un ancrage dans la réalité suffisant pour qu'il puisse entamer un processus de socialisation. Il s'agit aussi de lui permettre de s'autonomiser. Il est attendu au CATTTP deux fois par semaine pour le temps d'accueil du jeudi matin et pour le groupe *corps et expression* du vendredi après-midi.

C. Etude clinico-théorique

1. La double présence de M. K.

Une perte incomplète du contact avec la réalité

Au cours des premières séances, M. K. se trouve souvent à part et ne cherche pas l'échange avec les autres. Lorsqu'il s'agit de marcher dans la salle sur proposition, il longe les murs. Il n'investit l'espace que partiellement. A plusieurs reprises, lorsque M. K. s'écarte du reste du groupe ou même parfois lorsque nous sommes en cercle, il tourne la tête et rit. Certaines fois il s'agit d'un fou rire qu'il tente de contenir. Ses attitudes d'écoute sont franches et ses rires immotivés le sont tout autant. Les réactions du reste du groupe s'apparentent à une gêne. Il peine à rester entièrement dans le groupe et à s'ancrer dans la réalité. Il semble parfois totalement ailleurs. Le phénomène se répète.

Pourtant, M. K. semble plus présent qu'il n'y paraît. En effet, lors de ces temps de fuite, la réalité ne semble pas lui échapper totalement. Alors qu'on tente de le faire revenir à nous en lui posant une question à propos de ce qui vient de se passer, il peut décrire précisément ce qui s'est passé. M. K. semble alors présent dans deux mondes différents, en même temps. Nous savons que ces attitudes signent la récurrence des situations hallucinatoires. Il s'agit peut-être de penser le vécu de M. K. comme un monde réel entrecoupé d'un monde imaginaire, un monde halluciné. Ces deux mondes se croisent mais ne se

remplacent pas pour autant. Il s'agit d'imaginer un monde double, parsemé d'évènements hallucinatoires entachant la réalité commune sans l'annihiler complètement.

Quel pourrait être l'objectif psychomoteur spécifique si M. K. n'a même pas la capacité à rester en contact avec la réalité ? Je pense alors que c'est justement cette dimension qu'il faut tenter de développer. Elle semble être la plus importante dans le cas de M. K. dans la mesure où, sans ce maintien dans la réalité, les éléments constituant du soin peineraient à être intégrés et donc à devenir thérapeutiques. C'est pourquoi l'ancrage dans la réalité peut être, à mon sens, un objectif à part entière. Et quel objectif!

L'apport de la psychanalyse

Selon Sigmund FREUD, « la névrose résulterait plutôt d'un conflit entre le moi et son ça, mais la psychose, elle, est l'issue analogue d'un trouble du même type dans les relations entre le moi et le monde extérieur ». ¹⁶ Dans la même publication, il ajoute que la perte de la réalité se situe non seulement au niveau des perceptions dans l'immédiateté mais aussi dans la compréhension de ces perceptions¹⁷, autrement dit, dans la signification fournie par l'expérience. Selon lui, une réalité trop difficile à surmonter serait l'origine de cette rupture. Par la suite, c'est l'instance pulsionnelle, c'est-à-dire le Ça, qui reconstruirait une réalité propre. Il s'agirait alors d'une tentative de guérison suite à un mécanisme causal de frustration. ¹⁸ Le Moi se placerait au service du Ça, qui lui, prendrait l'ascendant sur la réalité commune.

Dans un autre article, FREUD S. tente de préciser la perte de la réalité dans les psychoses. Il s'agit alors d'une dynamique radicale par opposition à la névrose. En effet, dans les névroses, la réalité serait certaines fois évitée alors que les sujets psychotiques reconstruiraient profondément la réalité. ¹⁹

¹⁶ Sigmund Freud, 1924, p. 28-29.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Sigmund Freud, 1924.

Didier ANZIEU insiste sur la perte de sens. Comme si la reconstruction ne de la réalité ne suffisait pas, les malades vont plus loin encore : ils perdent le sens de la réalité. Cette perte permettrait le maintien de l'unicité du sujet.²⁰

FREUD S. met en avant deux manifestations cliniques chez les sujets psychotiques : les hallucinations et les angoisses.²¹ La reconstruction de la réalité propre se fait sur la base de deux éléments principaux : l'histoire psychique du sujet associée à des représentations d'une part, et d'autre part les perceptions nouvelles qui l'alimentent. L'aboutissement le plus marquant de cette reconstruction correspondrait aux hallucinations. Cependant, il précise que celles-ci s'associent souvent d'angoisses. Elles marqueraient le dysfonctionnement de ce processus de reconstruction.²²

FREUD S. explique ces angoisses par deux éléments. Si l'histoire d'un sujet psychotique intervient dans le processus de reconstruction, il s'agit alors de fragments du monde réel de ce sujet. Mais c'est justement ce monde réel qui est si difficile à supporter. En reconstruisant son monde illusionné, le sujet utilise ces fragments et se confronte encore et toujours au monde réel, même s'il est transformé. Ces fragments transformés sont générateurs d'angoisses. Il s'agit du premier élément. Par ailleurs, il semblerait que le monde illusionné soit en permanence confronté au monde réel qui évolue sans cesse. La réalité propre ne parviendrait pas à coller aux propriétés multiples de la réalité. L'illusion ne serait jamais complète, d'où l'émergence d'angoisses.²³

A chaque seconde, la perception qu'un sujet a de la réalité se modifie. La sensation visuelle du déplacement d'un objet dans un espace-temps donné ou encore les sensations proprioceptives perçues lors du déplacement d'un segment corporel seraient, entre autres, des caractéristiques de la réalité qui évoluent sans arrêt. Dans cette perspective, la reconstruction d'une réalité ne peut être que partielle dans la mesure où celle-ci devrait répondre à des exigences permanentes et trop complexes. La réalité rattrape l'illusion d'une nouvelle réalité.

²⁰ Didier Anzieu, 1974.

²¹ Sigmund Freud, 1924.

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

Ces réflexions éclairent mes pensées à propos de la perte du contact avec le réel chez M. K. D'un regard extérieur, il semble vivre des moments où il est ailleurs, dans un autre monde. Pour autant, il raccroche à la réalité fréquemment. Du point de vue de M. K., il décrocherait de sa propre réalité pour être confronté à celle qu'il refuse de vivre. D'un point de vue extérieur, il décrocherait de la réalité commune au profit de sa propre réalité. Je comprends maintenant l'hermétisme de M. K. dans la relation aux autres, témoins du réel, et ses rires, lorsqu'il se situe dans son monde halluciné. Du point de vue de M. K., le dysfonctionnement correspond au retour au réel. De l'extérieur, il correspond à la fuite du réel.

Il me paraît maintenant nécessaire de revenir à l'essentiel : les soignants cherchent à ce que le sujet se sente mieux. Si le processus de reconstruction était pleinement abouti, si ce monde illusionné ne se confrontait pas au monde réel et que la tentative de guérison du malade serait réussie, nous n'aurions aucune raison de *soigner* les sujets psychotiques. FREUD S. nous apporte que cette guérison reste à l'état de tentative et que la reconstruction dysfonctionne. C'est parce que les sujets psychotiques souffrent de ce dysfonctionnement que nous devons chercher à les soigner. Peut-être que le soin devrait se caractériser par une tentative de retour à la réalité, mais cette réalité doit avant tout devenir sécurisante.

Mais en quoi le corps peut-il être vecteur de soin ?

J'ai pu apprécier l'apport de POUS G., psychanalyste et kinésithérapeute. Pour comprendre la dimension du corps dans les processus de délire, il compare le délire au rêve. Il rappelle que le rêve survient lors de la phase du sommeil où le corps est le moins actif, quand la motricité est quasi-inexistante. Caricaturalement, c'est lorsque le corps ne bouge plus que l'activité onirique émerge. Ce corps immobile laisse toute la place au travail psychique. Selon POUS G., l'activité délirante s'épanouit lorsque le corps est désinvesti.²⁴

²⁴ Georges Pous, 1995.

Dans une logique réciproque, si M. K. se met en mouvement, s'il investit son corps, il peut plus aisément raccrocher au réel. Mais j'ai pu comprendre plus haut que faire raccrocher un sujet psychotique à la réalité ne suffit pas. Il faut que cette réalité soit assimilable pour lui, qu'elle ne soit pas dangereuse.

Deux éléments correspondraient aux leviers thérapeutiques : l'investissement du corps et le dispositif groupal.

2. Le jeu en groupe : ancrage dans la réalité et contenant

L'investissement du corps au sein du groupe

Une activité expressive inspirée d'une technique théâtrale est proposée. Il s'agit d'un jeu de mime. Nous sommes six, tous assis en cercle. La règle du jeu est d'abord de mimer des animaux. Chacun doit écrire sur un papier le nom d'un animal, puis le plier et le poser au centre du cercle. Lorsque la première personne pioche un papier, elle doit alors mimer l'animal correspondant. Le premier qui devine l'animal dont il est question doit piocher un nouveau papier et mimer, ainsi de suite.

Lorsqu'un membre du groupe commence à mimer un singe, M. K. devine aussitôt. Comme il s'agissait du dernier mime pour les animaux il n'avait pas de mime à réaliser. Il est ensuite demandé aux membres du groupe de choisir un nouveau thème de mime. M. K. est toujours très présent. M. R, un autre membre du groupe, propose le thème d'un personnage célèbre. Chacun mime à son tour et M. K. reconnaît le personnage de Charlie Chaplin. J'observe de la joie sur son visage. Il doit piocher et mimer : je ressens chez lui un certain malaise. Très gêné, il lit le morceau de papier puis réfléchit pendant quelques secondes. Il sourit. Puis il se penche en avant, baisse la tête et tend le bras droit en l'air, serrant le poing. Tout le monde comprend alors qu'il s'agit de Superman. Satisfait de la pertinence de son mime, il s'assoit avec le sourire. Pendant le reste du temps de ce jeu, M. K. est particulièrement attentif et ancré dans le groupe. Il semble prendre plaisir à deviner, à regarder les autres interagir, et rarement, mais toujours avec pertinence, à mimer.

L'ancrage dans la réalité

Le cadre, que je comprends ici comme les limites temporelles (durée et régularité des séances), spatiales (l'espace de la salle au sein de l'espace institutionnel) et les règles, semble intériorisé par M. K. Il représente déjà une forme de contenant. M. K. sait qu'il va devoir participer avec les autres aux différentes activités proposées. Il fait partie intégrante d'un cercle où tout le monde peut se voir et échanger. Ce cercle est composé de six personnes, dont ma maître de stage et moi-même. C'est selon moi la dynamique du dispositif qui semble ancrer M. K. dans la réalité.

Tout d'abord, l'aspect ludique de la proposition attire le regard de M. K. Je crois que le plaisir joue un rôle fondamental dans ses premières accroches au réel. Le groupe tout entier observe les différents mimes. L'objet d'attention est commun. De plus, chacun doit mimer au moins une fois par thème. M. K. sait qu'il devra participer à un moment donné. L'activité s'accompagne d'un mélange d'excitation pour le jeu de la devinette, d'humour que dégagent certains mimes et d'anxiété lorsqu'il doit passer. Le premier mime, celui de superman, est parfaitement réussi. M. K. semble alors se confirmer à lui-même qu'il fait partie intégrante du jeu. Il est alors pleinement engagé dans une dynamique groupale qui le structure et le maintient dans la réalité.

L'apport des mimes rejoint l'apport de POUS G. à propos du lien entre l'investissement du corps et de la diminution de l'activité délirante. Le mime met non seulement en mouvement M. K. mais il le pousse à penser et mettre en lien une image avec des gestes signifiants. Le mime, par ces éléments, permet à M. K. d'investir son corps.

Ce groupe permettrait, entre autre, une confrontation avec la réalité extérieure, de par les sujets qui la compose. Ils confrontent M. K. à des regards dans lequel est implicitement lié un contrôle d'ordre social. Par ailleurs, même si l'intégration du Soi et du non Soi peuvent être altérées, les figures du groupe pourraient constituer une ébauche de fonction miroir.

Claire Bertin, psychomotricienne, met en avant cette fonction miroir dans le groupe. L'effet serait démultiplié. Deux versants de cette fonction sont soulignés : les autres confrontent le sujet à lui-même tout en lui laissant une place.²⁵

Dans un dispositif groupal en cercle, chacun peut se voir et réagir. Dans cette perspective, M. K. est donc confronté à l'image réelle que chacun lui renvoie. Ceci peut être, selon moi, une explication de son ancrage dans la réalité. J'insiste sur les caractères quantitatifs et qualitatifs à partir desquels je me permets de qualifier d'*ancrage* le rapport qu'entretient un sujet avec la réalité : il s'agirait ici, pour moi, de la durée et de la qualité des interactions avec les autres.

La contenance

Ce dispositif groupal très simple semble contenant pour M. K. Je comprends la *contenance* comme la capacité dont dispose un sujet à rassembler les différentes parties de lui-même, c'est-à-dire les différentes parties du Soi. Ici il semblerait que le groupe fournisse cette capacité à M. K.

Comme je l'ai précisé plus haut, M. K. semble avoir intériorisé le cadre. Ce cadre se construit à partir d'un espace : celui de la salle. Cet espace physique peut faire figure d'une première enveloppe.

Selon Jean-Bernard CHAPELIER, il existe un lien entre l'espace groupal et l'espace corporel dans ses fantasmes, ses angoisses. Différents éléments montrent à quel point le vécu psychocorporel de M. K. est éclaté : sa maladresse, sa marche, ses aller-retour entre sa propre réalité et la réalité commune. Le dispositif groupal correspond à la formation d'un cercle. Tous les membres du groupe sont rassemblés et forment ce cercle. Il y a aussi l'intérieur et l'extérieur. Je pense alors que l'espace corporel de M. K., par le lien avec l'espace groupal, se rassemble d'une part et se limite d'autre part. M.K. serait alors contenu par ce lien.

²⁵ Claire Bertin, 2010.

ANZIEU D. distingue deux mécanismes propres au groupe. Ces deux dynamiques expliquent peut-être les bienfaits de ce dispositif pour M. K.

En effet, il met en avant « le principe d'indifférenciation »²⁶ entre le sujet et le groupe auquel il appartient. En d'autres termes, tous les sujets constituant le groupe tendraient, dans l'imaginaire groupal, vers une seule entité. Cette entité se distingue de l'extérieur et donc des autres groupes. Elle se construit aussi une individualité commune qui rassemble tous les membres du groupe. Dans cette perspective, M. K., qui semble vivre tant dans le flou entre sa réalité et son imaginaire qu'entre lui est l'extérieur, retrouverait une forme d'individualité, en l'occurrence, celle du groupe. Le Soi groupal ferait figure de Soi individuel différencié de l'extérieur.

ANZIEU D. ajoute un autre principe: celui de la « délimitation »²⁷ entre un dedans et un dehors du groupe et de la « contenance »²⁸ qui en découle. En plus d'engendrer une forme d'individualité du sujet, la délimitation associée permet de contenir les dynamiques psychiques des interactions entre les membres du groupe. De plus, cette contenance offre une place physique et sociale au sujet composant le groupe. Je pense alors que c'est parce que M. K. est suffisamment contenu qu'il peut s'amuser à changer de rôle au cours du jeu : l'acteur du mime et l'observateur devant deviner.

CHAPELIER J.-B. ajoute : « Quand l'espace devient sécuritaire, c'est le thérapeute qui devient le contenant et ensuite c'est le groupe qui devient son propre contenant. »²⁹ J'ai précisé que le groupe pouvait permettre un ancrage dans la réalité et que son caractère contenant permet de vivre le monde réel comme dénué de danger. Je crois finalement que cette déclinaison n'est pas juste uniquement dans ce sens. Je pense qu'un sujet psychotique peut sentir, percevoir en premier lieu la contenance ou non d'un groupe, d'un espace. Si celui-ci s'avère être suffisamment sécurisant pour lui, je pense qu'il peut raccrocher à la réalité.

²⁶ Didier Anzieu, 1975, p. 222.

²⁷ *Ibid.* p. 222.

²⁸ *Ibid.* p. 222.

²⁹ Jean-Bernard Chapelier, 2010, p. 10.

Selon Noémie THIRANT, le dispositif groupal a une fonction de cadre, de contenant et d'enveloppe. Ces éléments permettent un travail psychique. Cet espace délimité par cette enveloppe peut devenir le lieu de pensée, de symbolisation.³⁰ Je crois que cette pensée est fidèle à ce qu'il s'est produit chez M. K. Il s'agit de construire le mime à partir d'un support : le morceau de papier que chacun doit écrire. Sa participation est d'emblée engagée par une action (écrire) et représentée par un support physique (le morceau de papier). Ces deux dimensions facilitent un accès au symbolisme chez M. K. Elles permettent d'initier la pensée jusqu'au geste : l'aboutissement correspond à la pertinence de signification des mimes.

Le groupe fuit habituellement M. K., probablement en raison de sa bizarrerie, de ses attitudes d'écoute et de ses rires immotivés. En effet, M. K. provoque des réactions d'évitement, parfois de colère : il représente le *fou* dans l'imaginaire collectif. Il renvoie aux autres leurs propres désordres psychiques.

M. K. fuit aussi les autres. Pourtant, lorsque le cadre physique est intériorisé, que le thérapeute se montre contenant, le groupe peut lui permettre de raccrocher à la réalité. Ici, le groupe est un miroir multiple et il est contenant. La réalité est donc surmontable, acceptable, et même source de plaisir. Parce-que M. K. se comporte de façon adaptée, le groupe peut l'accepter.

Il me semble évident que ces temps de partage dans la relation associés au plaisir d'*être là* laissent des traces chez un sujet psychotique. C'est dans ce sens que l'ancrage dans la réalité me paraît thérapeutique.

³⁰ Noémie Thirant, 2010.

III. Melle B. : UN INVESTISSEMENT ET UNE REPRESENTATION DU CORPS ALTERES

A. Eléments biographiques

Melle B. a 19 ans quand je la rencontre. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Son frère est plus jeune de 4 ans. Son père, âgé de 49 ans, est ingénieur mais se trouve dans une situation de chômage depuis 2007. Sa mère est cadre commerciale dans un service marketing.

Aucune information n'est livrée concernant l'enfance de Melle B. C'est à l'âge de 13 ans, au moment du licenciement de son père et de son épisode dépressif, qu'elle commence à éprouver des difficultés. Elle est alors suivie par une psychologue scolaire pour soigner son mal-être, ses troubles du sommeil et sa fatigue, ainsi que ses difficultés relationnelles vécues au collège. Elle se plaint d'une éducation trop stricte.

A 15 ans, l'année de sa troisième au collège est vécue très difficilement. Elle est sujette à ce qu'elle nomme alors un harcèlement. Elle eut ses premières hallucinations auditives. Elle fut suivie au CMP de son secteur par un psychiatre pour troubles schizophréniformes. Un bilan neurologique est établi ne révélant rien d'anormal. Elle exprime à ce moment son mal-être depuis la cinquième et son récent « craquage ». Elle dit : « les autres me salissaient, me traitaient en victime ».

Elle est hospitalisée la première fois en 2010 à 16 ans dans une unité pour adolescents pour l'évaluation d'une symptomatologie psychotique.

A partir de ce moment, les hospitalisations se succèdent, d'abord en 2011 puis en 2013.

Les hospitalisations surviennent après des fugues, souvent en lien avec des idées persécutrices vis-à-vis de sa famille et plus particulièrement vis-à-vis de son père. Deux hospitalisations au sein du service en 2013 se font de manière rapprochée. La dernière commença 9 jours après sa sortie.

J'ai eu l'occasion de rencontrer Melle B. à trois reprises : une fois lors de sa première hospitalisation de 2013 et deux fois, lors de la seconde

hospitalisation de la même année. Les deux séances groupales que je développerai se déroulent pendant cette dernière hospitalisation.

La symptomatologie présentée par Melle B. montre des troubles du cours de la pensée, un discours confus, des propos passant du coq à l'âne.

Elle manifeste une dissociation psychique et corporelle ainsi qu'une exaltation psychique sur un versant maniaque avec une labilité émotionnelle. Elle se montre interprétative avec d'importantes idées de persécution autour de son père. Elle présente aussi des hallucinations acoustico-verbales et évoque une « âme sœur » nommée Thomas.

B. Observation psychomotrice et projet thérapeutique

1. Observation psychomotrice

Je rencontre Melle B. pour la première fois lors d'un entretien avec une psychomotricienne du service, en l'occurrence ma maître de stage. Elle s'installe sur la chaise en face du bureau. Melle B. est très pâle et marquée par la fatigue. Elle porte le pyjama de l'hôpital. Elle a une morphologie assez banale, d'une taille et d'un poids normal. Pourtant, elle dégage une impression de fragilité extrême et de transparence. Une fois qu'elle est assise, je ressens le besoin de m'éloigner d'elle, jugeant la distance qui nous sépare trop mince. Elle semble méfiante et perturbée par ma présence. Elle adopte une posture de repli, les jambes resserrées et les bras croisés. Son regard est fuyant. Elle est exténuée. Elle explique à ma maître de stage qu'elle a très mal dormi. Nous lui confirmons qu'elle semble fatiguée. Elle s'agite de plus en plus, tremble et devient confuse. J'ai la sensation que ma présence a déclenché cet état de panique. Elle est débordée par ses émotions. Elle parle très vite, enchaîne une idée à une autre. Sa respiration se bloque au niveau thoracique. Nous lui proposons de boire un peu d'eau et tentons d'être contenant. Elle réussit à calmer son angoisse progressivement.

Ce temps fut très intense pour moi dans la mesure où j'avais l'impression d'être la cause de cet état. Cet événement me fit d'abord comprendre que son seuil de déclenchement d'angoisse était très bas et qu'elle peinait à s'adapter dans la relation. Cette hypothèse sera confirmée lors d'autres observations.

Une fois l'évènement passé, elle exprime enfin ce qui lui a volé sa nuit : il s'agit de son questionnement à propos de son profil psychopathologique. Elle exprime sa peur de devenir « psychotique ». Elle préférerait devenir « névrosée ». Elle nomme la notion de « résilience ». Nous tentons de la rassurer en lui rappelant que rien n'est prédéfini.

Pendant cet échange, j'observe un tonus global élevé et une posture de repli persistante. Elle tremble beaucoup des jambes. Sa respiration est saccadée. Je pose l'hypothèse d'une régulation tonico-émotionnelle défaillante. Cette régulation est d'autant plus mise à mal lors de la résurgence d'angoisses.

Pendant la discussion, elle se coupe la parole et observe la face antérieure de ses avant-bras. Elle croit avoir un problème et elle montre ses veines: « regardez, mes veines sont bleues ! J'ai sûrement une autre maladie. ». Ma maître de stage lui montre ses avant bras pour lui prouver que c'est normal. Melle B. semble soulagée. Un peu plus tard, Melle B. change brusquement de sujet pour exprimer qu'elle se « dégoûte », qu'elle ne s'aime pas. Elle trouve qu'elle a un « physique ingrat ».

Je peux difficilement faire l'hypothèse d'une perturbation de son schéma corporel. Mais les perturbations toniques vécues pourraient avoir cet effet. En revanche, il paraît évident que son image du corps est altérée. Elle tend vers une mésestime de soi franche et des préoccupations d'ordre corporel. Comme pour le versant praxique, je n'ai aucun élément pour évaluer l'état de sa structuration temporo-spatiale. Les gestes usuels paraissent conservés.

Concernant ses capacités d'attention, je pense qu'elles sont maintenues. Son discours et ses remarques sur elle et son environnement tendent vers une interprétation excessive.

Melle B. peine à contenir son activité psychique bouillonnante : il y a une véritable fuite d'idées. Elle semble sans cesse se poser des questions. Ce bouillonnement est dirigé principalement vers la figure paternelle, ce qu'elle reconnaît comme excessif. Les pensées dirigées vers son père sont si envahissantes qu'elle semble parfois se confondre à lui. Par exemple, lors de l'évocation de sa grand-mère de qui elle semble apparemment assez éloignée, elle dit : « ma mère ».

Elle tente de décharger ses tensions en écrivant. Par exemple, elle nous dit avoir pris l'initiative de rédiger un sujet de philosophie : « qu'est-ce que la vérité ? ». Pour combattre son doute permanent, elle intellectualise et rationalise tout. Parallèlement, elle évoque sa peur qu'on la trompe, qu'on lui mente.

Nous avons pu accéder au délire de Melle B. Elle nous évoque la rencontre d'un garçon, marchant de beignets, qu'elle a rencontré seule. Après s'être fixé un rendez-vous, elle serait tombée amoureuse. Il s'agit de l'âme sœur Thomas. Elle nous fait part de son inquiétude à propos de sa visite à l'hôpital, apparemment refoulée par l'équipe infirmière. Elle aurait entendu des infirmiers commenter cette visite. Progressivement, lorsqu'elle nous explique cette inquiétude, elle devient confuse et doute de ce qu'elle dit. Elle demande alors confirmation à ma maître de stage. Cette dernière lui répond qu'aucun garçon n'est passé lui rendre visite. Alors Melle B. prend conscience de l'hallucination. Elle critique son délire. Entre surprise et effroi, elle répond : « C'est puissant ! ».

Chez Melle B. j'observe principalement un surinvestissement de la sphère psychique. Ce bouillonnement ne dispose d'aucun contenant. Parallèlement, elle semble désinvestir son corps. Il est très dévalorisé et manifeste des craintes corporelles.

Je ne rencontrerai plus Melle B. lors de cette hospitalisation de neuf jours. En effet, il n'aurait pas été pertinent de la faire participer à un groupe pour une seule séance. Sa stabilisation fut rapide, peut-être trop rapide...

2. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique de Melle B. consiste à un réinvestissement de son corps, à une revalorisation de l'image qu'elle a d'elle-même et au soulagement de ses angoisses. Elle est attendue deux fois par semaine pour le groupe *corps et création* du vendredi matin.

C. Etude clinico-théorique

Comme je l'ai précisé dans l'anamnèse, Melle B. fut de retour au service seulement une semaine après sa sortie. Je vais présenter les deux séances du groupe *corps et création* auquel elle a participé à la fin de son hospitalisation. Melle B. est accompagnée d'une autre patiente, Mme R. souffrant de troubles bipolaires sur le versant maniaque avec délire. Ce groupe peut difficilement être qualifié comme tel dans la mesure où deux patients seulement y participent et que trois soignants le guident : une ergothérapeute, ma maître de stage et moi. Je n'insisterai pas sur les interactions entre les deux patientes dans la mesure où elles sont très pauvres, voire inexistantes.

1. Un corps désinvesti et déstructuré

La première séance

L'intention de cette séance est de prendre conscience des structures du corps et plus précisément des liens entre ses différentes parties.

Melle B. nous attend devant la porte fermée qui mène à la salle de psychomotricité. Lorsque nous l'approchons, elle reste taciturne. Au mieux, elle répond à peine à nos sollicitations. Une fois tous réunis avec les deux patientes, nous ouvrons la porte pour nous rendre à la salle de psychomotricité.

Dans la salle, nous nous plaçons en cercle. Ma maître de stage explique la première partie de la séance. Celle-ci s'axe sur un éveil corporel par le biais d'un échauffement de toutes les parties du corps et d'un automassage avec une balle. L'ergothérapeute explique la partie qu'elle guidera, c'est-à-dire la partie création. Elle note l'importance de mémoriser les sensations engendrées dans la première partie afin de pouvoir créer une structure qui fait sens.

Je perçois de Melle B. une anxiété qui émerge à l'écoute de l'ergothérapeute. Elle se défend en disant qu'elle ne peut pas mémoriser. L'attention portée sur son corps semble l'angoisser.

Pendant la partie corporelle, Melle B. insiste à plusieurs reprises sur le fait qu'elle est trop tendue et qu'elle ne sent rien.

A-t-elle vraiment rien ressenti ? Ne s'agit-il pas d'une défense contre ces ressentis qu'elle nie? Angoisse-t-elle à l'idée de sentir son corps ou à l'idée de le représenter à l'issue de cette partie ?

Une fois cette partie terminée, l'ergothérapeute annonce le début de la partie création. Alors qu'elle sort le matériel nécessaire, Melle B. annonce son refus de participer. Elle s'assoit sur un tapis et se replie sur elle-même. Ma maître de stage s'approche d'elle et lui demande pourquoi. Elle répond qu'elle ne pense pas arriver « à faire quelque chose de beau ». Ma maître de stage tente de la rassurer qu'il s'agit avant tout de représenter ses ressentis. Melle B. finit par accepter tout en restant sur la réserve.

Afin d'éviter un trop grand nombre de soignants qui accompagnent les sujets, je crée de mon côté une structure. Dans le matériel, il est d'abord proposé un socle en cône dans lequel est insérée une barre d'environ un mètre quatre-vingt. Il représente d'emblée un axe vertical. Ensuite, nous mettons à disposition des patients des morceaux de tissus, du carton, du fil de fer, un rouleau adhésif ainsi qu'une agrafeuse. Ma place ne me laisse guère la possibilité d'observer Melle B. dont la création est soutenue par ma maître de stage.

La dernière partie correspond à la verbalisation des créations. Chacun notre tour, nous devons décrire et expliquer le choix des matériaux, des couleurs et de chaque élément représenté.

La première création de Melle B.

Autour de l'axe vertical, un fil de fer est enroulé en spirale auquel Melle B. avait accroché des pinces à linge et des petits morceaux de tissus. L'explication de Melle B. est confuse et suscite de nombreux questionnements de la part de Mme R. et des soignants. Elle explique que les pinces à linge représentent toutes les tensions de son corps. Elle précise que, comme ce sont des tensions, elle ne les sent pas. Elles composent toute la longueur du fil de fer. Tout en haut, un lambeau de tissu bleu est accroché à ce fil. Il représente son premier cerveau. Elle dit : « j'ai toujours l'impression d'avoir un cerveau qui me suit à côté de moi. ». Légèrement plus bas, il y a deux lambeaux de tissu rouge représentant les deux yeux. L'ergothérapeute lui demande alors si ces

différentes parties du corps ont été sentis pendant la séance. Elle répond par l'affirmative. D'une part parce qu'elle ne peut pas s'empêcher de penser, d'où le cerveau, et d'autre part parce qu'elle ne peut pas fermer les yeux, donc elle *sent sa vue* : « si je ferme les yeux, j'ai l'impression de m'endormir, ou de m'effondrer ». Bien plus bas, à une cinquantaine de centimètres du sol, il y a deux morceaux de tissus accolés. L'un est bleu, l'autre est rouge. Il s'agit d'une part de son hémisphère gauche, « le cerveau qui pense » et d'autre part le cœur. Elle explique qu'elle est partagée entre ses passions et la raison. Aucune autre partie du corps n'est représenté, si ce n'est « tout le reste du corps tendu » par les pinces à linge : « elles sont tendues donc je ne les sens pas ! ».

Après avoir écouté l'explication de Mme. R. et de moi-même, chacun déconstruit sa propre création. Melle B. qui semble plus sereine, explique que c'est difficile pour elle de représenter quelque chose à partir de ses ressentis. Nous la rassurons sur le fait que nous allons le travailler à nouveau la semaine prochaine et que, déjà, elle a beaucoup fait aujourd'hui. Nous raccompagnons les patients dans le service.

Sensations, perceptions et investissement du corps

POUS G. distingue trois types de mises en mot chez les sujets psychotiques à propos de leur corps. La première est marquée du signe « moins » : le malade vit une absence de sensation. Ce vide laisse place à toute sorte d'investissements. La seconde est marquée par le signe « plus » : il s'agit des préoccupations corporelles, voire de l'hypocondrie. Le malade focalise toute son attention sur ces craintes. L'investissement d'une partie organique se fait au détriment d'investissement sur d'autres parties ou d'autres objets. Le psychisme du sujet est appauvri. Enfin, il y aurait un troisième modèle. Celui des malades qui ne disent rien de leur corps. Dans cette situation, le thérapeute doit utiliser ses propres sens en dehors de l'ouïe, tel que le regard, l'olfaction et le toucher.³¹

³¹ Georges Pous, 1995.

Sans coller à la réflexion de POUS G., il m'apparaît clairement que le profil de Melle B. correspond à un vécu du corps marqué par le signe moins. Il est probable qu'elle contrôle le manque de sensation. Ce manque de sensation laisserait la place à d'autres investissements. Chez Melle B., j'ai pu noter des craintes corporelles qui ne durent pas, comme « les veines bleues », mais surtout son bouillonnement psychique. Il est possible que l'investissement du manque, du vide, au niveau corporel, laisse toute la place à l'investissement de la psyché. Cette approche pourrait expliquer ce bouillonnement psychique.

Toujours selon POUS G., le domaine des perceptions est essentiel dans la compréhension des pathologies psychotiques.

Je comprends les perceptions comme l'interprétation des sensations en fonction de l'expérience du sujet. Selon lui, les sujets psychotiques sont en recherche permanente de maîtrise de ces perceptions.

Encore un fois, deux versants persisteraient : la *maîtrise du vide* et la *maîtrise du plein*.³² La maîtrise du vide correspondrait à la maîtrise de ce qui n'est pas senti. Il s'agit de l'investissement de l'absence provoquée. Dans l'excès, ce fonctionnement emmènerait dans l'excès à la catatonie. L'autre versant correspondrait à la maîtrise du plein. Le sujet provoquerait chez lui des sensations par son comportement moteur. Elles peuvent être agréables ou désagréables. Le sujet investirait ces sensations au détriment de tout autre objet d'investissement. Dans la clinique, cela se manifesterait par une musculature en hypertension, des mouvements répétitifs, des vêtements identiques sur plusieurs jours, un manque d'hygiène et l'odeur associée. Dans ces deux modes de fonctionnement, le sujet contrôle son corps et donc ses sensations, ses perceptions. Cela lui permet certaines fois d'avoir le sentiment d'exister.³³

Cette seconde lecture de POUS G. me laisse perplexe quant à mes observations. Un peu plus haut, j'ai pu comprendre comment Melle B., par l'absence de sensations, pouvait investir toute la sphère psychique. Durant toute la partie corporelle, se met en retrait et manifeste son exaspération, son ennui. Elle désinvestit la séance. Les propositions sont exécutées qu'à moitié.

³² Georges Pous, 1995.

³³ *Ibid.*

Dans sa création, elle représente ses différents cerveaux, son cœur, ses yeux mais tout le reste de son corps n'est pas représenté concrètement. Elle exprime que le reste est tendu, alors elle ne sent rien.

La maîtrise du plein dont POUS G. exprime les caractéristiques correspond très bien au cas clinique de M. C. que je présenterai plus tard. Le sujet investit ses sensations provenant de l'hypertonie. Sa sensibilité aux autres sensations diminue et les autres objets d'investissements s'appauvrissent.

Par l'observation, Melle B. ne paraît pas particulièrement hypertensive, au contraire. Je pense aussi aux suggestions de ma maître de stage lors de la partie corporelle qui envisageait l'existence de tensions et de l'action qu'on pouvait avoir sur celles-ci. Je ne sous-estime pas l'influence de ces suggestions sur Melle B.

Je pense aussi au discours de Joseph MORNET écrivant à propos des sujets psychotiques : « (...) nous savons tous que c'est précisément ce recours au langage qui se trouve, chez lui, faussé et porteur de malentendus: nous croyons parler une même langue et nous nous illusionnons. »³⁴ Un peu plus loin dans l'article, il précise que « c'est ce qui fonde le corps, par sa dimension d'en deçà des constructions symboliques sociales communes, comme un lieu privilégié de rencontre avec le psychotique. »³⁵

Cette citation a le mérite de me conforter dans l'idée que, lorsque le doute se pose sur la pertinence des mots utilisés par un sujet psychotique pour décrire une expérience corporelle, le psychomotricien doit pouvoir utiliser ses intuitions ainsi que son vécu psychocorporel.

Je fais l'hypothèse, au risque de me tromper, que Melle B. ne ressentait pas particulièrement de tensions mais qu'elle offrait à elle-même et aux soignants, une réponse intellectualisée, expliquant cette absence de sensation. Cette réponse aurait, selon moi, la valeur de donner une raison logique dont elle a tant besoin.

Je prolonge mon hypothèse en posant que Melle B. serait dans la maîtrise du vide, rejoignant le profil décrit par POUS G. L'investissement de ce vide de sensation se ferait dans un contrôle permanent. C'est pourquoi l'abord corporel et l'attention portée au corps serait source d'angoisse et les défenses qu'elle manifeste serait un profond désinvestissement.

³⁴ Joseph Mornet, 2006, p. 146.

³⁵ *Ibid.* p. 146.

Une représentation du corps altérée

Toute l'attention de Melle B. semble dirigée vers son état psychique instable et son profil psychopathologique. Plus précisément, j'ai l'impression que son attitude est dirigée par la peur de perdre son intégrité psychocorporelle. A titre d'exemple, elle a pu verbaliser son angoisse d'effondrement si elle fermait les yeux. Elle pense sans arrêt et en contradiction permanente. Cette ambivalence peut désorganiser les soignants dans la compréhension de ses problématiques. La création et les mises en mots de Melle B. comportent le grand avantage d'en savoir plus sur l'état de la représentation de son corps au moment précis où elle *crée* et *parle*.

Pour comprendre les mécanismes en jeu dans la représentation du corps de Melle B., je trouve que le concept psychanalytique d'image du corps paraît adapté. Les auteurs ayant travaillé sur le concept de l'image du corps sont nombreux. Je ne pourrai pas tous les citer. Dans la mesure où l'objet du sujet ici est de tenter de rendre compte d'une lecture psychomotrice des psychoses et d'en livrer les effets thérapeutiques, je me contenterai, dans un premier temps, de livrer une définition qui situe de quelle image du corps je traite dans cette partie, celle de Paul SCHILDER. Selon lui, « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. »³⁶

Christiane DAL BIANCO fait l'inventaire des troubles de la perception et de l'image du corps dans la schizophrénie. Lors de l'installation de la maladie, elle distingue trois principales altérations : la dépersonnalisation, les plaintes somatiques et les troubles cénesthésiques.³⁷ Chez Melle B., je perçois deux de ces altérations. Lors de l'entretien, elle s'inquiète à propos de la couleur des veines de son avant-bras : elles sont bleues. Cette information nous a été livrée, à ma maître de stage et moi-même, comme une découverte d'un corps susceptible d'être le signe d'une maladie, du moins d'un problème. Il s'agirait alors d'une crainte corporelle. Cette crainte m'avait alerté sur la possibilité d'un trouble de l'image du corps.

³⁶ Paul Schilder, 1935, p. 35.

³⁷ Christiane Dal Bianco, 2012.

Par ailleurs, la première création de Melle B., et surtout la mise en mots qui a suivi, me livrent une information qui corréle une autre altération de l'image du corps décrites par DAL BIANCO C. En effet, Melle B. souligne son impression de toujours avoir un second cerveau qui la suit. Il s'agirait d'un vécu de dépersonnalisation. Selon le Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV), la dépersonnalisation est caractérisé par « un sentiment de détachement ou d'éloignement de soi-même »³⁸. DAL BIANCO C. précise que cette expérience concerne souvent les organes tels que le cerveau, le cœur, les intestins, les yeux, etc. Melle B. semblerait avoir le ressenti étrange du détachement de son cerveau par rapport à elle-même.

SCHILDER P. comprend ce trouble comme un changement concernant la relation entre le monde extérieur et le Moi.³⁹ Il insiste sur le fait que le Moi n'est pas altéré dans sa totalité mais plutôt le Moi-objet. Il s'agirait alors d'une altération au niveau de la représentation du Soi objectivé. En d'autre terme, il s'agit d'un trouble de la représentation de sa propre personne en tant qu'objet. Il y aurait une altération de l'unification entre le *Moi-sujet* et le *Moi-objet*. C'est ce phénomène qui expliquerait ce ressenti de détachement d'une partie du corps. SCHILDER P. reste prudent sur les causes d'un tel phénomène. Pour autant, il explique que la dépersonnalisation survient chez des sujets qui n'osent plus investir ni le monde extérieur, ni leur propre corps.⁴⁰ Ce désinvestissement, du moins au niveau du corps propre correspond à une des problématiques de Melle B. SCHILDER P. comprend la dépersonnalisation comme un trouble affectant l'image du corps dans sa structure libidinale.

Selon Françoise DOLTO, « l'image du corps est éminemment inconsciente »⁴¹. Mais elle précise que cette image du corps peut devenir préconsciente lorsqu'elle est signifiée dans le langage conscient, « lequel utilise métaphores et métonymies référées à l'image du corps (...). »⁴². Je retrouve ici le rapprochement avec la mise en mots de Melle B. : « j'ai toujours l'impression d'avoir un cerveau qui me suit à côté de moi. » A partir de cette phrase, sans en avoir conscience, Melle B. nous livre un échantillon de son image du corps et surtout une de ses altérations. Je pense que ce sont la mobilisation de son corps, que je n'ose pas encore qualifier d'investissement, ainsi que l'acte de créer, de

³⁸ American Psychiatric Association, 2000, p. 612.

³⁹ Paul Schilder, 1986.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Françoise Dolto, 1984, p. 22.

⁴² *Ibid.* p. 22.

représenter son corps dans un cadre sécurisant, qui ont permis à Melle B. de dire quelques mots de son image du corps.

La question, maintenant, est de savoir pourquoi c'est précisément le cerveau de Melle B. qui se détache de son corps propre ? Là aussi SCHILDER P. éclaire mes interrogations. Selon lui, la dépersonnalisation concerne précisément les organes qui seraient les plus investis, qui retiendraient l'attention du sujet.

En effet, Melle B. surinvestit la sphère intellectuelle et il est assez cohérent, si l'on considère les explications de SCHILDER P., qu'elle ressente que son cerveau la suive en permanence.

Par ailleurs, Melle B. ajoute un hémisphère gauche. Sa création dispose alors d'un cerveau et demi. C'est comme si son activité psychique ne pouvait être contenu dans un seul cerveau. Elle aurait besoin d'une annexe. Ce deuxième cerveau, qu'elle nomme « hémisphère gauche » se trouve juste à côté du cœur. Melle B., par ses explications, nous montre qu'elle symbolise la contradiction de ses pensées en juxtaposant ces deux organes : la passion et la raison... C'est effectivement ce qui m'est apparu lors des premiers entretiens. Pour autant, il ne me semble pas juste d'en déduire une quelconque information supplémentaire quant à la représentation de son corps. Cette partie de la création montre aussi à quel point il est difficile pour Melle B. de représenter ses sensations, et uniquement ses sensations.

La création de Melle B. montre d'autres altérations de la représentation du corps. Elle représente l'hémisphère gauche et le cœur très proche du sol alors que les yeux sont situés en hauteur, comme il est classique de les retrouver sur le corps humain. Il y a là un illogisme de proportions entre les différentes parties du corps. S'agit-il d'une altération du schéma corporel ou de l'image du corps ? Selon SCHILDER P., « le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même ».⁴³ De ce fait, cette distorsion des proportions à caractéristiques spatiales semble liée à une altération du schéma corporel.

⁴³ Paul Schilder, 1935, p. 35.

Il me semble aussi important de préciser la place prépondérante qu'ont les organes dans cette création : le cerveau, un hémisphère cérébral supplémentaire, les yeux, le cœur. Ces parties du corps sont particulièrement investies chez Melle B. Le reste m'apparaît parfaitement oublié.

Le plus marquant de cette observation serait peut-être la question de cette déstructuration de la représentation de son corps. Selon Gisela PANKOW, il existe deux fonctions de l'image du corps. La première correspond à la *forme* et à la *structure spatiale* du corps : il s'agit du lien évolutif entre les parties du corps et sa totalité. Selon elle, c'est d'abord cette fonction qui est altérée chez les malades schizophrènes. Selon moi, la création de Melle B. met en avant cette dimension. Elle associe certaine fois des organes entre eux. Ceci témoignerait alors d'une forme de liens, même si la logique de ces liens est discutable. Mais dans la globalité, ces ensembles associés se situent très éloignés les uns des autres, et aucun lien n'est concrètement perceptible. PANKOW G. ajoute une seconde fonction : il s'agit du *contenu* et du *sens*. Il s'agirait de la capacité de représentation de cette image, de la signification.⁴⁴

Par ailleurs, elle perçoit son corps comme une structure sans aucun contenant, laissant à découvert différents organes. Cet élément soulignerait une défaillance dans les limites de Melle B., la séparant elle du monde extérieur.

2. La restructuration de la représentation du corps et de la pensée

La seconde séance

Une semaine plus tard, nous attendons les deux mêmes patients. Melle B. n'attend pas à l'endroit convenu. Je vais à sa rencontre, dans sa chambre. Je frappe à la porte à deux reprises et elle ne répond pas. A travers la vitre, je la vois de dos, assise sur son lit avec un casque audio sur les oreilles. J'ouvre légèrement la porte sans dépasser la limitation de sa chambre. Je l'appelle par

⁴⁴ Gisela Pankow, 1969.

son nom et elle se retourne en retirant son casque. Je lui demande alors si je peux entrer. Elle me répond par l'affirmative. Je me rapproche doucement. Il me paraît essentiel de respecter au mieux son espace intime, toujours incertain de ce que je pouvais représenter pour elle. En m'approchant, je m'aperçois qu'elle était en train de dessiner sur un petit carnet. Sur cette page est dessiné un squelette. Je fais mine de ne pas le remarquer dans la mesure où elle s'empresse de refermer le carnet. Je lui demande alors si elle se souvient qu'elle est attendue pour une séance en groupe. Elle ne semblait pas savoir que c'était aujourd'hui. Elle me répond qu'elle n'a pas envie de venir, et me demande si elle est obligée de participer. Je lui réponds que c'est mieux qu'elle vienne, que ce groupe fait partie intégrante de son soin. Elle se manifeste par une certaine lassitude en soufflant. Elle me dit que la dernière séance était difficile. Elle n'a pas envie de recommencer la même chose. Je lui réponds que chaque séance est différente. Avant de sortir de sa chambre, je lui dis que nous l'attendons devant la porte de sortie. Cinq minutes après, elle nous attend devant. Nous descendons jusqu'à la salle de psychomotricité.

Aujourd'hui, je guide la partie corporelle. L'intention de la séance est de prendre conscience des appuis. Par le biais d'un travail debout, dans la marche, sur les appuis plantaires d'une part et allongé, dans le mouvement, sur tous les appuis au sol d'autre part, je tente de faire porter l'attention sur les sensations émergées en étayant par différentes suggestions. Pendant la phase allongée, Melle B. soupire à plusieurs reprises, comme la semaine précédente. Je ne relève pas.

La partie dédiée à la création est plus s'initie plus aisément que la semaine dernière. Melle B. manifeste tout de même des réticences sur la question de la beauté de sa création. Je me trouve cette fois avec elle pour la soutenir dans cette tâche. Sont mis à disposition de la peinture à doigt et une feuille blanche dont la longueur est choisie par les sujets. La consigne est précisée à nouveau : tenter de représenter avec la peinture les différentes sensations émergées pendant la première partie. Melle B. se lance dans une création parfaitement symbolique, sans rapport avec ses ressentis. L'ergothérapeute rappelle la consigne. Melle B. s'arrête brutalement alors qu'elle était dessinant le contour du corps. Elle semble désarmée. Je lui rappelle alors la position allongée et les différents points d'appuis que j'ai induits. Finalement, elle commence à se recentrer et peint avec différentes couleurs.

Elle a tout de même besoin d'être rassurée et étayée par des suggestions d'hypothétiques sensations tout au long de sa création.

La seconde création de Melle B.

Le temps de verbalisation permet alors à Melle B. de développer sa pensée posée sur le papier. Elle choisit elle-même trois couleurs s'associant à un sens précis. La couleur bleue représente ce qu'elle n'a pas senti. Elle dit alors « si je ne les sens pas, c'est que tout va bien. ». La couleur rouge représente les parties tendues ou douloureuses. Je lui demande alors si elle avait senti des parties du corps sans qu'elles ne soient douloureuses. Elle me répond par l'affirmative et choisit la couleur verte pour compléter sa peinture.

En rouge, elle décide de représenter ses épaules, ses poignets, son coccyx et une autre partie qu'elle ne sait pas nommer. Les épaules et les poignets sont des articulations des membres supérieurs. Tous deux ne touchent pas le sol en décubitus dorsal. Elle explique alors que ces endroits sont tendus. Le coccyx et l'autre partie innommable sont accolés. Elle explique qu'elle ressent une douleur à ce niveau. Cette forme ressemble à un T, ou plutôt, selon les interprétations, à un phallus. Si l'on garde cette hypothèse du symbole phallique, le dessin apporterait de nouvelles lectures à la problématique psychique de Melle B... En vert, elle peint l'arrière de la tête, une partie des bras, les mains et les talons. Enfin, elle choisit la couleur bleue pour tout le reste du corps.

Je lui fais remarquer qu'elle a senti beaucoup de choses, du moins plus que ce qu'elle semblait prétendre. Nous décidons de mettre fin à la séance.

En revenant dans le service, j'observais Melle B. qui ne manifestait aucune anxiété et qui au contraire, faisait de grands sourires. Je lui fais remarquer que, contrairement à ce qu'elle avait dit avant ce temps, les séances n'étaient pas toutes identiques. Elle confirme alors mon propos. C'est la dernière fois que je vois Melle B.

Pour une interprétation psychocorporelle

L'élément essentiel qui ressort de cette seconde création correspond pour moi à l'aptitude de Melle B., par le biais de l'étayage, à se centrer sur les sensations, les différencier, les nommer et les représenter. Melle B. a pu, lors de ce temps, mettre de côté l'intellectualisation, au profit de l'écoute de son corps. Elle a pu lâcher, par compromis, un peu de sa tendance aux raisonnements excessifs. Cette mise à distance lui a permis de déposer sur la feuille, non seulement ses sensations, mais aussi autre chose, de l'ordre de l'inconscient : un phallus.

Toutes les interprétations sont possibles à ce sujet. Mais mon étude doit se maintenir au cadre de la psychomotricité et l'interprétation de l'inconscient des sujets n'en fait pas partie. Cette question pose néanmoins celle du champ d'action de la psychomotricité. Comment ignorer une telle symbolique dans le soin psychocorporel? Si la psychomotricité prône un regard global du sujet, est-il pertinent de fermer les yeux sur des éléments si frappants au nom de notre décret de compétence ?

Je ne plongerai pas dans des interprétations comme la psychanalyse l'entend et l'applique. J'en ai ni les compétences, ni l'expérience. Je pense tout de même que les psychomotriciens peuvent tenter d'interpréter, à leur façon. Selon le Petit Robert, interpréter signifie l' « action d'expliquer, de donner une signification claire (à une chose obscure) »⁴⁵. Peut-être est-il possible d'imaginer une interprétation d'ordre psychocorporelle ?

J'ai perçu de Melle B., pendant le temps de cette création, une forme de réorganisation. Sa pensée était plus lente et construite. Elle semblait parfaitement orientée dans la recherche de son vécu sensoriel, dans la façon dont elle allait le représenter. Son activité intellectuelle se maintenait mais, s'organisait autour d'un but unique, sans contradiction excessive.

J'ai pu comprendre l'importance de la place de son père dans son l'activité psychique, à tel point que j'ai pu percevoir certaines manifestations d'indifférenciation dans son discours. Il est possible alors que ce phallus, qui comble sur le dessin un vide, marque quelque chose qui s'érige, qui se verticalise. Peut-être symboliserait-il un axe ? L'axe corporel de Melle B. prendrait forme. Dans cette perspective, deux éléments pourraient se rapprocher : en même temps que Melle B. se différencie de son père en

⁴⁵ Le Petit Robert, 2013, p. 1358.

construisant son axe, vecteur d'identité, ses pensées prennent forme et s'organisent.

3. Apport thérapeutique

Melle B. évite l'approche corporelle. Elle angoisse à l'idée de sentir des choses qu'elle n'a pas prévu de sentir, qu'elle ne contrôle pas. Elle tente au plus vite de mettre de la distance avec son corps et les manifestations sont celles de la lassitude, du désintérêt. Lorsqu'il s'agit de porter attention à son corps, Melle B. se désengage. S'agissant de la partie créative, elle éprouve des difficultés à mettre de côté la dimension esthétique. A la première séance, elle se braque et refuse l'activité. Lorsqu'elle dépasse cette première résistance, elle a tendance à intellectualiser et rationaliser sa création. Il s'agit de défenses. Selon Jean LAPLANCHE et Jean-Bernard PONTALIS, les défenses correspondraient à un « ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Dans la mesure où le Moi se constitue comme instance qui incarne cette constance et qui cherche à la maintenir, il peut être décrit comme l'enjeu et l'agent de ces opérations ». ⁴⁶ Ces différentes défenses pourraient remettre en cause l'intérêt thérapeutique de ce groupe voire celui de l'approche psychomotrice.

Pourtant, les résultats sont palpables. Lorsque Melle B. sort de la salle, elle semble apaisée. Elle ne semble plus être dominée par ses pensées négatives, excessives et souvent dévastatrices. Son contact relationnel est adapté. Si elle manifeste nombre de défenses à l'égard de ce soin, celles-ci ne sont pas suffisantes pour que les effets thérapeutiques en pâtissent.

PANKOW G., dans son ouvrage *L'Homme et sa psychose*, montre comment elle soigne différents patients par le modelage et la thérapie psychanalytique. Pour elle, l'acte de modeler, dans le cadre et le dispositif qu'elle précise, permet au malade « de formuler des demandes et reconnaître des désirs

⁴⁶ Jean Laplanche et Jean-Bernard Pontalis, 1967, p. 108.

inconscients »⁴⁷ En fait, cet acte permettrait de créer une rencontre entre le sujet et son thérapeute. Cette rencontre serait médiatisée par la parole, plus précisément des échanges verbaux à propos du corps. Le modelage permettrait de mettre en exergue des parties défaillantes dans l'image du corps, toujours en lien avec l'histoire du malade. PANKOW G. fonde sa psychothérapie sur l'image du corps et sur la façon dont le malade vit son corps. Elle comprend d'abord l'image du corps dans sa dimension de structuration spatiale : pour les sujets psychotiques, il s'agirait de l'altération des liens entre les parties et la totalité du corps du malade.⁴⁸

Toujours selon elle, les schizophrènes présentent une image du corps dissociée mais non morcelée. Le sujet ne vit pas son corps ni comme une unité, ni comme une entité distincte de l'environnement. Il subsiste alors une confusion entre l'intérieur et l'extérieur de son corps. Certaines parties de l'image du corps du malade peuvent se retrouver transformées dans le monde extérieur sous forme d'hallucinations auditives ou visuelles. Il s'agirait alors de la dissociation de l'image du corps.⁴⁹ A ce propos, il est probable que l'oubli systématique des oreilles dans la représentation du corps de Melle B. signe un détachement de cette partie de son image corps. Si l'on suit la pensée de PANKOW G., la récurrence d'hallucinations acoustico-verbales pourrait être en lien avec cette absence systématique de représentation. A titre de comparaison, Melle B. met un point d'honneur à représenter ses yeux, autre types d'organes sensoriels.

Par ailleurs, j'ai pu comprendre que PANKOW G. mettait en avant un travail de *structuration de l'image du corps*. Selon elle, il se termine lorsque les deux fonctions de l'image du corps qu'elle définit, c'est-à-dire la structuration spatiale d'une part, le sens et le contenu d'autre part, retrouvent leur lien. Enfin, son approche rejoint ce que je tente de démontrer, du moins au niveau de son objectif, dans la mesure elle vise à ce que le malade retrouve une unité et des limites. Selon elle, c'est à partir de cette structuration spatiale que le malade pourra accéder à la temporalité et donc à son histoire.⁵⁰

⁴⁷ Gisela Pankow, 1969, p. 28.

⁴⁸ Gisela Pankow, 1969.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*

Les éléments théoriques fournis par PANKOW G. aident à la compréhension des problématiques de la schizophrénie et particulièrement à la question du corps. Si je fais le lien entre son œuvre et le cas clinique de Melle B., c'est parce qu'il semble éclairer l'intérêt thérapeutique de ces deux séances, bien que les méthodes et leur utilisation diffèrent.

Tout d'abord, l'élément essentiel réside dans le fait que le support de la création correspond à l'attention portée aux sensations à partir d'une pratique corporelle. Il s'agit de techniques dites psychosensorielles : il s'agit d'induire des stimulations sensorielles afin de provoquer une introspection chez le sujet.⁵¹ Ensuite, le travail de création n'est pas celui d'un modelage. Il s'agit de créer une structure avec différents matériaux. D'emblée est proposé un support : soit un axe vertical qui la structure soit une feuille à l'horizontal. Enfin, l'objectif n'est pas que Melle B. reconnaisse des désirs inconscients. Il s'agit d'une technique expressive. Le médiateur, en l'occurrence la création, crée un lien entre le vécu interne du sujet et la réalité extérieure. Selon CHAPELIER J.-B., il serait un support à la communication verbale. Il permettrait de structurer la pensée.⁵²

L'élément de connivence le plus flagrant entre les travaux de PANKOW G. et l'intention de ces deux séances seraient le fait de travailler sur la structure spatiale de l'image du corps.

Ici, il s'agit de retrouver une unité du corps, par les techniques psychosensorielles mises en lien avec des techniques expressives. Melle B. a pu, malgré ses défenses, accéder à une certaine attention sur les sensations de son corps. A partir de là, la structure, le médiateur, semble lui avoir permis de les différencier, les nommer et les représenter.

La création de la seconde séance laisse entrevoir un corps plus unifié, de par l'association des parties du corps et limité de par le contour du corps complet.

Ces deux séances ont pu nourrir Melle B. de sensations, d'émotions, de représentations au niveau d'un élément de son entité qu'elle semble avoir nié : son corps. Selon DOLTO F., l'image du corps, étayée sur le schéma corporel permet le dialogue avec les autres.⁵³ Je ne peux m'empêcher de faire un lien

⁵¹ Pierre André, Thierry Benavidès et Françoise Giromini, 2002.

⁵² Jean Bernard Chapelier, 2010.

⁵³ Françoise Dolto, 1984.

entre les deux séances avec Melle B. et l'état d'apaisement dans la relation aux autres.

En deçà de ces éléments, il me semble que l'attention au corps de la part des soignants et d'elle-même ainsi que les deux travaux de représentation qu'elle a créé, lui ont permis de tendre vers un réinvestissement de son corps. Ce dernier peut se traduire par une diminution de l'activité psychique excessive. Le corps, par son investissement, aussi bien dans sa structure spatiale que dans son contenant, permet une réorganisation de la pensée.

IV. M. C : UNE CARAPACE TONIQUE

A. Eléments biographiques

M. C. est un homme de 47 ans. Il est célibataire et sans enfant. M. C. est l'aîné d'une fratrie de deux enfants issus d'un même lit. Son frère est plus jeune de 10 ans. Il a aussi deux demi-sœurs issues d'un premier mariage du côté de son père. Ses parents, divorcés depuis que M.C. a 15 ans, sont chercheurs en biologie. Il vécut une enfance et une adolescence difficile où il se dit victime d'humiliation de la part de son père. Il ajoute qu'il ne se sentait pas aimé. Certains membres de sa famille sont gravement malades. Sa tante et son père sont atteints de la maladie de Huntington. Il étudie la biologie dans sa région natale jusqu'au doctorat. A 31 ans, ne trouvant pas de travail en France, il part en Angleterre dans un centre de recherche public pendant 5 ans. De retour en France, à 36 ans, il reçoit brillamment une habilitation à diriger des recherches en Auvergne : il devient enseignant-chercheur en microbiologie.

A 42 ans, il est hospitalisé dans le secteur de son lieu de travail, en hospitalisation libre, pour de grandes crises d'angoisses. Alors que ses troubles

auraient débuté deux ans auparavant, il n'avait jamais été suivi en psychiatrie. Le psychiatre reconnaît chez lui un profil anxio-dépressif associant de grandes angoisses et des idées suicidaires. M. C. se plaint de sa supérieure qui lui reproche d'être trop lent. Il est traité par antidépresseurs dans un premier temps. Malheureusement, des effets paradoxaux apparaissent tels que des insomnies, une augmentation de l'angoisse et un contact bizarre, en l'occurrence un regard fuyant et un discours pauvre. Le psychiatre remplace les antidépresseurs par des neuroleptiques. Cette fois, les symptômes s'atténuent. Son séjour psychiatrique dure deux semaines.

La suite de son histoire livrée dans son dossier médical est plus confuse. Elle comprend des épisodes d'hospitalisation et des périodes d'activité professionnelle.

Son état ne s'améliore pas, il retourne alors dans sa région natale où il se sent moins isolé. Il emménage alors chez sa mère.

Il est ensuite hospitalisé à plusieurs reprises : deux mois après la première hospitalisation, puis deux ans plus tard et une fois de plus un an après. Elles surviennent autour d'un état dépressif atypique avec des idées suicidaires accompagnées de sentiments de dépersonnalisation et d'angoisse de morcellement.

A 46 ans, ne reprenant pas le travail, il se présente lors de sa dernière hospitalisation comme étant « schizophrène » avec un certain détachement affectif.

Depuis cette dernière hospitalisation, il est suivi au CATTP.

B. Observation psychomotrice et projet thérapeutique

Quand je rencontre M. C. pour la première fois, il est suivi au CATTP depuis une année. Ma maître de stage et moi-même le rencontrons une fois par semaine dans le cadre du groupe *relaxation*.

1. Observation psychomotrice

M. C. se rend à la première séance une heure en avance. Quand je me présente à lui, il me répond à peine et s'assoit dans la salle d'accueil. Pendant ce court instant, il avait maintenu une distance relationnelle adaptée dans le cadre de notre première rencontre mais semblait un peu anxieux. Le rejoignant dans la salle d'accueil, je lui demande pourquoi il est aussi en avance. Il me répond qu'il se levait toujours environ à 6h, et qu'il préférerait partir de chez lui lorsqu'il était prêt. J'apprendrai plus tard par les soignants que sa mère est plutôt envahissante et ils soupçonnent une fuite de son domicile.

Dans la salle d'accueil, il attend seul le début de la séance, les mains croisées en regardant dans le vide. Il refuse ma proposition de prendre un café, en m'expliquant qu'il en avait déjà consommé un chez lui. Ne répondant que brièvement à mes sollicitations sans relancer la conversation, je décide de revenir dans le bureau avec ma maître de stage. Je percevais le contact de M. C. comme bizarre, me mettant assez mal à l'aise. Son regard se maintenait, devenant intrusif, puis, lorsque je le lui retournais, il devenait fuyant.

M. C. est un homme d'un mètre quatre-vingt-cinq avec une large carrure, me donnant une impression de force. Ce caractère est souligné par une hypertonicité. Il se tient bien droit, donnant à son axe, une qualité de poutre solidement ancrée dans le sol. Son tonus périphérique tend tout autant vers l'hypertonicité. Sa marche lente et raide s'associe à un très peu de ballant. Quant à son tonus facial, je percevais lors de nos premiers échanges une tension forte au niveau de sa mâchoire, accentuée par un mâchonnement répétitif associé à une protrusion de la langue. Je soupçonne alors les effets des médicaments. M. C. est traité par neuroleptiques depuis plusieurs années. Ces manifestations soulignent peut-être des effets extrapyramidaux, c'est-à-dire une bradykinésie, des tremblements de repos et une rigidité. Les effets sont visibles aussi dans la protrusion de la langue : une dystonie de la région linguo-bucco-faciale. Par ailleurs, sa respiration semble se bloquer au niveau de la région thoracique. La qualité de son discours, cohérent et plutôt authentique bien qu'assez pauvre, était altérée par une légère difficulté articulaire.

Ces quelques échanges ne me donnent aucune information sur la qualité de la représentation de son corps. Mais je pouvais déjà faire l'hypothèse d'une possible altération de par l'excès de sa qualité tonique globale. Je ne disposais d'aucun élément objectivable sur la qualité de sa structuration temporo-

spatiale. Cependant, il semblait se repérer dans le temps, dans la mesure où il avait parfaitement conscience d'être arrivé en avance et du temps qui lui restait à attendre avant le début de la séance. Les nombreuses conversations que j'ai pu avoir avec lui confirmeront cette hypothèse. Je m'apercevrai qu'il évalue très précisément le temps et qu'il se déplace de façon autonome, marchant jusqu'à quarante-cinq minutes pour se rendre au CATTP ou choisissant de prendre le bus si le temps était trop mauvais.

Au niveau de la qualité des mouvements et des praxies, je retrouve chez M. C. une faible amplitude de mouvement et une certaine gêne gestuelle. Une telle hypertonicité empêche une régulation tonique adaptée et nuit à la fluidité du geste. Il me donne alors l'impression d'un sujet enfermé dans un corps crispé, resserré. Ces caractéristiques n'empêchent pas M. C. d'avoir un rapport instrumental avec son environnement préservé, sans maladresse significative.

Conformément aux informations livrées dans son dossier médical, M. C. ne montre aucune attitude d'écoute ou manifestation diverse de vécu hallucinatoire.

Un point essentiel se dégage de cette première rencontre : M. C. montre d'une part une carapace tonique intense qui ne laisse paraître aucune réaction émotionnelle et d'autre part une réserve très anxieuse.

2. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique général pour M.C. est de retrouver du travail. Pour cela, deux axes sont avancés : un besoin de revalorisation d'une part, notamment par le biais du développement de sa créativité et d'une meilleure connaissance de soi et d'autre part celui de soulager son anxiété. Dans le cadre de ces objectifs, il a été convenu avec M. C. la participation au groupe *relaxation* du mercredi matin et au groupe *création collective* du vendredi après-midi.

C. Etude clinico-théorique

1. La carapace tonique

Le massage avec la balle

Le premier point marquant que je souhaite développer prend forme lors de la deuxième séance groupale. Lors de cette séance, il est proposé dans un premier temps une prise de conscience précise des pieds. Dans le dispositif, chacun est assis sur une chaise, en cercle. Ma maître de stage propose alors de se masser le dessous des pieds en faisant rouler une balle de tennis sur le sol. J'observe alors M. C. qui semble éprouver des difficultés. En effet, il fait des allers-retours de façon brutale et avec force entre son talon et ses orteils. Il perd le contrôle de cette balle à trois reprises. A chaque fois, il ne fait aucune remarque en allant chercher sa balle. Je lui conseille alors de faire ces mouvements le plus lentement possible. Il parvient à ralentir la cadence. En revanche, il appuie toujours très fort sur la balle à tel point qu'une grande tension se propage dans tout son corps, jusqu'à la tête et aux mains.

Une sensibilité saturée

La première vignette clinique montre d'abord la maladresse, de M. C. lors du massage à partir de la balle. D'où vient cette maladresse ? Lorsque je propose à M. C. de faire bouger la balle avec douceur, il parvient à ralentir le rythme du mouvement. Pourtant, la force qu'il sollicite dans l'exercice se maintient. Cette intensité se propage dans tout le reste de son corps. Ce simple exercice montre alors comment M. C. peut manifester une telle hypertonicité sans en avoir véritablement conscience, et ce, au-delà des effets secondaires des médicaments. La question qui me semble importante est celle-ci : pourquoi solliciter tant d'énergie dans la manipulation de cette balle ? La première hypothèse qui me vient est la suivante : M. C. ne parvient à sentir le contact de la balle sous ses pieds uniquement si celui-ci est intense. En appuyant très fort,

il peut ainsi sentir et alors confirmer à lui-même, par corrélation des sensations tactiles, kinesthésiques et visuelles, qu'il agit bien sur cette balle. Mais d'où vient ce manque de sensibilité ?

POUS G. met en avant différentes formes de psychoses. Je ne les citerai pas toutes. En revanche, il livre un fonctionnement qui semble se corréler à celui de M. C. Selon lui, certains malades, toujours dans une dynamique de maîtrise, rendent leur corps incapable de sentir. Il évite alors des sensations imprévues et surtout incomprises. Le malade développe une hypertonicité ou une hyperactivité. Le profil de M. C. correspond à une hypertonicité. Bien au-delà des effets secondaires des neuroleptiques à long terme, l'hypertonicité peut correspondre à une défense dans la mesure où les perceptions corporelles sont saturées. Le malade est protégé des autres sensations. Ces tensions musculaires le protégeraient des sensations internes et externes incomprises.⁵⁴ Elles seraient un moyen de défense contre des intrusions mettant en danger son intégrité.

Le manque de sensibilité vient alors peut-être de cette carapace tonique évoquée un peu plus haut. Celle-ci permettrait de le protéger de l'apparition de sensations incomprises ou non maîtrisées. Ces sensations seraient source d'angoisse.

Par cette maîtrise des sensations, le malade évite toute émotion qui pourrait le submerger. En effet, Henri Wallon avait insisté sur le fait que le tonus serait le support de l'émotion. C'est effectivement l'un des éléments cliniques qui m'est apparu lors de la première rencontre avec M. C. Il me paraissait figé, froid, sans aucune réaction émotionnelle.

Je me demande alors contre quoi M. C. lutte. Qu'est-ce qui menace tant M. C. au point qu'il se crée une enveloppe aussi rigide, aussi impénétrable? Cette enveloppe le coupe de son environnement en anesthésiant sa sensibilité. Je fais aussi le lien avec la pauvreté de son expression corporelle directement liée à cette rigidité. Cette carapace répond cependant à un besoin certain. Les séances suivantes pourront aider à sa compréhension.

⁵⁴ Georges Pous, 1995.

2. Un manque de limite

Le jeu de la bouteille

L'activité suivante est inspirée du jeu de la bouteille. Dans ce cadre, les sujets sont divisés en deux sous-groupes de trois. Le dispositif est le suivant : deux sujets accompagnent le protagoniste soutenu au niveau des épaules, devant et derrière. La règle essentielle est de ne jamais lâcher le sujet pendant le déroulement de l'expérience. Les patients expérimentent à tour de rôle l'accompagnement en avant et en arrière. L'intention est de faire intégrer aux sujets confiance dans la relation et par le toucher. Ma maître de stage et moi accompagnons chacun un groupe. Alors que j'accompagne verbalement les trois patients, je surpris M. C. dans l'autre groupe poussant avec force le sujet qu'il devait accompagner. Ce dernier fait un bond en avant, et la personne de devant le retient péniblement afin de lui éviter la chute. Ma maître de stage explique alors à M. C. qu'il s'agit davantage d'un accompagnement avec douceur plutôt qu'une véritable poussée. Elle lui demande de porter attention à la force qu'il met dans ses bras afin de veiller sur l'autre sujet. Je me permets d'observer un peu plus M. C. En effet, le sous-groupe que j'accompagne toujours a bien conscience du cadre et semble exploiter l'exercice, certes avec appréhension, mais avec plus de facilité. M. C. semble alors très perturbé par la remarque de ma maître de stage. Il semble se sentir coupable et manifeste une grande anxiété. Il recommence l'exercice cette fois accompagné par ma maître de stage. Cette fois, par imitation, il réussit à contrôler ses mouvements. De la place que je tiens, je ne peux percevoir la qualité de son contact. J'observe simplement une attention certaine de la part de M. C.

Comme je devais accompagner le sous-groupe qui m'était confié, je n'ai pas pu observer M. C. lorsqu'il expérimentait la situation de la bouteille. J'ai appris plus tard, en échangeant avec mon maître de stage, qu'il n'avait pas réussi à fermer les yeux et encore moins à avoir confiance et à se laisser porter.

Confusion entre le Soi et le non Soi

Lors du jeu de la bouteille, M. C. pousse l'autre sujet de façon très excessive. Il ne prend pas conscience de l'intensité de la force qu'il mobilise. Comme pour la balle, M. C. avait peut-être besoin d'agir fortement pour sentir et confirmer que son action agissait sur l'environnement. Si l'on se maintient à cette hypothèse, les deux observations confirment une altération de conscience de soi. Si je veux être plus précis, je dirais que l'altération se situe avant tout au niveau des limites corporelles. En effet, les deux situations peuvent se corrélérer dans la mesure où la recherche de sensations se fait par le toucher.

Pourtant, une différence de taille est à définir entre ces deux vignettes. Dans la première, M. C. touche un objet, dans la seconde, il touche un sujet. M. C. fait-il la différence entre un objet et un sujet ? En d'autres termes, M. C. a-t-il perçu l'autre patient comme un objet ? Je répondrais par une autre question : comment M. C. pourrait-il avoir conscience des limites de l'autre si la perception et la conscience de ses propres limites sont fortement altérées ? Après avoir compris la remarque de ma maître de stage, M. C. fut très anxieux et semblait se sentir coupable. Il finit par prendre soin de l'*autre*.

Pour ma part, je me limiterai à confirmer une altération de l'intégration des ses limites corporelles. Cette altération va de pair avec celle de la conscience des limites de l'autre. Il s'agirait de comprendre le vécu de M.C. comme un flottement entre le Soi et le non Soi. Ce questionnement amène à une hypothèse. La carapace tonique de M. C. a peut-être la fonction de créer ou d'illusionner une enveloppe avec des propriétés de contenance du Soi et de protection du non Soi.

ANZIEU D. met en avant une fonction du Moi-peau qui intéresse particulièrement le sujet de M. C. Il met en avant le rôle protecteur de la membrane des cellules de la peau vis-à-vis des éléments étrangers qu'elle ne laisse pas entrer. Dans cette perspective, leur intégration psychique permet au sujet de se sentir unique et différent de l'extérieur. Il s'agit de la *fonction d'individuation*⁵⁵. Il s'agirait alors d'une frontière entre le sujet et l'environnement. ANZIEU D. décrit qu'une carence de cette fonction engendrerait l'angoisse de l' « inquiétante étrangeté » décrite par FREUD S., c'est-à-dire « l'angoisse de l'individualité de Soi »⁵⁶.

⁵⁵ Didier Anzieu, 1985.

⁵⁶ *Ibid.* p. 102

Nous nous rapprochons alors de la question des limites de M. C. Quand M. C. pousse fortement l'autre sujet, c'est alors peut-être parce que la limite entre ce qui lui appartient et ce qui ne lui appartient pas est floue. Il ne prend pas conscience de la force qu'il mobilise pour accompagner l'autre sujet. La question de la perception spatiale se pose. Peut-être percevait-il le sujet plus loin, d'où une force plus importante. Associée à la maladresse de M. C., la situation aurait pu se produire selon ces paramètres.

Une autre hypothèse se pose concernant cette forte poussée. C'est celle d'un repoussé induit par une angoisse d' « inquiétante étrangeté ». Peut-être que M. C. a perçu une forme de fusion entre ses mains et les épaules du sujet. Il ne percevait plus la limite entre ses mains et le corps de l'autre sujet. Le repousser fortement et rapidement pourrait être une réaction de défense face à cette angoisse de fusion.

La carapace tonique pour une reconstruction des limites

Ce que je tente de mettre en avant dans les parties précédentes correspond à un trouble de la conscience de soi. Il s'agirait alors de l'unicité du sujet qui serait remis en question. La carapace tonique de M. C. aurait peut-être pour fonction de lutter contre cette confusion entre lui et l'extérieur. Il s'agirait alors d'une défense qui s'est installée progressivement et sur de longues années afin de se recréer une frontière, une limite. C'est ma première hypothèse. Malheureusement, on comprend par l'évènement du jeu de la bouteille que cette reconstruction est défailante. Il s'agirait alors peut-être d'envisager une autre cause de cette carapace. Celle-ci pourrait répondre à d'autres problématiques, peut-être d'ordre plus archaïque...

3. Un manque d'unité

Les deux vignettes qui vont suivre prennent racine au cours de la sixième séance. L'objectif thérapeutique est avant tout de repérer les tensions du corps pour ensuite les atténuer.

Les mobilisations passives, le toucher

La séance commence par des étirements en cercle afin de repérer la localisation d'hypothétiques tensions. Par la suite, nous exerçons différents mouvements, soulignant la phase de contraction et de relâchement. Ces exercices simples sont étayés par la verbalisation de possibles ressentis comme les impressions de lourdeur, de chaleur, de longueur, de présence d'une partie du corps.

La deuxième partie de la séance, il est proposé à tous d'expérimenter différentes marches en fonction de contractions précises et volontaires.

La dernière partie de la séance se déroule en binôme. Je me trouve au côté de M. C. Il s'agit d'une méthode de relaxation passive, inspirée de WINTREBERT. Elle concerne ici la mobilisation des bras, en passant par les épaules, les coudes et les poignets. Sur un tapis, est placée une chaise sur laquelle s'assoit M. C. Ma maître de stage accompagne les différentes mobilisations par la parole. Je commence à mobiliser son épaule droite, en tenant de ma main gauche son coude droit et de ma main droite, sa main droite. Je perçois d'emblée une forte tension dans tout le bras. Sa main droite, bien plus large et épaisse que la mienne, me serre fortement. Je lui fais remarquer que je sens qu'il garde contrôle, l'objectif étant pour l'instant de se laisser faire. Je ne sens aucune différence. Je secoue alors légèrement son bras de la main droite afin qu'il laisse reposer son bras. Cela fonctionne dans un premier temps. Je peux alors commencer la mobilisation de son épaule de façon circulaire. Bien qu'il tente de réduire son contrôle, je sens qu'il le maintient toujours et cette tendance s'accroît à chaque fois que ma mobilisation reprend. Par peur que mes verbalisations ne deviennent intrusives, je préfère transmettre mes informations en modulant les mobilisations. Je tente d'être le plus contenant possible et lorsqu'il reprend totalement le contrôle, je secoue légèrement son

bras. Progressivement, il se laisse aller dans ce mouvement continu et je sens son bras bien plus lourd. Sa main glisse si je ne la maintiens pas fermement. Je ne suis pas surpris de la difficulté de M.C. à lâcher prise mais plutôt de constater à quel point les mouvements sont limités dans leur amplitude. De part la proximité de l'épaule à l'axe, les muscles qui la soutiennent sont d'autant plus toniques. La seconde mobilisation concerne l'articulation du coude. J'accompagne le bras de M. C. de la même façon. Il tente de nouveau de reprendre le contrôle. Je comprends alors que cet exercice est très difficile pour lui. Pour se défendre, cette fois, il anticipe mes mouvements. Je lui réponds alors que, pendant ce premier temps, je devais mobiliser son bras et pas le contraire. En secouant légèrement son bras, il laisse son poids. Les mobilisations peuvent recommencer. Cette fois, la mobilisation est plus souple, même si je devais certaines fois l'inciter à laisser poser son bras sur le mien. La troisième mobilisation concerne celle du poignet. J'observe alors que l'éloignement de l'axe coïncide avec le laisser aller de M. C. Cette observation peut aussi se faire chez un sujet non pathologique. Mais ici, c'est bien plus marqué. Cette observation est à nuancer dans la mesure où ces mobilisations passives ont progressivement un effet apaisant en même temps que j'évolue vers la périphérie. Lorsque la mobilisation de son bras droit fut terminée, j'observe M.C. de face, qui avait fermé les yeux. Je suis étonné de constater à quel point son épaule droite est basse par rapport à celle de gauche. Dans la mesure où cette constatation est nouvelle, je peux affirmer qu'elle est le signe d'un relâchement musculaire. Je décide de ne rien lui dire. Après quelques secondes, je mobilise le bras gauche. Sans entrer dans les détails de ce second temps de mobilisation, je me contente de dire que les résistances sont moins fortes. Bien que la tonicité plus faible du bras non dominant l'explique, il me paraît pertinent de mettre en avant l'apaisement lié à la première mobilisation.

Il s'agit ensuite d'inverser les rôles. Dans la mesure où j'ai confiance en M. C., je décide de fermer les yeux. J'entends le son de ses mâchonnements s'accroître lorsqu'il me prend le bras. Ceux-ci s'étaient arrêtés depuis la mobilisation du bras droit. Leur reprise à ce moment donne le signal d'une anxiété. En effet, je perçois dans son toucher une grande hésitation. Je me montre calme, serein. Sans savoir précisément pourquoi, je sens que ce moment est primordial pour M. C. J'ai l'impression qu'il a peur de mal faire, ou de me faire mal. Alors Je me laisse aller dans cette mobilisation passive soutenue par

les verbalisations de ma maître de stage. Dans un premier temps, les mobilisations hésitantes de M. C. sont de très faible amplitude. Il semblait terrifié à l'idée de trop tirer sur mon bras, peut-être à l'idée de l'arracher. J'entends alors mon maître de stage le conseiller, en lui précisant avec humour qu'il n'allait pas me casser. Il semble rassuré plus confiant et contenant dans le toucher. Progressivement, il prend le risque d'augmenter l'amplitude des mouvements. Pendant un court temps, il effleure l'excès d'amplitude, sans être douloureux pour moi, il teste les limites. Après cette courte phase d'ajustement, il finit par trouver une bonne adaptation. Au cours de la mobilisation de mon second bras, j'entends le son de ses mâchonnements diminuer, jusqu'à disparaître.

Une fois ces mobilisations terminées, je ressens chez moi un certain relâchement musculaire et un apaisement psychique. J'ouvre les yeux et je vois M. C. à une distance de moi tout à fait adaptée, sourire aux lèvres. Lors du temps de reprise en cercle, il dit peu de chose, comme à son habitude. Mais il ne cesse de sourire, et cette fois, aucun mâchonnement n'apparaît. Quand nous demandons à M. C. d'exprimer son vécu de la séance, il se dit très apaisé, et content.

La carapace tonique pour la reconstitution de l'unité

Avant de déterminer l'apport thérapeutique de cette séance, il me paraît nécessaire d'apporter une nouvelle information clinique d'ampleur concernant les hypothèses à propos de la construction d'une carapace tonique chez M. C.

Lorsque nous échangeons les rôles, l'anxiété de M. C. réapparaît. Il a probablement peur de me faire mal, de me détruire. Plus précisément, la faible amplitude de ses mobilisations semble présager de sa peur de m'arracher le bras. Ceci fait échos avec les informations retrouvées dans le dossier médical, correspondant à la récurrence d'angoisses archaïques, en l'occurrence de morcellement.

Les angoisses archaïques sont fréquentes et récurrentes chez les sujets psychotiques.

Selon Eric PIREYRE, l'angoisse de morcellement, comme d'autres angoisses archaïques, est constitutive chez les bébés jusqu'à ce qu'il accède à une représentation du corps unifiée. L'enfant perçoit certaines fois son corps

comme morcelé. Cette perception menace l'intégrité psychocorporelle du sujet et encore plus son sentiment continu d'exister. C'est le portage psychique et physique des parents qui calmerait ces angoisses. Comme il l'expose lors d'expériences de relaxations, certaines de ces angoisses peuvent ressurgir chez les adultes. Ces sujets ne sont pas pathologiques pour autant.⁵⁷ Elles restent présentes chez tous les individus car chacun garde sa part archaïque, c'est-à-dire les expériences durant tout le temps de vie avant l'apparition du langage. Selon lui, c'est davantage leur retentissement émotionnel qu'elles ont sur le sujet qui nécessite une observation approfondie.⁵⁸ J'imagine que la récurrence de leur apparition intervient sur le caractère pathologique de celles-ci.

Selon ANZIEU D., il l'angoisse de morcellement proviendrait d'un dysfonctionnement d'une fonction du Moi-peau : celle de l'*intersensorialité*⁵⁹. Il met en avant la présence d'organes de sensoriels dans les différents creux de la peau. C'est le système nerveux qui traite les informations provenant de ces récepteurs. ANZIEU D. rappelle alors que le système nerveux central et la peau proviennent du même tissu lors de l'embryogénèse : l'ectoderme. Dans cette perspective, ce système d'*intersensorialité* a un caractère primitif. Il semblerait que le psychisme crée une représentation imaginaire à partir de ces récepteurs. ANZIEU D. définit cette fonction : « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est l'enveloppe tactile : c'est la fonction d'*intersensorialité* du Moi-peau. »⁶⁰ Ces corrélations amèneraient le sujet à sentir son corps comme uni. Nous comprenons alors comment une altération cette fonction amènerait à l'émergence d'angoisses de morcellement.

Je pose alors une seconde hypothèse : une des raisons du contrôle permanent que M. C. exerce sur son corps, se manifestant par de l'hypertonie, reposerait sur la résurgence angoisses d'ordre archaïques, comme celles de morcellement.

⁵⁷ Eric Pireyre, 2004.

⁵⁸ Eric Pireyre, 2004.

⁵⁹ Didier Anzieu, 1985.

⁶⁰ *Ibid.* p. 103

Sami ALI souligne les modalités de projection. La projection au sens psychanalytique du terme désigne l' « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voir des 'objets', qu'il méconnaît ou refuse en lui »⁶¹ Pour ALI S., la première forme de projection est d'ordre *sensoriel*, prenant racine dans la relation avec la mère pendant la petite enfance.⁶²

J'imagine alors que M. C. ait pu projeter sur moi cette angoisse archaïque qu'est l'angoisse de morcellement. Il s'agirait de penser la problématique de M. C. sous la forme la plus archaïque qui soit. Cet homme d'une quarantaine d'années vivrait menacé de façon récurrente par des événements d'ordre catastrophique et radical, c'est-à-dire la perte d'unité de son corps. M. C. serait alors menacé dans sa continuité d'exister.

Dans cette hypothèse, la remarque de ma maître de stage touche un point sensible. M. C. est finalement rassuré et finit, après un temps d'ajustement, par trouver une mobilisation adaptée.

4. Apport thérapeutique

L'abaissement des défenses et le réinvestissement des limites

Que s'est-il passé chez M. C. ? Lorsque je commence la mobilisation, M. C. éprouve beaucoup de difficultés à rester passif. Il tente de garder le contrôle de ses mouvements et donc des sensations associées. Progressivement, par le biais de l'enveloppe sonore de ma maître de stage, de mes verbalisations et du dialogue tonico-émotionnel, M. C. se laisse porter dans la mobilisation passive. Il peut abaisser ses défenses. Était-ce dangereux pour lui ? Peut-être. Il a lutté contre cette passivité dans un premier temps mais il était suffisamment contenu pour relativiser cette dangerosité. L'abaissement tonique n'est pas un but en soi. Il représente une des façons d'atteindre un apaisement psychique. Je pense ici que le contact de peau à peau, par l'intermédiaire du dialogue tonique,

⁶¹ J. Laplanche, J.-B. Pontalis, 1967, p. 344.

⁶² Sami Ali, 1977.

permet un abaissement des défenses sans que les angoisses apparaissent. C'est déjà un premier pas dans le soin.

Selon POUS G., les sujets psychotiques mettent en place une grande protection contre les stimulations externes et internes. Toutes les énergies sont fixées sur cette protection. Cette protection correspond donc à un moyen de défense. L'envers de cette défense serait principalement un manque d'investissement du contenu du corps.

C'est probablement ce que l'on retrouve chez M. C. Il a construit une barrière protectrice qui minimise ses interactions avec l'environnement. L'investissement de cette barrière est tel que les échanges avec M. C. sont pauvres et dégagent une impression de vide.

Selon POUS G., la mise en place de cette protection serait due à une défaillance du pare-excitation.⁶³ Le pare-excitation est selon lui une peau protectrice qui atténue les agressions internes et externes insupportables pour le sujet.⁶⁴

Si M. C. a pu progressivement laisser de côté la maîtrise de son corps, c'est parce que le contact de peau à peau lui fournissait des sensations tactiles enveloppantes dans la mesure où elle lui permettait de sentir ses limites corporelles. Je crois que M.C. a pu progressivement abaisser ses défenses parce qu'il avait conscience de ses limites, il se sentait donc en sécurité. Je pense, dans un prolongement, que ce type de relaxation, par le biais du toucher, les sensations qu'il engendre ainsi que le vecteur relationnel qu'il implique, permet à certains sujets psychotiques de réinvestir leurs limites, et de ce fait, la conscience de soi.

C'est en répétant de telles expériences sensorielles, accompagnées d'un soutien infra verbal et verbal du thérapeute, que le sujet pourra leur donner une signification. Il s'agirait alors peut-être d'un travail au niveau du *pare-excitation* du patient. En effet, selon POUS G. le *pare-excitation* est constitué d'un filtre signifiant.⁶⁵ Dès lors qu'un sens est associé à une sensation donnée et que celle-ci a été intégrée comme non dangereuse, elle ne peut plus être source d'angoisse. Cette reconstitution peut permettre au sujet de se libérer de cette

⁶³ Georges Pous, 1995.

⁶⁴ *Ibid.*

⁶⁵ *Ibid.*

contrainte défensive et donc de diriger ses investissements vers d'autres objets, internes et externes.

Le soulagement des angoisses par la relation : l'unité

Je viens de montrer comment M. C. pouvait prendre conscience de lui, différent du monde extérieur, par la reconstitution de ses limites. Mais lors de la séance, il y a eu une résurgence d'angoisse que je considère comme encore plus archaïque. En effet, je pense qu'avant qu'un sujet intègre la différence entre le dedans et le dehors, il faut qu'il puisse intégrer qu'il forme une unité.

M. C. a pu tester sur moi si mes membres allaient s'arracher ou non. Son grand sourire et sa posture de détente soulignent deux éléments : son propre apaisement psychique et une forme de confirmation-valorisation. En effet, il semble s'être effectué une sorte d'élaboration chez M. C. En premier lieu, il a pu avoir la confirmation de l'impossibilité de me démanteler par les mouvements qu'il proposait. Si les angoisses archaïques peuvent être projetées dans les modalités que j'ai précisées, je pense que le chemin inverse est possible. Par le biais du dialogue tonique, M. C. sent la diminution de mon niveau tonique. En d'autres termes, il me sent plus mou. Il perçoit mon apaisement psychique. Il n'y a pas lieu d'être angoissé, il y a soulagement. Cette expérience semble avoir valorisé M. C. Il peut, par son action dans la relation, faire du bien à l'autre.

Cette technique de relaxation s'est répétée à plusieurs reprises durant les huit mois. Ce travail de portage par le toucher accompagné de toutes les autres séances ont permis à M. C. de soulager ses angoisses. A titre d'exemple, la même expérience à différents endroits du corps se déroulera plus aisément dans la mesure où il prendra plaisir à se laisser porter et à porter l'autre. Il pourra verbaliser à plusieurs reprises le bienfait de certaines séances qui lui permettent de « sentir toutes les parties du corps ». Ce type de verbalisation était impossible lors des premières séances.

Par le soin orienté vers l'unité et les limites du corps, M. C. semble plus à même de réinvestir la sphère psychique et tend vers davantage d'élaborations.

DISCUSSION

I. LA CONTRADICTION

Selon Véronique DEFIOILLES-PELTIER, les données cliniques prouvent que les répercussions au niveau du corps se retrouvent dans tous les troubles psychiatriques.⁶⁶ A partir de ce constat, j'ai voulu montrer d'une part la place de la psychomotricité au sein de l'institution qui m'a accueilli et d'autre part l'importance de la médiation thérapeutique corporelle, plus précisément de la psychomotricité dans le soin des psychoses.

Etant donné les contraintes de nombres de pages imposés, il m'a fallu faire des choix : j'ai mis en avant trois pôles de réflexions quant au champ d'action de la psychomotricité.

Tout d'abord, grâce à M. K., j'ai mis en avant l'intérêt thérapeutique de la mise en mouvements, de l'investissement du corps au sein d'un groupe chez certains psychotiques chroniques qui fuient la réalité. Il s'agirait de vecteurs de soin à condition que la réalité soit sécurisante. J'ai insisté sur ce trait-là dans la mesure ces temps d'accordage à la réalité sont pour moi une des bases de la relation thérapeutique.

Ensuite, grâce à Melle B., j'ai mis en exergue un travail sur le réinvestissement du corps et la restructuration de la représentation du corps chez des sujets psychotiques en cours de stabilisation, donc peu de temps après un état de crise.

Enfin, grâce à M. C., j'ai pu démontrer comment la souffrance dite psychique s'exprime par le corps chez des sujets psychotiques chroniques. J'ai montré à quel point on touchait au monde de l'archaïque, à travers des angoisses menaçant l'intégrité du sujet. Le psychomotricien peut alors, par le biais de techniques psychosensorielles et surtout par la relation, aider le sujet à soulager ses angoisses et à reconstituer une unité et une identité.

⁶⁶ Véronique Défiolles-Peltier, 2006.

Attention, ces différents axes n'ont pas la valeur de représenter l'intégralité des intérêts thérapeutiques de la psychomotricité en institution psychiatrique. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive mais d'avantage de pistes de réflexions à partir des dynamiques les plus marquantes observées lors de mon stage. J'aurais pu développer d'autres problématiques psychocorporelles remarquées dans les psychoses telle que la déstructuration temporo-spatiale, la désorganisation gestuelle ou encore la discordance affective.

Par ailleurs, je suis parfaitement conscient que deux séances de psychomotricité ne suffisent pas à soigner des problématiques aussi archaïques que les psychoses. Tout d'abord, la psychomotricité représente un soin parmi les autres auprès du sujet malade. Ensuite, j'ai simplement voulu, à mon échelle, mettre en avant des situations cliniques montrant les vecteurs thérapeutiques de la psychomotricité, et qui selon moi, rendent légitime une place confirmée au sein d'un établissement psychiatrique.

J'ai ressenti le besoin de démontrer ces trois axes après avoir compris que la place de la psychomotricité n'était pas pleinement affirmée dans l'institution qui m'a accueilli. Après huit ans de clinique psychomotrice au sein de cette institution, la place institutionnelle qu'elle occupe reste fragile. J'ai pu comprendre, après une collecte d'informations auprès du chef de pôle et du cadre de santé du service intra hospitalier, une partie des éléments de réponse à mon intuition. L'intention du secteur à propos de l'approche corporelle, l'attente de l'institution vis-à-vis des psychomotriciens, l'espace institutionnel et clinique consacré à la psychomotricité et le turn-over des postes de psychomotriciens sont autant d'éléments posant sur la table une place mal reconnue et précisément quasi-indifférenciée de l'ergothérapie. Ces éléments sont perceptibles après étude de l'institution mais j'ai eu une confirmation réelle lorsque j'ai appris par le Chef de Pôle, que les médecins ne semblent pas connaître les spécificités propres à ces deux professions. L'effort de communication semble pourtant avoir été fait de la part des psychomotriciens : des écrits sur la psychomotricité en psychiatrie adulte, sur les différents groupes associés à leurs indications et leur objectif thérapeutiques ont été communiqués. Il semblerait que ces intentions ne suffisent pas. D'où vient le problème ? Mon objectif n'est pas de désigner un ou plusieurs responsables. Cette étude a pour objet de mieux comprendre ce paradoxe présent dans certaines institutions psychiatriques. Même si l'étude institutionnelle est

essentielle dans la compréhension de ces phénomènes, cette démarche comporte le risque d'une recherche d'ennemis et donc de me conduire tout droit vers un clivage. Je tâcherai alors de comprendre les possibles résistances à la psychomotricité dans l'institution étudiée puis je tenterai de préciser la spécificité et le rôle de la psychomotricité en psychiatrie adulte.

II. DES RESISTANCES

POUS G. offre un beau résumé de l'histoire de la thérapie corporelle des psychoses. Je ne vais pas répéter son inventaire. En revanche, il me paraît essentiel de préciser que ces thérapies existent depuis l'Antiquité⁶⁷. A cette époque et jusqu'à l'invention des traitements chimiques et leur application sur les sujets psychotiques, elles restaient, hormis les interventions chirurgicales, les seuls moyens de traiter ces maladies. Celles-ci ont évolué avec l'histoire, la culture, les croyances et les avancées de la science.

Aujourd'hui, ce sont principalement les institutions psychiatriques qui soignent les sujets psychotiques. Elles naissent toutes d'une mythologie, d'une idéologie, d'orientations théoriques et utilisent des techniques spécifiques. Ces éléments caractérisant l'institution influencent irréfutablement l'existence ou non de thérapies à médiations corporelles. Si ces dernières sont intégrées à l'institution par la présence de soignants spécifiques, elles peuvent être considérées comme du soin ou comme des activités occupationnelles. Elles peuvent aussi tenir une place intermédiaire, sans savoir précisément comment l'institution et les soignants qui la constituent la comprennent.

Lorsque la thérapie est considérée comme telle, il s'agit de déterminer quel type de professionnel en est le clinicien, quelle formation, quelle école de pensée. Est-il infirmier ayant reçu une formation psychiatrique, est-il ergothérapeute, psychomotricien, danse-thérapeute, musicothérapeute, art-thérapeute ? Si ce professionnel est formé pour une pratique, reste-il dans son

⁶⁷ Georges Pous, 1995.

champ d'action ? Que fait-il lors de situations cliniques ? Quelle place prend-t-il dans le fonctionnement institutionnel ?

Parce que la place de la psychomotricité au sein d'une institution est induite par tous ces facteurs, elle est très variable d'un centre de soin à un autre. La place de la psychomotricité dans l'institution qui m'a accueilli est discutable. C'est pourquoi je vais tenter de comprendre quels types de résistances peut-il y subsister.

A. Des résistances culturelles

1. Le fondement idéologique de la psychomotricité face à la culture

Les positions théoriques de la psychomotricité actuelles trouvent racine dans son histoire. Si j'ai choisi de ne pas décrire l'histoire des thérapies corporelles des psychoses, j'applique cette règle pour les mêmes raisons s'agissant des théories de la psychomotricité. Je me contenterai, au risque d'être incomplet, de préciser comment l'objet de notre soin, en l'occurrence les troubles psychomoteurs, ont été définis. C'est Julian de AJURIAGUERRA, en 1959, qui les précise par l'intégration de quatre grandes disciplines : *la neuropsychiatrie, la psychologie génétique, la phénoménologie et la psychanalyse*.⁶⁸ Il s'agissait alors d'édifier une réflexion appliquée à part entière à partir de quatre disciplines différentes. Il s'agissait surtout de réunir des disciplines parfois opposées.

Bien avant ces précisions scientifiques, la psychomotricité est fondée sur une idéologie : le sujet correspond à une entité unique et globale.⁶⁹ En d'autres termes, elle le comprend dans ses dimensions somatiques et psychiques. Le regard du thérapeute se porte sur l'articulation de ces deux sphères, c'est-à-dire sur l'unité *psychocorporelle* ou encore *corporopsychique* qui constitue le sujet.

⁶⁸ Christian Ballouard, 2008.

⁶⁹ Catherine Potel, 2010.

Selon Catherine POTELE, la culture occidentale semble persister à séparer l'entité corporelle de l'entité psychique.⁷⁰ Elle met en avant la difficulté de tenir cette position par la tendance de certains psychomotriciens à s'orienter vers une sphère ou une autre.⁷¹ C'est comme si l'influence culturelle de notre société nous poussait à trouver un camp et que la position voulant réunir les deux n'avait pas sa place.

Il subsiste bel et bien une résistance d'ordre culturelle qui influe la façon de penser les sujets de notre société et précisément dans la compréhension de ses difficultés lorsque nous nous situons dans le soin. La psychomotricité est d'emblée confrontée à ces résistances, celles-ci étant profondément ancrées.

2. La pratique psychomotrice face à la culture

Je me permets de faire un saut de l'idéologie, originaire et transversale à la psychomotricité, aux pratiques psychomotrices. Je manquerai alors de développer les dimensions théoriques de la psychomotricité dans la mesure où je tente de cibler là où les résistances me semblent les plus flagrantes.

Les pratiques se situent dans le *faire*, dans le concret. C'est à partir du concret que l'on peut élaborer des abstractions. Autrement dit, c'est à partir de la compréhension des actes de la psychomotricité dans le soin que les soignants pourront élaborer une représentation solide de la psychomotricité.

Le modelage des pratiques

Dans les stages où j'ai pu observer et parfois pratiquer, j'ai constaté à quel point les pratiques psychomotrices pouvaient différer d'un psychomotricien à un autre. J'ai alors pu observer un véritable modelage de pratiques. J'essaie ici d'expliquer comment les pratiques peuvent différer et surtout comment ce modelage peut entraîner des résistances.

⁷⁰ Catherine Potel, 2010

⁷¹ *Ibid.*

Quand une institution de soin engage un psychomotricien, elle témoigne logiquement d'une intention, d'une attente. Elle a souvent d'emblée une idée de ce que ce psychomotricien devra faire. C'est le cas de l'institution dans laquelle je suis stagiaire. L'institution attendait des psychomotriciens qu'ils s'occupent, à peu près comme les ergothérapeutes, du suivi des patients par des médiations corporelles. Huit ans après l'embauche de la première psychomotricienne, les ergothérapeutes et les psychomotriciens ont une place institutionnelle quasi-indifférenciée. C'est alors aux psychomotriciens de se différencier des ergothérapeutes et *vice versa*. Les soignants ont besoin de savoir qui fait quoi, comment, où et quand ; les luttes de pouvoir commencent là où le cadre des pratiques n'est pas suffisamment défini. Les temps informels semblent permettre aux thérapeutes de trouver un accord. *Grosso modo*, dans cette institution, les ergothérapeutes s'occupent de l'approche corporelle par le travail de la matière et les psychomotriciens s'occupent du reste. En l'occurrence, ils utilisent différentes techniques, d'ordre psychosensoriel et expressif. On pourrait croire que l'organisation s'est faite indépendamment des attentes de l'institution mais je ne le pense pas. C'est parce que l'institution n'avait pas d'attentes foncièrement différentes entre les deux corps de profession qu'ils se sont organisés. La pratique psychomotrice dépend aussi de l'arrivée du psychomotricien dans le service et des pratiques déjà mises en place par d'autres professionnels. A titre d'exemple, dans une institution sans ergothérapeute, le psychomotricien aurait très bien pu proposer, en fonction de la problématique du patient, du modelage et donc un travail de la matière. Il me paraît naturel que les psychomotriciens, en tant que personnes et professionnels, véhiculent une pensée distincte de l'institution. Mais il est probable aussi que cette pensée s'organise autour de l'institution. De ce fait, la pratique psychomotrice se modèle en partie du fait des attentes et des intentions de l'institution.

Mais la pratique psychomotrice dépend encore plus des patients eux-mêmes. Le plus souvent, les institutions de soin regroupent des sujets en fonction de deux critères principaux : le type de pathologies générales (troubles psychiatriques, troubles neurologiques, troubles moteurs purs, etc.) et l'âge (petite enfance, enfance, adolescence, adulte, personnes âgées, etc.). Pour moi, il y a deux réalités à prendre en compte dans le modelage ou plutôt, cette fois, dans l'adaptation des pratiques : la réalité pathologique et la réalité individuelle.

Le psychomotricien doit prendre en compte la réalité du type de pathologies concernant le sujet. Je parle alors des classifications de pathologies. Nous voilà dans le champ des indications et des contre-indications. On retrouve ici des médiations corporelles privilégiées qui se modèlent à cette donnée pathologique. Par exemple, une des médiations de prédilection utilisée par la psychomotricité en psychiatrie adulte se trouve être la *relaxation*. Dans une autre institution, accueillant par exemple des enfants, les soignants se représenteront peut-être une pratique autour du *jeu* et caricaturalement du ballon et des cerceaux. Cette représentation de pratique amène parfois à une perplexité chez les soignants concernant la pertinence de la psychomotricité dans une institution de soin. Ainsi, selon Alexandre CHRISTODOULOU, la plupart des psychiatres associent la psychomotricité au monde de la *psychiatrie infanto juvénile*.⁷²

Mais le psychomotricien doit avant tout prendre en compte la réalité individuelle. J'entends par là les problématiques psychocorporelles propres à chaque sujet de par son histoire et la manifestation de ses troubles. Certaines fois, cette réalité peut remettre en cause celle des indications et des contre-indications en fonction des pathologies.

D'après ces éléments, il me paraît plus juste de parler de pratiques psychomotrices au pluriel. Cette pluralité de techniques caractérise d'ailleurs la psychomotricité. Elle doit être en adaptation constante et proposer au bon moment la technique qui semble la plus adaptée. Il s'agit alors d'une palette d'outils. Je pars du principe que la pratique influe sur les modalités cliniques. La clinique construit notre pensée. C'est à partir de la pensée que peut s'élaborer une théorie. Toutes ces sphères sont intrinsèquement liées. Au risque de faire un raccourci, le modelage des pratiques influe la pensée du psychomotricien et donc la façon dont il parle de sa profession. Cette complexité de position peut amener à une difficulté pour les autres soignants à *se représenter* ce qu'est véritablement la psychomotricité.

Dans une société qui semble avoir besoin de séparer, catégoriser et spécialiser y compris dans le soin, je comprends que cette adaptation constante de pratique puissent être un frein dans la compréhension de notre profession et donc dans sa place institutionnelle.

⁷² Alexandre Christodoulou, 2006.

Le mystère des pratiques

De par la culture occidentale dans laquelle nous évoluons, le travail sur l'articulation entre le corps et le psychisme paraît parfois, surtout s'il est présenté comme cela, original dans un sens péjoratif. En d'autre terme, la pratique psychomotrice est vite entendue pour du charlatanisme ou, au mieux, une technique de bien-être. Cette représentation est aussi alimentée par la multiplicité des pratiques. Celle-ci correspond rarement aux images que les soignants et même les patients comprennent du soin. Si par malheur la psychomotricité est associée à une technique précise, la représentation des pratiques psychomotrices se trouve vite bouleversée par une autre technique : « Pourquoi avec ce patient psychotique, vous faites de la relaxation, et avec cet autre patient psychotique, vous faites du mime ? »

Les soignants comprennent qu'il s'agit du corps, mais un corps qui en dit plus... La pratique intrigue les autres acteurs de soins parce qu'ils ne comprennent pas vraiment ce qui s'y joue. Il s'agit alors de séances mystérieuses : « Pourquoi proposer à cette jeune femme de danser ? », ou encore « Lors de la relaxation, la psychomotricienne touche le patient ? ». Ce type de questionnement peut persister, à juste titre, et lorsque la communication est faite de la part du psychomotricien, ces questionnements s'atténuent. Mais ces questions peuvent laisser la place à des plaisanteries concernant les pratiques : « Ah alors vous avez joué aux ballons... », « Vous pouvez faire de la relaxation avec lui, ça va le détendre, il a de la chance... ». Ces réactions sont celles que j'ai entendues lors de ce stage. En réalité, il faut comprendre que ces interrogations, ces réactions, sont nourries de beaucoup de gênes, de tabous, de fantasmes. Faire comprendre à l'équipe soignante les apports de la thérapie psychomotrice n'est pas chose évidente. Pourtant la compréhension des pratiques de chaque corps soignant constitue la base du soin en institution.

L'importance de l'unité des corps soignants

Selon DEFFIOLES V., « (...) la connaissance des autres corps professionnels va favoriser l'échange, la confiance, le partage, garantir une sécurité identitaire professionnelle de chacun. »⁷³ Un peu plus loin dans cet article, elle précise que cette connaissance détermine le caractère complémentaire des différentes professions dans le soin des sujets malades. Cette complémentarité serait essentielle dans la qualité des soins.

Martine LECLERC fait l'analogie entre les différents soignants exerçant en psychiatrie adulte et les différents morceaux du corps d'un sujet psychotique, certaines fois éclatés. Pour que le sujet puisse se sentir unifié, l'équipe soignante de l'institution qui le prend en charge doit avoir tissé des liens solides.⁷⁴

L'existence de ces liens entraîne une cohésion groupale et les soignants font corps. Ces deux auteurs s'expriment à propos d'institutions psychiatriques. Même si ces réflexions s'appliquent à toutes les autres institutions de soin, il est vrai qu'elles prennent particulièrement sens lorsqu'il s'agit du soin des psychoses. Le soin des sujets psychotiques passeraient avant tout par la fonction contenante du corps soignant. Une mauvaise compréhension de la pratique des autres corps professionnels engendrerait une altération de la cohésion des soins et donc une diminution de leur efficacité.

B. Des résistances de la psychiatrie elle-même ?

Pierre DELION apporte des éléments de réponse à propos du regard porté sur le corps en psychiatrie. Il explique une mise à distance du corps par différentes dynamiques.

L'institution dans laquelle je suis stagiaire semble se situer dans une position double. Même si le cadre type de psychanalyse n'est pas appliqué, j'ai compris que son impulsion théorique psychanalytique était significative. Par

⁷³ Véronique Deffioles, 2006, p. 3.

⁷⁴ Martine Leclerc, 2006.

ailleurs, la place du médical, de par la répartition des soignants et le fonctionnement institutionnel général, semble prépondérante.

DELION P. met en avant l'influence de la psychanalyse dans la conceptualisation du corps chez le sujet et insiste sur ses effets positifs dans la compréhension du sujet. Pour autant, la clinique de la psychanalyse précise un cadre, initialement prévu pour le soin des névroses, qui met à distance le corps. Il interdit notamment le toucher. Cet interdit permettrait d'accéder plus aisément à l'inconscient car le psychisme serait libéré par l'inactivité du corps. Il engendrerait une levée de l'inhibition de la parole par le processus d'association libre. Enfin, il provoquerait chez le sujet un accès à la représentation de ce que le toucher aurait pu engendrer. Par ailleurs, cet interdit éviterait la transgression d'autres interdits comme celui de l'inceste. La mise en place de ce cadre au sein de services psychiatriques de secteur, certaines fois sans adaptation, serait la preuve irréfutable que la psychanalyse ait profondément influencé la psychiatrie.⁷⁵

Parallèlement, DELION P. soulève une deuxième cause de mise à distance du corps. Selon lui, la vague de réflexion au XX^{ème} siècle concernant la psychopathologie, fortement impulsée par la psychanalyse, a relancé un clivage entre le corps et le psychisme. Si un psychiatre cherchait du côté de l'organique, encore plus du côté du cerveau, s'il franchissait la ligne, il deviendrait un opposant au psychisme.⁷⁶

Selon DELION P., ces deux facteurs auraient engendré l'installation progressive d'un tabou du corps en psychiatrie.⁷⁷

Cette première dynamique, qui est double, aurait pu marquer cette institution dans le soin des malades. Les influences pourraient persister même si le cadre type n'est pas appliqué.

Enfin, DELION P. soulève une seconde dynamique qui s'installe depuis moins longtemps. C'est celle d'une psychiatrie où l'on se contenterait de traiter le symptôme par des neuroleptiques. Cette fois, c'est la psychopathologie qui n'est plus pensée.⁷⁸ Dans le service intra hospitalier, c'est le rendez-vous avec le médecin qui semble ponctuer le rythme de l'hospitalisation des malades. Ces

⁷⁵ Pierre Delion, 2010.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ *Ibid.*

rendez-vous sont l'occasion de faire le point sur son état de santé mentale et de modifier tel ou tel traitement pour diminuer les symptômes des sujets. Il s'agit d'une place du corps médical prépondérante qui pourrait amener une autre dynamique dans la relation qu'a la psychiatrie sur le corps.

Caricaturalement, il y a le corps fantasmatique, le corps imaginaire conceptualisé par la psychanalyse d'un côté et le corps somatique, organique et réceptif aux médicaments de l'autre. D'une part, le corps est peut-être compris dans sa conceptualisation mais il est mis à distance dans la clinique. D'autre part, le corps est utilisé dans sa physiologie afin d'atteindre le psychisme du sujet. Dans les deux façons de penser le corps, dans la clinique, il serait soit secondaire soit instrumentalisé. Ces deux pôles ne correspondent pas au mode de pensée et d'opération réalisée par l'institution dont je restitue quelques éléments. Je les comprends comme des tendances qui se côtoient rendant difficile une compréhension psychocorporelle du sujet. Il pourrait s'agir d'une des explications dans la persistance de difficultés que connaît la psychomotricité pour affirmer sa place au sein de cette institution psychiatrique.

J'aimerais insister sur deux autres points qui pourraient expliquer cette mise à distance du corps. Il s'agit d'abord de la peur ou plutôt de l'appréhension qui pourrait être véhiculée autour de l'approche du corps des sujets psychotiques adultes. Le soin de ces malades s'apparente parfois à du tâtonnement. Les réflexions théoriques que j'ai citées à propos des mécanismes des psychoses se situent autour du corps dans son unité, dans ses limites. Pour autant, soigner par le corps pourrait déclencher quelque chose chez le malade : des réactions catastrophiques ou une détérioration de son état. Même si je tente de prouver que l'approche par le corps peut être thérapeutique justement parce que les problématiques des psychoses se situent précisément à ce niveau, il se pourrait que ces craintes puisse persister. On ne sait pas ce qui pourrait être déclenché...

Je pense aussi à la question de la négation du corps chez les malades psychotiques. Dans la mesure où le corps de ces malades correspond à la seule entité les rattachant au réel, il est logique qu'ils le nient. Il est possible que cette négation ait des effets au niveau de l'institution. L'institution prend indéniablement des traits des pathologies qu'elle soigne. Cette institution

pourrait donc nier le soin du corps, ou du moins minimiser dans sa conception dans son caractère thérapeutique.

III. LA SPECIFICITE DE LA PSYCHOMOTRICITE

Pour que la psychomotricité tienne une place affirmée au sein des institutions, et tenter de contourner les résistances décrites précédemment ; il faut surement éclaircir sa spécificité.

A. Un regard spécifique

La spécificité de la psychomotricité n'est pas une évidence, y compris pour les psychomotriciens eux-mêmes parfois. Dans un manuel d'enseignement de psychomotricité, Régis SOPPELSA et Jean-Michel ALBARET tentent de redonner des repères s'agissant de sa spécificité. On peut comprendre cette intention de la préciser, bien avant de décrire les concepts fondamentaux de la psychomotricité, comme une détermination à se frayer un chemin. Ils précisent qu'un des enjeux du maintien de la singularité de la psychomotricité est de se différencier de l'approche neurologique d'une part et de celle de la psychiatrie d'autre part.⁷⁹

La principale différence de la psychomotricité vis-à-vis de la neurologie porte sur l'objet d'étude : le corps. La neurologie percevrait le corps comme une entité qui peut agir sur l'environnement mais sans prendre en compte les interactions. Il s'agit de comprendre le corps dans sa fonctionnalité et dans l'efficacité de cette fonctionnalité. Les troubles de ces fonctions sont recherchés de façon topographique. Le syndrome est localisable. Le trouble

⁷⁹ Jean-Michel Albaret et Régis Soppelsa, 2011.

neurologique s'observe en dehors de l'action. La psychomotricité, elle, s'intéresse au corps dans son interaction avec l'environnement. Le trouble psychomoteur est repérable dans l'action sur l'environnement et dans l'adaptation du sujet à cet environnement.⁸⁰

La psychomotricité se distinguerait de la psychiatrie par son regard là aussi. A titre d'exemple, la psychiatrie cliverait les troubles instrumentaux des troubles de la personnalité. Les troubles instrumentaux seraient alors d'ordre fonctionnel, à rapprocher avec le regard de la neurologie. Pourtant, SOPPELSA R. et ALBARET J.-M. soulignent que des dysfonctionnements d'ordre instrumentaux s'observent dans les troubles de la personnalité. L'état des fonctions serait intact mais le trouble de la personnalité engendrerait une difficulté à les utiliser. Ce clivage revient au clivage entre le somatique et le psychique. La psychiatrie percevrait le corps organique comme un instrument dirigé par un esprit pur.

Encore une fois, je comprends ces précisions comme des tendances, à manier avec précaution. Elles apportent un éclairage certain s'agissant de la position que devrait tenir la psychomotricité : celle de l'articulation entre le somatique pure et le psychisme pure. Elle ferait le lien entre ces deux sphères tant différenciées, traitant de l'entité *corporopsychique* dans l'adaptation à son environnement. L'exemple donné à propos des troubles instrumentaux et des troubles de la personnalité éclaire ma pensée à propos de l'hypothétique regard que porteraient certaines institutions psychiatriques sur la psychomotricité. Celle-ci aurait tendance à faire partie de l'autre côté, pas du côté du corps comme nous le comprenons, mais du côté du somatique. Or, si l'on prend la part de problématiques purement somatiques en psychiatrie, l'apport de cette approche en institution est vite limité. Le corps, pris uniquement dans ses dimensions fonctionnelles, est secondaire dans le soin de pathologies psychiatriques. Dans cette situation, il y a une distinction de point de vue sur le sujet entre la psychiatrie et la psychomotricité : au niveau de l'individu lui-même et au niveau de son corps.

⁸⁰ Ibid.

B. Rôle de la psychomotricité en psychiatrie : pour une place affirmée

J'ai tenté de montrer quelques résistances à une place affirmée de la psychomotricité dans certaines institutions psychiatriques. A coup sûr, je n'ai pas été exhaustif. En revanche, je sais que ces résistances ne proviennent pas d'un acteur précis. Ces résistances sont multifactorielles et proviennent aussi de la psychomotricité elle-même.

Pour essayer de dépasser ces résistances, je pense que les seules possibilités de la psychomotricité se concentrent au niveau de son travail sur elle-même et sur son rôle au sein des institutions psychiatriques.

C'est donc au psychomotricien de penser sa pratique et d'en communiquer les enjeux de façon pertinente auprès des différents acteurs de soin. Les psychomotriciens, considérés souvent comme des spécialistes du corps ont certaines fois bien du mal à exprimer ce qui est mobilisé lors des séances. Pour POUS G., il est difficile de parler de ce qui se joue dans la thérapie corporelle d'une autre façon que par des métaphores.⁸¹ Celles-ci manquent parfois de précisions pour comprendre concrètement.

On peut considérer les interactions thérapeutiques en psychomotricité se situant *en deçà du langage*, c'est-à-dire des interactions d'ordre archaïque faisant appel à une histoire provenant du monde sensoriel. J'imagine que c'est précisément parce que c'est précisément pour cela qu'il est si difficile d'en parler. Malgré tout, c'est sûrement l'unique solution pour préciser les apports thérapeutiques de la psychomotricité, son regard, sa pensée et sa pratique. Ces précisions sont nécessaires pour affirmer sa place dans les institutions et surtout garantir la cohésion soignante.

⁸¹ Georges Pous, 1995.

Certains auteurs ont défini le rôle de la psychomotricité en psychiatrie: pour André CALZA et Maurice CONTANT, « 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. »⁸²

Cette citation a le grand mérite de généraliser la fonction du psychomotricien dans cette situation psychiatrique. A partir des trois cas cliniques que j’ai pu développer, les éléments finaux démontrant l’apport thérapeutique de la psychomotricité se situaient à des niveaux semblables. Pour M. K., il s’agissait de la qualité de ses échanges avec les autres membres du groupe et son *plaisir* à se mettre en mouvement dans le mime puis la jubilation lorsque les autres membres du groupe comprennent sa signification. Pour Melle B., il s’agissait aussi d’une meilleure adaptation dans le rapport aux autres et du *réinvestissement de son corps*. Enfin, pour M. C., il s’agissait encore du *réinvestissement* de son corps, cette fois dans des modalités particulières, c’est-à-dire dans son unité et ses limites, le soulagement des angoisses, et le *plaisir* de vivre les expériences corporelles qu’on lui proposait. En bref, il ressort les notions de *plaisir*, de *relation* et de *mieux-être*.

La fonction du psychomotricien diffère en fonction de son lieu d’exercice, plus précisément entre une structure comme l’hôpital psychiatrique et celle d’un CATTP de par l’état de la maladie principalement. Je vais pourtant essayer de clarifier cette fonction en institution psychiatrique de façon générale. Comme mon étude porte sur les psychoses, je me dois cependant de rester dans ce cadre.

Tout d’abord, il s’agit de l’*ancrage* dans la réalité par le *mouvement* et la *contenance* de la relation, qu’elle soit duelle ou multiple. J’ai tout de même précisé que le groupe pouvait être un levier dans cette dynamique.

Ensuite, la psychomotricité peut permettre au patient de *réinvestir son corps* par ce qu’il l’a désinvesti ou de lui permettre de *transformer* un investissement corporel délétère en un investissement qui lui permet de mieux vivre. L’investissement passe par la perception de sensations mais a pour issue leur association à un affect et à un sens.

⁸² André Calza et Maurice Contant, 1994, p.147.

Enfin, il s'agit de soulager les angoisses archaïques par, notamment, la reconstitution progressive de l'*unité* et des *limites* corporelles du sujet.

Pour finir, je dirais que la psychomotricité, de par les interactions thérapeutiques, peut permettre au sujet psychotique de réinvestir un *contenant* corporel. Ce contenant aurait pour fonction de permettre au patient de construire sa pensée. Il s'agit alors de me référer à la question de l'autonomisation qui doit être pensée, selon moi, comme un objectif. La relation thérapeutique, qui induit au départ une dimension régressive et donc dépendante pour les sujets psychotiques, doit se vouloir être une base pour que le patient puisse lui-même *gérer ses angoisses et penser par lui-même*.

La psychomotricité soigne par le corps qui est vecteur de relation. Son objectif est avant tout de permettre aux sujets psychotiques de renouer avec le monde qui l'entoure.

Je ne pense pas me faire qualifier d'original en écrivant que la psychomotricité doit se positionner en tant que thérapeutique complémentaire aux autres soins, notamment psychothérapeutiques et médicamenteux. Mais les effets de la psychomotricité dépendent beaucoup de ce que DEFIOILLES-PELLETIER V. appelle l'« enveloppe institutionnelle ».⁸³ Si cette enveloppe est suffisamment solide, elle constitue le premier contenant des sujets psychotiques qui en ont tant besoin. Le cadre de la psychomotricité soit être inscrit au sein de celui de l'institution.

⁸³ Véronique Defiolles-Peltier, 2010, p. 191.

CONCLUSION

L'étude du fonctionnement institutionnel et de la place de la psychomotricité au sein des deux services dans lequel j'ai effectué mon stage m'a permis de comprendre la difficulté pour la psychomotricité à être comprise comme un soin spécifique. Les éléments m'ayant amené à cette conclusion se fondent depuis l'intention de l'institution à engager un psychomotricien jusqu'à l'espace qu'elle détient aujourd'hui. Les résistances à une place affirmée proviennent en premier lieu de l'idéologie de la psychomotricité, celle de vouloir réunir le somatique et le psychique pour comprendre un sujet en une seule et même entité. J'ai tenté de mettre en avant comment cette idéologie pouvait se confronter à des résistances à la fois culturelles, et parfois même inhérentes à la psychiatrie elle-même.

J'ai tenté de démontrer l'apport significatif de la thérapie psychomotrice dans le soin des psychoses. A partir de trois cas cliniques aux problématiques distinctes, j'ai dégagé des axes de soins qui peuvent être traités par la psychomotricité : l'ancrage dans la réalité par le mouvement, le soulagement d'angoisses archaïques par la reconstruction d'une unité et des limites du corps, le réinvestissement positif du corps et la restructuration de sa représentation. L'abord psychocorporel dans le soin des psychoses me semble aujourd'hui nécessaire.

Pour ma part, il est maintenant évident que les difficultés que connaissent certains psychomotriciens au sein de certaines institutions psychiatriques ne peuvent se résoudre en accusant des responsables plus ou moins visibles. Son travail doit, selon moi, se faire sur la clarification de sa spécificité et la communication de celle-ci, tant au niveau de son idéologie, ses théories et de ses pratiques. Je pense alors que c'est uniquement par ce biais que la psychomotricité pourra se faire comprendre et reconnaître comme un soin spécifique et complémentaire des autres acteurs d'une même institution psychiatrique.

Alors que certains des freins à l'affirmation de la place de la psychomotricité sont d'ordre culturel, on peut espérer que les évolutions scientifiques seront de nature à bouleverser les postulats contemporains.

Il est vrai que l'avancée des neurosciences pourrait entretenir la mythologie de l'homme machine, systématisant le lien entre affections génétique, neurologique et psychique. Toutefois, le progrès scientifique pourrait servir la cause de la psychomotricité en formalisant le lien entre le psychique et l'organique, lequel serait alors culturellement mieux accueilli.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARET J.M., GIROMINI F., SCIALOM P. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck-Solal, 2012.

ALI S. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Bordas, 1984.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, Texte Révisé*, Washington DC.

Traduction française par GUELFY J.-D. et al, Paris, Masson, 2003.

ANDRE P. (2006), *Psychiatrie de l'adulte : formation médicales et paramédicales*, Paris, Heures de France.

ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France, 2002.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.

ANZIEU D. (1975), *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod, 1999.

De BALLOUARD C. (2008), Les fondements historiques de la psychomotricité, *Contraste*, N° 28-29, p. 17-26.

De BERTIN C. (2010), Corps en groupe - corps groupal..., *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 163, p. 36-49.

Par BOUTINAUD. J. (2010), Interview de Jean-Bernard Chapelier, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 163, p. 4-19.

De CHRISTODOULOU A. (2006), Indications et prescriptions de la psychomotricité de l'adulte, *Evolutions psychomotrices*, Vol.18, n° 71, p. 5-9.

CONTANT M. et CALZA A. (1994), *Psychomotricité*, Paris, Masson.

CUPA D., PIRLOT G. (2012), *Approche psychanalytique des troubles psychiques*, Paris, Armand Colin.

De DAL BIANCO. C. (2012), Vécu corporel dans la schizophrénie, *Santé mentale*, n° 169, p. 26-33.

De DEFIOILLES-PELTIER V. (2006), Editorial, *Evolutions psychomotrices*, Vol.18, n° 71, p. 3.

DEFIOILLES-PELTIER V. (2000), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Grego, 2010.

De DELION P. (2012), Enjeux actuels du corps en psychiatrie, *Santé mentale*, n° 169, 20-25.

DELION P. (2010), *Le corps retrouvé, Franchir le tabou du corps en psychiatrie*, Paris, Hermann.

DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Edition du Seuil.

De FREUD S. (1924), La perte de la réalité dans la névrose et la psychose, *Névrose et psychose*, Paris, Payot et Rivages, p. 37-49, 2013.

De FREUD S. (1924), Névrose et psychose, *Névrose et psychose*, Paris, Payot et Rivages, p. 25-36, 2013.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, 2007.

De LECLERC M. (2006), L'équipe et son pack..., *Evolutions psychomotrices*, Vol.18, n° 71, p. 27-30.

De MORNET J. (2006), Corps, psychose et groupe, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 46, p145-160.

PANKOW G. (1969), *L'homme et sa psychose*, Paris, Flammarion, 1993.

PIERON H. (1951), *Vocabulaire de la psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris, 2005.

De PIREYRE E. (2004), Les angoisses corporelles archaïques et psychomotricité, *Evolutions psychomotrices*, Vol 6, n° 63, p. 3-11.

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

POSTEL J. (1993), *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Paris, Larousse, 1998.

POTEL C. (2010), *Etre psychomotricien*, Toulouse, Erès.

SCHILDER P. (1935), *L'image du corps*, Paris, Gallimard, 1986.

De THIRANT N. (2010), La créativité dans le groupe thérapeutique : expérience d'un atelier de danse, *Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 163, p. 20-35.

Résumé

En France, les institutions psychiatriques adultes engagent de plus en plus de psychomotriciens. Il subsiste cependant une contradiction : alors que la psychomotricité est un apport significatif dans le soin des psychoses, maladies les plus répandues dans ces établissements, sa place est toutefois mal affirmée. A partir du développement de trois prises en charges psychomotrices de sujets psychotiques, je souligne trois axes de soins spécifiques. Cette contradiction peut s'expliquer par des résistances. En effet, la thérapie psychomotrice, de par son idéologie et ses pratiques, se confronte à des freins qui mettent parfois à mal sa place institutionnelle. Il semble essentiel que les psychomotriciens affirment leur spécificité afin de pouvoir dépasser ces résistances.

Psychomotricité - Psychoses - Schizophrénie - Institution - Psychiatrie - Résistances - Spécificité.

Abstract

In France, adult psychiatric institutions engage more psychomotor specialists. However, there remains a contradiction: whereas psychomotor proves to have a significant contribution to the care of psychoses, the most prevalent diseases in these institutions, the psychomotor's status is sometimes poorly stated and confirmed. From the development of three psychomotor aspects of psychotic patients, I emphasize three areas of special care. Indeed, psychomotor therapy, by its ideology and practices, confronts hurdles that sometimes undermine its institutional role. It seems essential that the psychomotor specialists affirm their specificity in order to overcome these resistances.

Psychomotor - Psychosis - Schizophrenia - Institution - Psychiatry - Resistors - Specificity.