



Je sens... Je ressens... Je perçois... : la prise de conscience du corps en psychiatrie adulte

Pauline Louis

► To cite this version:

Pauline Louis. Je sens... Je ressens... Je perçois... : la prise de conscience du corps en psychiatrie adulte. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068937

HAL Id: dumas-01068937

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068937>

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.



Université Pierre et Marie Curie - Paris IV

Site Pitié-Salpêtrière

Institut de Formation en Psychomotricité

Je sens ... Je ressens ... Je perçois ...

La prise de conscience du corps en psychiatrie adulte



Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Par

Pauline LOUIS

Référent de Mémoire

Emilie BAUDET

Session Juin 2014

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier Emilie, d'avoir lu, relu et encore relu mon mémoire. Puis je souhaiterais la remercier pour tout ce qu'elle a pu m'apporter pendant mon stage.

Je souhaiterais également remercier toute l'équipe soignante qui m'a accueilli et qui m'a intégré tout de suite.

Je voudrais aussi saluer mes relecteurs qui ont pris le temps de corriger les fautes, ainsi que mon papa qui m'a beaucoup aidé pour l'impression.

Et je souhaiterais remercier tous mes amis futurs psychomotriciens, qui m'ont soutenu pour cette dernière ligne droite, qui m'ont vu dans les pires et les meilleurs moments de ces 4 années d'études.

Sommaire

1	INTRODUCTION	5
2	LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE	5
2.1	Les structures extra-hospitalières	5
2.2	Les conditions d'hospitalisation.....	5
2.3	La structure intra-hospitalière	6
2.4	Prises en charge thérapeutique en intra-hospitalier.....	9
	Les traitements	9
	La chambre d'isolement.....	12
	Chambre fermée.....	13
	Repas en chambre	13
	Sorties et permissions.....	13
	Autres prises en charge thérapeutiques.....	13
3	PRISE DE CONSCIENCE DU CORPS	14
3.1	Généralités.....	14
3.2	Versant neurophysiologique	16
3.3	Versant psychologique.....	19
3.4	De la sensation à la perception	21
3.5	Rôle de la conscience corporelle dans l'édification de la personne.....	22
4	CAS CLINIQUE : MONSIEUR D	26
4.1	Anamnèse	26
4.2	La maladie maniaco-dépressive.....	27
	La maladie	27
	Les traitements	30
4.3	Bilan psychomoteur	30
4.4	Projet thérapeutique	34
4.5	Problématique corporelle d'un patient maniaco-dépressif	34
4.6	Evolution de la prise en charge	37
4.7	Examen de la conscience corporelle	43
4.8	Progression de la prise en charge.....	46

4.9	Conclusion.....	48
5	CAS CLINIQUE : MONSIEUR C	49
5.1	Anamnèse	49
5.2	La schizophrénie paranoïde	50
	La maladie	50
	Les traitements	54
5.3	Bilan psychomoteur	55
5.4	Projet thérapeutique	58
5.5	La problématique corporelle chez le patient psychotique.....	58
5.6	Evolution de la prise en charge	60
5.7	Examen de la conscience corporelle	65
5.8	Progression de la prise en charge.....	68
5.9	Conclusion.....	72
6	DISCUSSION	73
6.1	Les préjugés	74
	De la théorie... ..	74
	... A la pratique	75
	Les conclusions.....	76
6.2	Structuration psychocorporelle	77
	La maladie	77
	Comparaison.....	79
6.3	Autres facteurs	81
	L'âge.. ..	81
	La société	82
6.4	Verbalisation	82
6.5	Conclusion.....	83
7	CONCLUSION.....	85
	LEXIQUE	87
	ANNEXE 1 : L'ORGANISATION DU CERVEAU	I

ANNEXE 2 : L'HOMONCULUS DE PENFIELD	II
ANNEXE 3 : FIGURE DE REY DE MONSIEUR D.....	III
ANNEXE 4 : REPRESENTATION DE SOI DE MONSIEUR D.....	IV
ANNEXE 5 : FIGURE DE REY DE MONSIEUR C.....	V
ANNEXE 6 : REPRESENTATION DE SOI DE MONSIEUR C.....	VI
ANNEXE 7 : BILAN DE LA CONSCIENCE CORPORELLE	VII
ANNEXE 8 : SILHOUETTE M. D DE L'EXAMEN DE LA CONSCIENCE CORPORELLE	XIII
ANNEXE 9 : SILHOUETTE M. C DE L'EXAMEN DE LA CONSCIENCE CORPORELLE	XIV
ANNEXE 10 : LES SACS LESTES.....	XV
BIBLIOGRAPHIE	106

1 INTRODUCTION

Au début de mon stage en psychiatrie adulte, j'ai observé chez de nombreux patients un désinvestissement de leur corps. J'avais l'impression qu'ils n'avaient pas conscience de leur corps, de leurs ressentis corporels, et de leurs capacités.

Je me suis donc intéressée à la conscience corporelle. Mais ce terme est vague, on l'utilise énormément en psychomotricité. On entend bien le mot corps dans cette expression, mais le mot « conscience » se réfère-t-il plus à la psyché ?

Mon questionnement part donc de cette question centrale : Qu'est-ce-que la conscience corporelle et son lien avec la prise en charge psychomotrice ?

Mon interrogation première ira donc vers ce terme de « conscience corporelle » et comment le définir ? Plutôt du côté du corps ? Plutôt du côté de la psyché ? Ou simplement un subtil mélange de ces deux approches ?

Si cette approche fait intervenir l'unité psyché-soma, elle est donc au cœur du métier de psychomotricien. La prise en charge psychomotrice va pouvoir jouer un rôle important dans le développement de la prise de conscience du corps.

En psychiatrie adulte, qu'en est-il pour les patients maniaque-dépressif et psychotique de leur conscience corporelle ? Ont-ils des représentations mentales de leur corps, du corps en général ? Sont-elles altérées, absentes ? On peut alors se demander si le mode de fonctionnement psychocorporel est le même que pour tous les patients souffrants d'une même maladie.

La prise de conscience du corps se construit en parallèle et en étayage avec le développement psychomoteur. Alors, nous pouvons faire l'hypothèse que la symptomatologie peut influencer le mode de fonctionnement psychocorporel de l'individu.

Comment peut-on évaluer la prise de conscience du corps ? Et y a-t-il une évolution qui se pérennise ? Ou cette conscience corporelle est-elle juste stimulée dans l'ici et le maintenant ?

Dans un premier temps, pour identifier le concept de la conscience corporelle, intéressons-nous aux théories concernant ce sujet. Puis pour comprendre le mode de fonctionnement de la conscience corporelle de patients maniaco-dépressif et schizophrène, je vous présenterai deux patients : Monsieur D et Monsieur C. Et dans un dernier temps, je discuterai sur les préjugés que l'on peut avoir sur une maladie par rapport à une autre ainsi que la singularité de chaque individu. Mais tout d'abord, commençons par l'environnement dans lequel j'ai évolué tout au long de mon stage.

2 LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

En France, les soins psychiatriques s'organisent par secteur en fonction du lieu d'habitation des patients et de leur âge. Les établissements psychiatriques regroupent plusieurs types de structure : extra-hospitalière et intra-hospitalière. Les patients sont suivis dans ces établissements en fonction de leur état. Pour ceux dont la maladie est stabilisée, la prise en charge se fait en extra-hospitalier. Et pour ceux qui nécessitent des soins intensifs, dits en phase « aiguë » de leur maladie, les soins se passent dans les structures intra-hospitalières.

2.1 Les structures extra-hospitalières

Un secteur de psychiatrie comporte une unité intra-hospitalière ainsi que des établissements extrahospitaliers. Ces derniers - le CATTP (Centre D'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), l'HDJ (Hôpital De Jour) - proposent des ateliers thérapeutiques aux patients qui ne sont plus hospitalisés. Il existe aussi un CMP (Centre Médico-Psychologique) qui est un lieu de consultations médicale, psychologique, infirmière et psychomotrice. Les patients sont accompagnés vers ces structures suivant leurs projets de soins, de vie, et leur autonomie.

Certains patients, qui ont besoin d'être hospitalisés, refusent toutes démarches de soins. Des lois ont été mises en place pour contraindre un patient à ces soins.

2.2 Les conditions d'hospitalisation

Depuis la loi du 5 juillet 2011¹, les modes d'hospitalisation sous contrainte ont été réformés : la nomenclature et les procédures ont changées. On peut les décrire ainsi :

- HL (Hospitalisation Libre) : le sujet est consentant à l'hospitalisation, il peut demander sa sortie à tout moment. Elle sera évaluée par le médecin référent qui donnera son accord ou proposera une sortie contre avis médical.

¹<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte&categorieLien=id>, le texte de loi relatif aux soins psychiatriques.

* Tous les mots accompagnés de cette étoile seront expliqués dans le lexique.

- SPDT (Soins Psychiatriques sur Demande d'un Tiers, anciennement appelés HDT [Hospitalisation sur Demande d'un Tiers]) : la personne n'est pas apte à prendre la décision ou refuse les soins. La famille (ou une personne de l'entourage) peut demander l'hospitalisation. Il faut alors deux certificats, de deux médecins différents, en plus d'une demande d'un tiers*.
- SPDRE (Soins Psychiatriques sur Demande d'un Représentant de l'Etat, anciennement appelés HO [Hospitalisation d'Office]) : la personne présente un trouble mental ainsi qu'un danger pour lui et/ou pour les autres, ou un trouble de l'ordre public. Un arrêté préfectoral est pris sur la base d'un certificat d'un médecin extérieur à l'établissement pour la décision d'une mise en SPDRE.

Lorsque le patient est admis en intra-hospitalier, en SPDT ou SPDRE, certaines démarches sont à effectuer par la suite. Plusieurs certificats sont rédigés à différentes périodes de la prise en charge et tout au long de l'hospitalisation. Ils sont obligatoires pour attester de la nécessité de la poursuite des soins sous contrainte. Si l'hospitalisation est maintenue, le patient sera alors auditionné par le Juge des Libertés et de la Détention. Ce dernier déterminera s'il n'y a pas de restriction de libertés, de vice de forme et décidera si la mesure peut être levée.

2.3 La structure intra-hospitalière

L'établissement où j'ai effectué mon stage tout au long de l'année, est un centre intra-hospitalier réparti en trois secteurs. Il accueille des adultes (de plus de 16 ans) atteints de trouble(s) psychiatrique(s).

Le service est constitué de 29 lits et de deux chambres d'isolement, d'une salle de restauration, d'une salle télévision avec des jeux et une bibliothèque, d'une salle de pause pour les soignants, de bureaux, d'une autre salle télévision utilisée aussi pour les réunions, d'une salle d'activité, d'une salle de bain, de deux terrasses et d'offices de nettoyage. Une équipe pluridisciplinaire est présente et se compose :

- D'une cadre infirmière,

- D'une secrétaire,
- De trois médecins psychiatres,
- De deux assistantes sociales,
- D'une ergothérapeute,
- D'une psychomotricienne,
- D'infirmiers,
- De deux aides-soignants,
- D'un psychologue à mi-temps,
- De 4 ASH (Agents de Service Hospitalier).

La vie institutionnelle des soignants est rythmée par des réunions : des synthèses pour parler des projets d'avenir des patients de l'intra-hospitalier, et d'autres pour les patients du secteur ; mais aussi des réunions entre cadres, et des réunions entre membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour les patients, chaque repas est à heure fixe pour leur donner un cadre structuré. Ils se restaurent dans la salle commune prévue à cet effet. Les médicaments sont distribués avant chaque repas (matin, midi, goûter, soir).

Par ailleurs, les temps d'entretien médicaux se font en présence d'un infirmier et ne sont pas fixes. Ils sont organisés en fonction de la demande du patient, leurs états de santé, où la nécessité du médecin pour leurs projets de soins.

Des temps d'activités thérapeutiques sont organisés tout au long de la semaine. Le programme d'ateliers est le même chaque semaine, également pour une question de cadre. Les activités sont proposées par la psychomotricienne et/ou par l'ergothérapeute, en collaboration avec les infirmiers. La présence de chaque patient est évaluée par le médecin et discutée en équipe pluridisciplinaire. Certains ateliers se déroulent dans le service et d'autres en dehors (dans une salle ou à l'extérieur). Ils sont dédiés principalement aux patients hospitalisés et comprennent :

- L'atelier Danse Harmonie encadré par la psychomotricienne, s'appuie sur l'utilisation de l'expression corporelle. Un thème est repris sur plusieurs

séances comme par exemple les foulards, le mime, l'espace, etc.

- L'atelier Espace/Temps, proposé par l'ergothérapeute, crée un lien entre la temporalité du monde extérieur et l'espace hospitalier du patient. Il se base sur l'actualité et les grands événements de l'année par le biais d'activités manuelles pour développer les capacités créatives et organisationnelles.
- L'atelier Rythme et Percussions, mené par la psychomotricienne, utilise la percussion instrumentale et corporelle comme pratique de soins.
- L'atelier Couleurs des Mots, proposé par l'ergothérapeute, est un atelier d'expressions verbale et gestuelle utilisant des supports colorés pour faire émerger un ressenti émotionnel.
- L'atelier Cuisine, encadré par l'ergothérapeute, est proposé aux patients pour les aider à être autonome dans cette activité de la vie quotidienne. Il commence par l'achat des ingrédients, puis le temps de cuisine et se termine par un repas thérapeutique.
- L'activité Jardin, menée par la psychomotricienne et l'ergothérapeute, permet aux patients de réaliser un jardin potager et fleuri.
- L'atelier Lecture, proposé par la psychomotricienne, se réalise au sein même du service. Il est ouvert à tous les patients sauf les entrants récents et les patients trop agités. Il s'agit d'une lecture de contes et d'histoires avec différents thèmes abordés.

D'autres ateliers encadrés par la psychomotricienne, des infirmiers référents et, suivant l'atelier, des encadrants extérieurs - une psychomotricienne-équithérapeute du centre équestre durant l'atelier Equithérapie - sont proposés à certains patients qu'ils soient hospitalisés ou non, sur avis médical et discussion en équipe :

- L'atelier Equithérapie est indiqué pour des patients assez régressés et une autonomie limitée ou pour des patients qui ont besoin de renarcissisation ou de resocialisation.

- L'atelier Piscine encadré par la psychomotricienne, est indiqué pour des patients où la question du corps est importante. L'eau permet des mobilisations corporelles, un travail de détente, de dynamisation et de socialisation.
- L'Atelier Théâtre est un lieu d'expressions verbale et corporelle au sein d'une dynamique de groupe. Il est encadré par la psychomotricienne et au minimum trois infirmiers référents. Il est indiqué pour des patients qui sont en difficulté dans la continuité des soins.

Les patients nécessitent différents types de prises en charge en fonction du stade de leur maladie, de la phase « aiguë » (chambre d'isolement) à la stabilisation (sorties/permissions).

2.4 Prises en charge thérapeutique en intra-hospitalier

Le soin s'organise différemment selon l'état du patient, du plus aigu au plus stabilisé. Plusieurs prises en charge peuvent être mises en place.

Les traitements

La thérapie médicamenteuse est importante pour arriver à stabiliser les troubles du patient. Ils sont prescrits en fonction de leurs effets thérapeutiques et de la symptomatologie du patient. Un suivi assidu est réalisé pour évaluer son inefficacité ou l'habitué, mais aussi pour observer l'importance des effets indésirables. Ceux-ci sont proportionnels à la singularité du patient tant sur le plan métabolique que sur le plan psychique. Des médicaments, les correcteurs, sont prescrits pour contrer ces effets secondaires.

En 1957, J. DELAY et P. DENICKER² proposent une classification des groupes fondamentaux constituant la famille des psychotropes :

- Les psycholeptiques* comme les hypnotiques, les anxiolytiques, les neuroleptiques et les thymorégulateurs.

² A.-C. ROUSSIGNOL, N. GIRAUDAU, F. THIBAUT (2005), p. 1.

- Les psychoanaleptiques* comme les antidépresseurs et les psychostimulants.
- Les psychodysléptiques*.

Ne seront détaillés ici que les catégories de médicaments, leurs actions et leurs effets secondaires qui sont prescrits aux patients décrits dans ce mémoire. L'un souffre d'une maladie maniaco-dépressive et l'autre de schizophrénie paranoïde.

Les antipsychotiques

Le terme antipsychotique est la nouvelle appellation des neuroleptiques. Ils sont indiqués dans le traitement des psychoses aiguës, des psychoses chroniques, des psychopathies, des troubles du caractère et du comportement, etc. Ils regroupent les neuroleptiques de 1^{ère} génération ainsi que les antipsychotiques atypiques (neuroleptiques de 2^{ème} génération) et les neuroleptiques retards (antipsychotiques à activité prolongée). Il est possible de les classer selon leurs effets :

- Les neuroleptiques sédatifs.
- Les neuroleptiques antipsychotiques diminuent les symptômes dits positifs (délires, hallucinations...).
- Les neuroleptiques désinhibiteurs agissent sur les symptômes négatifs (apathie, angoisse...)³.

Selon J. DELAY et P. DENICKER, l'action des neuroleptiques s'établit sur un large plan d'effets thérapeutiques :

- La création d'un état d'indifférence psychomotrice*.
- La diminution de l'agressivité, de l'impulsivité et de l'agitation*.
- La réduction des troubles psychotiques (aigus et chroniques).

Mais, sous traitement de neuroleptiques de 1^{ère} génération, beaucoup d'effets indésirables peuvent être présents et sur plusieurs plans :

- Psychique : somnolence, confusion mentale, parfois même la réactivation de l'anxiété et du délire peuvent être présents.
- Neurologique : un syndrome parkinsonien*, dyskinésies*, hyperkinésie*.

³ M. GODFRYD (1999), p. 316.

- Organique : baisse de la libido, prise de poids, constipations, etc⁴.

Une meilleure tolérance a été observée pour les neuroleptiques de 2^{ème} génération. Les molécules, retravaillées, ont permis de limiter les effets secondaires, permettant ainsi une meilleure observance du traitement.

Les hypnotiques

Ces substances visent à réduire la vigilance et l'insomnie et ainsi induire une régularisation du sommeil soit avec un « effet starter de l'endormissement »⁵ soit avec un « effet prolongateur de sommeil »⁶. Deux grandes catégories d'hypnotiques sont à distinguer :

- Les barbituriques qui ne sont presque plus prescrits à cause d'un fort risque de toxicomanie et de troubles somatiques.
- Les hypnotiques non barbituriques comme les benzodiazépines (qui sont aussi considérés comme des antidépresseurs) qui procurent un sommeil proche du sommeil physiologique.

On note la présence de quelques effets secondaires comme la somnolence diurne plus ou moins accrue suivant la molécule.

Les thymorégulateurs

Les thymorégulateurs appelés aussi normothymiques ont une action préventive et/ou curative sur les variations de l'humeur. Ils sont surtout utilisés dans le cadre de la maladie maniaco-dépressive et particulièrement lors d'un accès maniaque. Ils sont prescrits aussi dans les schizophrénies dysthymiques⁷. En début de traitement, des nausées, des diarrhées, des tremblements de mains, et parfois même une prise de poids peuvent apparaître.

Les anxiolytiques

Les anxiolytiques permettent une action sédatrice sur les symptômes de

⁴ M. GODFRYD (1999), pp. 318-321.

⁵ A.-C. ROUSSIGNOL, N. GIRAUDAU, F. THIBAUT (2005), p.1.

⁶ *Ibid.*, p.2.

⁷ A.-C. ROUSSIGNOL, N. GIRAUDAU, F. THIBAUT (2005), pp. 7-8.

l'anxiété physique, psychique, et comportementale. Plusieurs familles sont répertoriées :

- Les benzodiazépines comme le Xanax®.
- Les anxiolytiques non-benzodiazépiniques.⁸

Cependant, des effets secondaires sont retrouvés comme une baisse de la vigilance pouvant aller jusqu'à la somnolence, un ralentissement psychique et moteur, des troubles de la mémoire, une asthénie* et une passivité. Une dépendance tant psychique que physique peut apparaître, où le seul moyen pour le patient de se sentir bien est de prendre un anxiolytique⁹.

Les antidépresseurs

Ils sont utilisés pour « redresser l'humeur dépressive pour la ramener à la normale »¹⁰. Leur indication première est de traiter les états dépressifs ou mélancoliques. Ils sont classés selon leur structure chimique :

- Les imipraminiques ou les tricycliques.
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).
- Les non-imipraminiques et non-IMAO.

Les seuls effets secondaires remarquables sont des troubles digestifs (nausées, diarrhées), une somnolence ou des états d'excitation, une sécheresse buccale, une constipation et des troubles de l'accommodation visuelle.¹¹

La chambre d'isolement

La chambre d'isolement est soumise à une prescription médicale, et sa nécessité dans la poursuite des soins est réévaluée toutes les 24 heures par un psychiatre du service. Elle est associée à une sédation médicamenteuse. Cette chambre est utilisée pour des patients trop agités qui n'arrivent pas à se poser et à être contenus, ou pour des patients à fort risque de passage à l'acte (auto ou

⁸ *Ibid.*, pp. 3-4.

⁹ P. ANDRE (2006), pp.209-210.

¹⁰ A.-C. ROUSSIGNOL, N. GIRAudeau, F. THIBAUT (2005), pp.9-11.

¹¹ P. ANDRE (2006), pp. 221-224.

hétéro-agressif). Les constantes (rythme cardiaque, glycémie...) sont prises trois fois par jour. Et le patient est constamment sous la surveillance de l'équipe soignante.

Parfois, les contentions* doivent être utilisées. Elles sont soumises aux mêmes critères que la chambre d'isolement.

Chambre fermée

Si le patient a des difficultés à se calmer, mais qu'il ne nécessite pas d'être en chambre d'isolement, il est possible de fermer sa chambre à clef. Cette mesure est aussi sous une prescription médicale après une décision prise en équipe.

Repas en chambre

Il est possible d'amener un plateau en chambre pour les patients dont la mobilité est réduite, ou suivant leur état de santé, sur prescription médicale.

Sorties et permissions

Lors des hospitalisations sous contrainte, il y a une restriction des allers et venues des patients, cependant des sorties ponctuelles sont envisagées. Elles sont certifiées par le médecin. Et pour les SPDRE, elles doivent être validées par le Préfet.

Les téléphones sont gardés par l'équipe soignante. Le médecin valide si le patient peut avoir accès à son téléphone.

Autres prises en charge thérapeutiques

Lorsqu'un patient arrive dans la structure intra-hospitalière, il va être pris en charge par un psychiatre, et il pourra bénéficier de différents soins nécessaires à sa stabilisation en concertation avec le médecin : prise en charge psychologique, prise en charge paramédicale, activités thérapeutiques...

En psychiatrie adulte, l'accent du soin est rapidement porté à la détresse psychique parfois au détriment de celle du corps. Mais avec la mise en place

d'activités thérapeutiques, le corps reprend une place à part entière dans le soin. Prendre soin de son corps et pour aller encore plus loin, prendre conscience de son corps est un processus que les patients ont souvent laissé de côté (souvent inconsciemment). Pour étayer ma clinique, j'ai décidé d'exposer en premier lieu la théorie sur la prise de conscience du corps, comment elle fonctionne et ce qu'elle déclenche.

3 PRISE DE CONSCIENCE DU CORPS

3.1 Généralités

La prise de conscience du corps est un processus à la fois neurophysiologique et psychologique. Il permet, à l'individu, d'associer les ressentis corporels à des représentations mentales. La sensation se transforme en perception grâce à un traitement cérébral. La conscience corporelle se développe sur les expériences du passé et de l'ici et maintenant. La conscience corporelle est dynamique, en constante réorganisation.

M. BERNARD reprend les termes de H. WALLON pour nous expliquer « la genèse de la conscience corporelle propre »¹². Il nous dit : « le corps de l'enfant n'est d'abord connu et vécu par lui que comme *corps en relation* et non en tant que forme ou masse abstraites considérées en soi »¹³.

Il explique, que le nourrisson se développe et découvre le monde à travers son entourage et plus particulièrement à travers sa mère. Elle va le porter, le changer, répondre à tous ses besoins, ainsi le bébé va développer sa « sensibilité posturale »¹⁴ : son besoin d'être changé de position, de bouger. Et par la motricité, ses postures et sa maturité neurologique, l'enfant va pouvoir se connaître et découvrir le monde.

Une donnée importante entre en jeu dans les relations interpersonnelles entre le bébé et son entourage : la dimension tonico-émotionnelle. H. WALLON explique que le bébé, pour être en interaction avec le monde, doit s'adapter à celui-ci par

¹² M. BERNARD (1995), p. 35.

¹³ *Ibid.*, p. 36.

¹⁴ *Ibid.*, p. 37.

les émotions. Cette « adaptation émotionnelle » s'effectue par l'intermédiaire du tonus musculaire : « toutes les manifestations émotives, des plus frustes aux plus raffinées, du rire au sourire, mettent en jeu des contractions toniques du muscle »¹⁵. La représentation mentale du corps sera intégrée par l'intermédiaire des relations, du dialogue tonique, à travers le corps de l'autre. Le remaniement de la prise de conscience du corps est perpétuel grâce à l'environnement (autrui, moment et lieu).

Comme nous le dit E. PIREYRE, la prise de conscience du corps « peut se faire avec ou sans mobilisation sensorielle »¹⁶. Il définit la conscience du corps sous deux versants :

- Versant neurophysiologique : « Prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est se confronter à la réalité corporelle vécue »¹⁷.
- Versant psychologique : « c'est porter son attention vers certaines zones corporelles ou vers la globalité du corps. [...] La prise de conscience repose principalement sur l'expérience mémorisée de l'investissement, dès les débuts de la vie, par le psychisme et le corps des parents dans leur conscient et leur inconscient, des différentes zones corporelles ainsi que de leur globalité »¹⁸.

Les deux versants de cette conscience sont très imbriqués. Pour mieux les expliquer, ils vont être détaillés séparément.

¹⁵ *Ibid.*, p. 37.

¹⁶ E. PIREYRE (2011), p. 182.

¹⁷ *Ibid.*, p. 185.

¹⁸ *Ibid.*, p. 185.

3.2 Versant neurophysiologique

D. RICHARD et D. ORSAL nomment la « sensibilité somato-viscérale »¹⁹ toute l'organisation de l'organisme qui permet de ressentir une information sensitive : récepteurs, voies de transmissions, centres nerveux de traitement de l'information.

Les récepteurs

« Les récepteurs sensoriels sont des cellules fortement différenciées anatomiquement d'une modalité sensorielle à une autre »²⁰. Cette « sensibilité » peut être :

- superficielle appelée aussi « extéroception », où les récepteurs sont localisés dans la peau et traitent spécifiquement les informations par rapport à la pression, au tact, à la vibration, au toucher, à la température, à la douleur, au goût et à l'odeur. Les principaux récepteurs sont liés aux différents organes sensoriels :
 - Les récepteurs tactiles (chaud, froid, pression, etc.) au niveau de la main et de la peau ;
 - Les photorécepteurs (cônes et bâtonnets) au niveau de l'œil ;
 - Les cellules ciliées de la cochlée au niveau de l'oreille ;
 - Les papilles gustatives au niveau de la langue ;
 - Les récepteurs olfactifs au niveau du nez²¹.
- profonde appelée aussi « proprioception », où les récepteurs sont localisés au niveau des tendons, des articulations, des muscles et des ligaments et s'appuie aussi beaucoup sur le système visuel. Elle concerne la perception de la position des segments corporels dans l'espace : elle reçoit les informations du sens de la position, du mouvement, et de la force²². La « proprioception inconsciente »²³ permet un ajustement postural permanent, comme par exemple le fait de pouvoir se tenir debout sans tomber. Elle s'organise à partir des systèmes labyrinthique et vestibulaire pour permettre

¹⁹ D. RICHARD, D. ORSAL (2001).

²⁰ M. LUYAT (2009), p.15.

²¹ M. LUYAT (2009), p. 16.

²² M. SCHÜNKE, E. SCHULTE, U. SCHUMACHER, M. VOLL, K. WESKER (2009), p. 326.

²³ P. DUCONGE (2008), pp. 1993-1994.

une régulation de la contraction musculaire. La « proprioception consciente » permet, quant à elle, « le contrôle de la position du corps dans l'espace et de celle des différents segments des membres les uns par rapport aux autres »²⁴.

- viscérale, appelée aussi « intéroception », elle traite les informations venant des viscères, servant pour la prise de conscience des besoins élémentaires (soif, faim, etc).

Les voies de transmission

Il existe deux voies qui mènent les informations jusqu'au cortex pariétal (lieu neurologique qui reçoit la plupart des informations sensorielles) :

- La voie lemniscale qui est formée de fibres myélinisées* et à conduction* rapide. Elle commence par des récepteurs sensoriels, continue jusqu'au bulbe rachidien* (1^{er} neurone) en passant par la moelle épinière*, pour arriver vers le thalamus* (2^{ème} neurone). Le 3^{ème} neurone conduit l'information vers le cortex pariétal. Elle est utilisée par l'organisme pour la discrimination sensorielle fine.
- Le faisceau extralemniscal (ou spinothalamique) qui est constitué de fibres peu ou pas myélinisées à conduction lente. Un 1^{er} neurone conduit l'information jusqu'à la moelle épinière, puis le deuxième neurone remonte au niveau du tronc cérébral après avoir décussé*. Tandis que d'autres deuxièmes neurones remontent pour innerver le thalamus. Puis le 3^{ème} neurone conduit le stimulus jusqu'au cortex pariétal. Cette voie ne préserve pas la localisation de la stimulation : il n'y a pas de somatotopie²⁵.

Le cortex

Les axones* des faisceaux sensoriels localisés dans le thalamus se projettent sur le cortex somato-sensoriel primaire (au niveau du cortex pariétal) appelé aussi cortex somesthésique primaire. Il est situé en arrière du sillon central, dans le gyrus post-central²⁶. Ce cortex somato-sensoriel est divisé de manière « somato-

²⁴ *Ibid.*, pp. 1993-1994.

²⁵ E. PIREYRE (2011), pp. 112-114.

²⁶ *Confer* Annexe 1: Organisation du cerveau.

topique »²⁷ : chaque région du corps (bras, jambes, etc.) correspond dans le cerveau à une région corticale de l'aire somesthésique.

« Toutefois les régions du corps ne sont pas représentées sur le cortex proportionnellement à leur surface, mais en fonction de la densité de leur innervation sensitive »²⁸. Ainsi, les doigts et la tête, par exemple, contiennent de nombreux capteurs sensoriels donc une grande représentation corticale, alors que les jambes sont à l'inverse, petites au niveau de leur représentation dans l'aire somesthésique car elles ont une faible densité de récepteurs sur leur surface.

W. PENFIELD et E. BOLDREY²⁹ ont créé une représentation regroupant innervation sensitive (somatotopie de l'aire somesthésique primaire) et motrice (somatotopie de l'aire motrice primaire) du corps : *L'Homonculus* de Penfield³⁰. Si une partie du corps est sans cesse stimulée, cela va créer une plus grande représentation corticale sensitive. Par exemple, les pianistes professionnels ont une plus grande représentation corticale des doigts³¹.

Le cortex somato-sensoriel est responsable des informations tactiles et proprioceptives. Il est organisé en quatre parties numérotées :

- 1 : pour le toucher
- 2 : pour les mécanorécepteurs cutanés et profonds
- 3a : pour la proprioception
- 3b : pour le toucher aussi³².

Le cortex somato-sensoriel est relayé par le cortex somato-sensoriel secondaire et le cortex pariétal postérieur. Ces derniers vont permettre la connexion avec les autres cortex du cerveau pour créer des liens, et la reconnaissance des objets (gnosie). Il existe une interconnexion entre les différentes aires du cerveau.

De plus, les afférences sensorielles sont sous rétrocontrôle du cortex pariétal. En effet, le cortex somesthésique exerce une influence, le plus souvent inhibitrice

²⁷ M. SCHÜNKE, E. SCHULTE, U. SCHUMACHER, M. VOLL, K. WESKER (2009), p. 329.

²⁸ *Ibid.*, p. 329.

²⁹ W. PENFIELD, E. BOLDREY (1937).

³⁰ *Confer* Annexe 2: *L'Homonculus* de Penfield.

³¹ M. LOTZE, G. SCHELER, H.R. TAN, C. BRAUN, N. BIRBAUMER (2003).

³² E. PIREYRE (2011), p. 115.

sur les différents relais (moelle épinière et thalamus), pour réguler les informations dans une situation donnée et diminuer les stimulations parasites. De plus, grâce au cortex pariétal, les récepteurs sensoriels qui sont juste à côté de ceux qui reçoivent la stimulation, vont être inhibés, pour permettre de bien sentir la stimulation. Cela entraîne une modification des seuils de réponse, en état de veille ou en état de sommeil³³. Par exemple, lorsque l'on dort, notre seuil de vigilance baisse, et nous sommes beaucoup moins dérangés par les bruits qui nous entourent, ou par une envie faible d'uriner. Les seuils sensoriels seraient la limite minimale à laquelle la personne ressent consciemment la stimulation. Autre exemple, le seuil de douleur est différent pour tous, c'est également le cas pour les seuils sensoriels. Chacun, par son individualité et son histoire, va ressentir différemment les stimulations.

La prise de conscience du corps se fait à la fois d'un point de vue neurophysiologique avec la « sensibilité somato-viscérale », lorsque l'on touche un objet, qu'on peut sentir le vent sur la peau. Et à la fois sur un versant psychologique. En effet, penser à une partie de notre corps peut suffire à en prendre conscience.

3.3 Versant psychologique

« Certains patients peuvent aisément ressentir la présence de la plupart des zones corporelles. Il leur suffit d'un simple effort d'attention. Ils se passent de la sensorialité »³⁴. A. R. DAMASIO évoque l'existence de « cartes neurales » : « encartages de tous les états du corps dans les régions sensorielles du cerveau conçues pour recevoir les signaux du corps »³⁵.

En effet, notre cerveau a la capacité d'enregistrer des informations, telle que sa date de naissance. Il en va de même pour les sensations corporelles. Il existe une mémoire dite « corporelle » qui est en lien avec tout le cortex cérébral. Elle permet de se souvenir des sensations. Schultz utilisait, dans sa méthode de relaxation : le « training autogène », des inductions verbales du type « mon bras

³³*Ibid.*, p. 115.

³⁴ E. PIREYRE (2011), pp. 182-183.

³⁵ A.R. DAMASIO (2003).

est chaud ». Grâce à notre mémoire corporelle, et à des situations que nous avons intégrées et où nous avons expérimenté cette sensation de chaleur, il est possible de se souvenir de ce qu'elle procure.

Le sous-bassement de ce versant psychologique de la prise de conscience du corps, s'étaye sur la « sensibilité somato-viscérale » et sur toutes les expériences antérieures que nous avons vécues. Le cerveau va créer des « configurations mentales » : « les images d'un objet »³⁶. A.R. DAMASIO nous explique ce terme :

- « image » : représentation mentale non verbale sous n'importe quelle modalité sensorielle, image sonore, odeur...
- « objet » : entités plus diverses, une personne, un lieu, un gâteau...

A.R. DAMASIO évoque les « qualia »³⁷ qui seraient des « qualités sensibles »³⁸ que l'on retrouverait et qui nous permettraient de créer des représentations mentales. Ces dernières transmettent certaines caractéristiques d'un objet, par exemple lorsque l'on goûte un gâteau et qu'il nous rappelle celui que nous faisait notre mère.

Toutes ces représentations mentales que nous avons stockées dans notre cerveau, nous permettent de nous définir en tant que personne. Entendons par-là que toutes les sensations corporelles liées aux différents objets que nous avons rencontrés, permettent au cerveau de se souvenir et de créer son « Sentiment de Soi »³⁹, de percevoir son corps comme une unité. Dans ce « sentiment de Soi », A.R. DAMASIO dénote plusieurs types de conscience, du plus simple au plus complexe :

- La « conscience noyau » : « rite initiatique pour accéder à la connaissance »⁴⁰, c'est la conscience la plus simple, le fait d'avoir conscience d'être à un moment précis, maintenant, et dans un lieu précis, ici. « La portée de la conscience noyau est le ici et maintenant »⁴¹. Il n'y a pas de notion de temps (passé, futur). Cette « conscience noyau » permet de

³⁶ A.R. DAMASIO (1999), p. 20.

³⁷ A.R. DAMASIO (1999), p. 21.

³⁸ *Ibid.*, p. 21.

³⁹ *Ibid.*, pp. 21-25.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 31.

⁴¹ *Ibid.*, p. 30.

faire émerger un premier « Sentiment de soi » : le « Soi central »⁴² qui est recréé à chaque nouvelle rencontre entre l'objet et le corps.

- La « conscience étendue » : le sentiment élaboré de soi, de se sentir une personne et avoir une identité en toute circonstance et qui permet de se situer soi dans son histoire. Elle se construit sur la base de la « conscience noyau ». Elle permet le « Soi autobiographique »⁴³ qui dépend des souvenirs, de l'histoire de chacun.

Toutes ces consciences et ces Soi créés à partir de « configurations mentales » sont liés pour permettre à la personne de se sentir et de rester Soi lorsqu'elle met en route sa « sensibilité somato-viscérale ». Mais la composante émotionnelle est présente pour ressentir et se souvenir des sensations. En effet, il y a toute une dimension de plaisir et de déplaisir, de sentiments dans les stimulations sensorielles. Et ces réponses émotionnelles vont façonner indirectement notre environnement, et donc notre conscience et notre Soi. Par exemple, une stimulation désagréable (se brûler la main sur la gazinière) sera à l'avenir évitée. Donc, il y a une intrication entre la conscience, la « sensibilité somato-viscérale », le comportement, les émotions et Soi.

Les représentations mentales sont utiles pour identifier les sensations que l'on peut ressentir dans l'ici et maintenant. Elles se sont façonnées par les expériences passées et se modifient avec les expériences présentes. Il est donc possible de faire une différence entre sensation et perception.

3.4 De la sensation à la perception

E. PIREYRE évoque la différence entre sensation et perception. Il explique que la sensation est « un processus résultant du fonctionnement du récepteur sensoriel »⁴⁴, alors que la perception serait « le traitement cognitivo-affectif de la sensation »⁴⁵. Dès que la sensation arrive au niveau du cortex, elle est forcément traitée, soit de façon consciente soit inconsciente suivant les besoins. Mais, ce « traitement cognitivo-affectif » s'établit sur la conscience, les émotions et sur le

⁴² *Ibid.*, p. 30.

⁴³ A.R. DAMASIO (1999), p. 31.

⁴⁴ E. PIREYRE (2011), p. 116.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 116.

« Sentiment de Soi ». Quelque soit la perception, elle sera traitée de façon subjective. J.-D. NASIO dit :

« Nous sommes aveugles à la réalité objective de notre corps, et je dirais même, aveugles de naissance parce que nous n'avons jamais su et nous ne saurons jamais sentir ou voir notre corps tel qu'il est, mais tel que nous souhaitons ou craignons qu'il soit. Chacun de nous se fait toujours une image exagérée de son corps, soit par excès, soit par défaut ou encore une idée fausse des ressentis internes. Quelques fois nous le sentons ou le voyons trop grand ou trop petit, trop gros ou trop maigre, trop vieux ou trop jeune, trop vulnérable ou, au contraire, à jamais infatigable. D'autres fois, nous déplorons avoir une grosse tête, un gros nez, ou souffrons d'un pénis ou de seins ridiculement petits »⁴⁶.

Chaque individu va traiter ses sensations par rapport à son histoire, à la connaissance de son corps et à la manière dont il le visualise. La prise de conscience du corps se fera donc en fonction de son image du corps et de son schéma corporel.

3.5 Rôle de la conscience corporelle dans l'édification de la personne

La prise de conscience du corps peut être conçue comme un processus neurophysiologique et psychologique qui développe le sentiment et la connaissance de son corps, qui permet de le sentir comme une seule entité, un « Soi » avec un investissement libidinal.

La conscience corporelle est très intriquée avec les notions de schéma corporel et d'image du corps. Ces trois concepts sont constamment remaniés par la « sensibilité somato-viscérale » et par tout le « traitement cognitivo-affectif ». Ils vont permettre la structuration psycho-affective et psychomotrice de l'individu.

Schéma corporel

Depuis les travaux de P. SCHILDER⁴⁷, nous savons que le schéma corporel se construit à l'aide d'un processus neurologique logé dans notre cortex pariétal et sous l'influence émotionnelle et des besoins physiologiques. J. AJURIAGUERRA propose une définition du schéma corporel : « édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une

⁴⁶ J.-D. NASIO (2007).

⁴⁷ P. SCHILDER (1968).

construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »⁴⁸. F. DOLTO ajoute que le schéma corporel est « le même pour tous les individus (à peu près du même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine »⁴⁹.

Pour résumer, le schéma corporel est la connaissance de notre corps, c'est-à-dire, savoir que nous avons deux bras, deux jambes, une tête, etc. Il est universel, et objectif. Il peut donc s'évaluer par un bilan par exemple par le test des somatognosies de Bergès-Lézine. De plus, cette connaissance s'étayerait sur nos expériences au contact du monde extérieur, par les sensations coenesthésiques qu'elles nous procurent. Ainsi, le schéma corporel et la conscience corporelle s'étayaient l'un l'autre.

Image du corps

F. DOLTO décrit l'image du corps comme « propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire »⁵⁰. Elle nous dit aussi qu'elle se construit à travers les relations que nous avons avec l'autre dès le plus jeune âge.

E. PIREYRE propose une nouvelle définition de l'image du corps⁵¹ en intégrant de nombreuses théories qui permettent une vision plus globale de ce concept. Les différentes composantes de l'image du corps seront abordées, de façon succincte :

- La continuité d'existence est le sentiment de sécurité interne que la vie continuera même s'il y a une menace. C'est une étape cruciale dans le développement de l'enfant. Le corps dans sa globalité (tonus, « sensibilité somato-viscérale », émotions...) avec l'aide de l'environnement (milieu et entourage) permet la structuration de l'enfant. D. WINNICOTT évoquera le premier ce « sentiment continu d'exister »⁵². Les angoisses de morcellement

⁴⁸ J. AJURIAGUERRA (1970).

⁴⁹ F. DOLTO (1984), pp22-23.

⁵⁰ F. DOLTO (1986), pp.22-25.

⁵¹ E. PIREYRE (2011), pp. 53-164.

⁵² D. WINNICOTT (1969).

évoquées, chez certains patients schizophrènes font échos à cette continuité d'existence qui est mise à mal. Ils sont alors en constante recherche de sensations pour se sentir exister.

- L'identité : acquérir une identité claire, solide et stable. Elle s'étaye grâce à notre corps et à la relation aux autres, par attribution d'un prénom et d'un nom. L'identité se façonne sur des repères parentaux pour créer ainsi à chacun une subjectivité : « la subjectivation, c'est l'appropriation de ce qui est de la limite, de la frontière entre soi et l'autre »⁵³. Il est possible de rapprocher le concept de l'identité au « sentiment de Soi » d'A.R. DAMASIO. Cette identité est parfois fragile voire inexistante dans les pathologies psychiatriques.
- L'identité sexuée qui commence à se façonner par la physiologie humaine, puis par l'environnement : l'assignation du sexe, le comportement parental et les conduites sociales qui en découlent. Elle peut aussi être mise à mal dans certaine pathologie.
- La « sensibilité somato-viscérale »⁵⁴.
- La peau qui sert à la fois de contenu physique et psychique au corps et qui a des propriétés de perméabilité. Elle est utile dans de nombreuses fonctions métaboliques du corps (synthèse vitamine D, thermorégulation...), comme barrière contre les agressions extérieures, lien entre l'intérieur et l'extérieur et elle nous donne la limite physique de notre corps. La peau, dans sa contenance psychique va assurer toutes les fonctions du « Moi peau »⁵⁵ que détaille D. ANZIEU. Les orifices (bouche, vulve, canal anal, pénis) ont des propriétés similaires à celles de la peau.
- L'intérieur du corps : toute la maturation des différents systèmes (osseux, articulaires, musculaires), va jouer un rôle dans le développement psycho-affectif de l'individu.
- Le tonus qui est une grande composante dans la posture et qui permet de

⁵³ E. PIREYRE (2011), p. 63.

⁵⁴ *Confer supra.*

⁵⁵ D. ANZIEU (1985).

tenir en équilibre et de maintenir une attitude dans l'espace. Il existe un lien entre le tonus, l'émotion et l'environnement : le dialogue tonico-émotionnel⁵⁶. Suivant les relations que l'enfant aura eu avec son entourage et le dialogue tonique, cela créera ou non des anomalies toniques qui pourront impacter sur l'image du corps. Il est influencé par la maturation neurologique de l'individu.

- Les communications corporelles : plusieurs canaux de communication existent pour que l'individu puisse être en relation avec l'autre. Il doit s'investir corporellement dans la relation par son attitude, mimiques, son regard, ses réactions tonico-émotionnelles, l'investissement de l'espace avec son corps, sa gestuelle, son attention et l'écoute. Chacun va privilégier un ou plusieurs canaux pour comprendre et se faire comprendre de l'autre.
- Les angoisses archaïques corporelles : le bébé est sujet à des angoisses dites « archaïques » comme le morcellement ou la liquéfaction, parce qu'il n'a pas encore son « sentiment continu d'exister » bien forgé. Mais, au cours du développement psychomoteur et psycho-affectif, ces angoisses disparaissent pour laisser place à un fonctionnement plus logique, raccroché à la réalité pour pouvoir vivre en société. Cependant, quelques traces restent inconsciemment dans l'image du corps qui s'est formée dès le plus jeune âge et selon notre individualité.

« Les théories de l'image du corps de DOLTO, SCHILDER et LACAN supposent trois caractéristiques fondamentales : l'image du corps est inconsciente et liée à la libido et au désir »⁵⁷. Avec toutes les nouvelles composantes que proposent E. PIREYRE incluant ainsi les théories d'ANZIEU, de DAMASIO, il donne une nouvelle perspective à l'image du corps à la fois neurophysiologique, psychologique, interrelationnelle, et singulière.

Prendre conscience de son corps, le connaître, et en avoir une représentation sont des notions très intriquées, et il est souvent très complexe de les dissocier.

⁵⁶ J. AJURIAGUERRA (1974).

⁵⁷ E. PIREYRE (2011), p. 12.

Dans son développement psychocorporel, l'enfant va apprendre à percevoir son corps.

On imagine alors toute l'importance de la prise de conscience du corps dans le développement et dans l'édification d'un individu. Elle va intervenir dans toutes les dimensions de l'individu : psychologique, affective, neurophysiologique. Pour illustrer la théorie sur la prise de conscience du corps, je vais vous présenter Monsieur D et Monsieur C.

4 CAS CLINIQUE : MONSIEUR D

4.1 Anamnèse

Monsieur D, âgé de 50 ans, est hospitalisé depuis octobre 2013 dans le service. Il demande à être hospitalisé après l'annonce de sa mise en retraite anticipée pour invalidité qui a généré une recrudescence d'angoisse. Sa dernière hospitalisation s'est déroulée sur la période du 4 septembre au 29 septembre 2013.

Monsieur D est fils unique. Ses parents ont divorcé quand il avait 11 ans. Il a une demi-sœur de 37 ans du côté de son père. Ce dernier, âgé de 74 ans, avait des relations père-fils très tumultueuses durant des années. Sa mère est décédée à l'âge de 81 ans en 2004. Elle s'est suicidée lors d'un épisode maniaque où elle délirait. Elle fût diagnostiquée à 50 ans, d'une maladie maniaco-dépressive. Monsieur D est divorcé, il a deux filles de 12 et 16 ans. Auparavant, il travaillait en tant qu'éducateur au Ministère de la Justice. Il a obtenu de nombreux diplômes : conservatoire de musique (1987), DEA de création et de communication Multimédia (1987) et Maîtrise de sciences et techniques « Intervention des pratiques sociales » (1996). Il est passionné par la musique, le sport et il est amateur de littérature américaine.

Monsieur D souffre d'une maladie maniaco-dépressive diagnostiquée en 2003. Depuis le début de ses troubles, vers 23 ans, il a eu des épisodes maniaques assez violents surtout sur le thème de la persécution vis-à-vis de son père. Pendant ces périodes, il était exalté, et faisait beaucoup d'achats compulsifs. Il était très

impulsif. Mais il a vécu surtout des épisodes dépressifs majeurs qui sont allés parfois jusqu'au passage à l'acte (tentative de suicide). A plusieurs reprises, Monsieur D a été placé sous SPDT, mais pour cette hospitalisation il est en HL.

Dans le service, Monsieur D est calme, adapté dans la relation et a le contact facile. Il a beaucoup de ruminations. Il est capable d'expliquer sa maladie et les symptômes associés comme son angoisse prédominante.

Par ailleurs, il a plusieurs permissions pour aller chez lui et participe à l'atelier Danse Harmonie, où il est volontaire et actif. Il est présent aux ateliers Piscine, Cuisine et « Rythmes et percussions ».

4.2 La maladie maniaco-dépressive

La maladie

La maladie maniaco-dépressive (MMD), est un trouble de l'humeur. Pour définir l'humeur, la tradition est de reprendre la définition de J. DELAY : « L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âmes une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. L'humeur est à la sphère thymique qui englobe toutes les affections ce qu'est la conscience à la sphère noétique qui englobe toutes les représentations, elle en est à la fois la manifestation la plus élémentaire et la plus générale. La base de la vie affective est faite d'une échelle d'humeur comme la base de la vie représentative d'une échelle de consciences »⁵⁸.

Depuis, d'autres auteurs ont écrit sur le sujet, développant et différenciant les termes « émotion » et « affect », etc. Toutes ces notions s'entremêlent en ayant chacune leur particularité. Selon P. DENICKER, repris dans le livre de M.-L. BOURGEOIS⁵⁹, « l'humeur comprend l'ensemble des dispositions instinctives et affectives qui forment le fond de la vie mentale. Elle fournit tout l'éclairage et la coloration de l'activité psychique ». L'humeur est présente à tous les plans de la psyché. Elle influence la sphère intellectuelle - pensée, mémoire - mais aussi la vie

⁵⁸ J. DELAY (1946).

⁵⁹ M.-L. BOURGEOIS (2006).

instinctive - l'appétit, le sommeil, la libido - soit en les stimulant soit en les inhibant. Mais l'humeur va aussi toucher une dimension plus relationnelle, elle va teinter notre attitude sociale et aussi notre attitude posturale pour modeler notre façon d'être au monde. En effet, quelqu'un de timide et réservé, s'exprimera plus fréquemment d'une voix faible et discrète en se tenant souvent dans une posture antéro-latérale dite de fermeture. Alors qu'une personne, dans la recherche de l'autre, se tiendra plutôt dans une posture postéro-latérale, dite d'ouverture⁶⁰.

Le concept de l'humeur est relié à tous nos affects. Selon M. CHAHBAZIAN⁶¹, l'affect est un ressenti plus profond que l'émotion. Il va parfois au-delà de la conscience. « L'affect est l'expression d'un réel propre inscrit en soi », il serait donc individuel, reflétant ainsi notre subjectivité propre. Par conséquent, l'humeur est donc sans cesse en lien avec les éléments extérieurs de l'environnement et les éléments internes. Ils vont la faire varier tel un thermomètre qui subit les saisons.

Toute personne aura des oscillations entre une « mauvaise » humeur et une « bonne » humeur, c'est-à-dire passer d'une émotion à une autre comme la joie, la tristesse, la colère, etc.

La MMD se caractérise par une persistance et une très grande ampleur d'un de ces états émotionnels. Cette pathologie a pour origine un dysfonctionnement neuroendocrinien du diencephale (thalamus, hypothalamus) engendrant une sensibilité extrême aux événements extérieurs anxiogènes ou traumatisants. De plus, il existe une prédisposition génétique héréditaire. Monsieur D appartient aux 50% des sujets ayant un parent, sa mère, atteint de MMD.

Dans cette maladie, il existe deux versants : maniaque et dépressif.

Episode maniaque

Il se caractérise, selon le DSM IV⁶², comme « une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persiste pendant au moins une semaine ». Cet épisode repose sur une triade symptomatique :

⁶⁰ B. LESAGE (2004)

⁶¹ M. CHAHBAZIAN (2007), p.23.

⁶² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000)

- Une humeur exaltée : une hyperesthésie affective associée à une humeur euphorique inébranlable ou une humeur versatile selon l'environnement.
- Une accélération psychomotrice visible sur trois plans : l'idéation avec une hypermnésie et une fuite des idées, la pensée avec une surestimation de soi et du monde et des idées mégalomaniaques ainsi qu'un optimisme démesuré. Elle se caractérise par une excitation motrice telle qu'une hyperactivité désordonnée, un visage hyper-expressif, une familiarité de contact, etc.
- Des signes somatiques sont associés tels que l'insomnie, l'hyperphagie, déshydratation, etc.⁶³

Les états d'exaltation thymique dans les épisodes maniaques sont diverses. Ils peuvent aller de l'hypomanie* jusqu'à la manie délirante en passant par la fureur*.

Episode dépressif

La triade symptomatologique se caractérise, par:

- Une humeur dépressive : tristesse pathologique, douleur morale, avec perte de l'estime de soi, idées mélancoliques et/ou suicidaire. Une diminution du plaisir voire une anhédonie* associée à une perte des intérêts pour les activités de la vie quotidienne apparaît. Il y a aussi une anesthésie affective majeure majorée par une anxiété.
- Un ralentissement psychomoteur, se spécifiant par une perte de l'élan vital, qui retentit à la fois sur la sphère intellectuelle par une aboulie*, un ton monocorde et des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Mais, ce ralentissement va aussi toucher la sphère motrice par une attitude générale figée, un visage peu expressif avec une hypomimie et une rareté des mouvements.

⁶³ F. FERRERI, C. AGBOKOU (2006), pp. 272-275.

- Des signes somatiques y sont associés tels que l'asthénie*, des troubles du sommeil, de la sexualité et de l'alimentation, ainsi que des céphalées, des polyalgies*, etc.⁶⁴

Les signes de cet épisode doivent être installés depuis au moins quinze jours et marquer une nette rupture avec le comportement habituel du patient.

Les traitements

De nombreux traitements ont été proposé à Monsieur D parce qu'il a développé, à cause de l'un d'eux, un diabète en autres effets secondaires. Il est actuellement sous anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseur, thymorégulateur et il prend un traitement pour le diabète, la thyroïde et pour ses problèmes cardiaques.

Le motif d'hospitalisation de Monsieur D était une recrudescence d'angoisse sur un fond d'anxiété déjà présent. Il est très angoissé, avec ses troubles mnésiques dont il a bien conscience. Son anxiété augmente avec la peur d'oublier quelque chose.

Par ailleurs on peut s'interroger quant aux effets indésirables sur sa mémoire, savoir si ces troubles mnésiques sont seulement dus à sa symptomatologie dépressive à laquelle s'ajoute de l'anxiété, majorant ce déficit, ou si la prise du traitement médicamenteux vient aussi entraver ses fonctions intellectuelles ?

4.3 Bilan psychomoteur

Au mois de décembre, la psychomotricienne et moi avons décidé de faire passer à Monsieur D une évaluation psychomotrice, afin de faire le point sur la prise en charge. Elle se composait d'un entretien, et de passations de tests - MMSE, examen du tonus et des réactions tonico-émotionnelles, Figure de Rey, Stambak, Piaget-Head, des épreuves du Charlop-Atwell, et du M-ABC, une représentation de soi ainsi que des questions autour des manifestations anxieuses et du corps et d'une dénomination des points d'appuis du corps allongé sur un tapis.

⁶⁴ *Ibid.*, pp.263-272.

Fonctions supérieures

Monsieur D se plaint de ne plus pouvoir lire ou regarder la télévision. Il dit ne plus pouvoir se concentrer. En effet, on note un léger déficit attentionnel. Il n'a pas de trouble de l'audition mais il a besoin qu'on lui répète plusieurs fois certaines consignes. Monsieur D déplore une baisse de ses capacités intellectuelles et plus précisément de ses facultés mnésiques. Cela l'affecte particulièrement, de par ses postes élevés dans la société et son haut niveau d'étude. Ceci n'est autre qu'une résultante de sa symptomatologie dépressive. Cependant, l'élaboration, les capacités d'analyse, et la compréhension sont bonnes.

Motricité générale

Il présente un bon équilibre statique et dynamique. Les praxies de la motricité fine sont efficaces. Cependant, ses difficultés de régulation tonique entraînent parfois des coordinations motrices dynamiques maladroites.

Organisation temporo-spatiale

Monsieur D a une bonne orientation spatiale, la réversibilité et les notions de latéralité sont conservées. Il réussit sans problème le test du Piaget-Head avec croisement et réversibilité. Par ailleurs, il a des difficultés de structuration spatiale. A la copie de la Figure de Rey⁶⁵, réalisée en 3 minutes 05, il construit une figure de type IV, inférieure riche. Il ne perçoit pas l'élément central (le rectangle), et commence par le carré barré en bas. Puis, il évolue de proche en proche avec un trait tremblant, des béances et des dépassements à plusieurs endroits. Les axes orthogonaux ne sont croisés que deux par deux. L'ensemble de la figure est imprécis et peu assuré. A la reproduction de mémoire⁶⁶, Monsieur D prend deux fois moins de temps (1 minute 50) qu'à la copie. Il commence, cette fois, par le rectangle et y ajoute quelques détails. Il fait une construction de type I, supérieure pauvre. On retrouve des béances, des dépassements et toujours une imprécision générale. Et, on remarque que le point central est encore une fois décalé. Comme Monsieur D n'a pas perçu l'élément central dans lequel

⁶⁵ Confer Annexe 3 : Figure de Rey de Monsieur D.

⁶⁶ Ibid.

s'encastrent les diagonales lors de la copie, l'encodage n'a pas pu se faire correctement. Ceci est à ajouter à ses difficultés de mémorisation.

En ce qui concerne la structuration temporelle, on peut remarquer quelques difficultés d'attention en fin de passation du test de Stambak. Il n'a pas de difficulté particulière quant à l'orientation. Globalement, son organisation temporelle est bonne.

Tonus et manifestations anxieuses

A l'examen du tonus, Monsieur D arrive à se rendre disponible aux mobilisations passives et il perçoit bien son propre état tonique. Le bras droit est plus détendu que le gauche. On note un tonus de fond hypertonique. De plus, il présente quelques réactions tonico-émotionnelles : des impatiences au niveau des orteils et des jambes au repos. Il accepte le contact physique sans problème et peut fermer les yeux sans difficulté.

Lorsque l'on évoque les manifestations anxieuses, Monsieur D parle de « crises d'angoisse sur fond dépressif ». Sa situation actuelle, de retraite anticipée, en est principalement la cause. En effet, à chaque fois qu'il y pense, dit-il, cela génère systématiquement une montée d'angoisse. Il n'y a pas de moment précis dans la journée où ces crises se produisent et il exprime une anxiété de fond par rapport à sa situation actuelle. Il évoque une fréquence d'environ deux à trois fois par jour depuis plus de deux mois. De plus, ces crises impactent sur les activités de la vie quotidienne de Monsieur D : « ça me bloque ».

Ces manifestations anxieuses s'ajoutent à un tableau d'anxiété ancienne et quasi-permanente. De surcroît, il réussit difficilement à expliquer les répercussions physiques ou psychiques de ces « crises d'angoisse ». Après énumération d'une liste, il exprime des crises d'angoisse avec autant de signes physiques (grincements de dents, des douleurs dans le ventre, des palpitations et la bouche sèche) que psychiques (une inquiétude, des tremblements, des peurs et des difficultés de concentration). Pour pallier à ses crises, il prend un médicament (Tercian® ou Xanax®), « ça apaise un peu », et va se coucher et « attend que ça calme ». Monsieur D a, de lui-même, demandé à son médecin des séances de relaxation pour l'aider à diminuer son anxiété.

Il est également indiqué dans le dossier de Monsieur D qu'il a beaucoup d'angoisse, créant beaucoup d'idées suicidaires et l'enfermant ainsi dans un cercle vicieux entre angoisse et idées suicidaires. Il n'arrive pas à faire abstraction de ses pensées.

Investissement du corps

L'énumération des points de contact allongé au sol de Monsieur D n'est pas structurée et reste très sommaire. Il oublie la tête et cite les chevilles à la place des talons tout en sachant que cette réponse n'est pas correcte. On remarque qu'il n'est pas très attentif à toutes ses sensations corporelles.

Par ailleurs, Monsieur D se présente toujours bien habillé et de façon adaptée. Cependant, il lui arrive de ne pas prendre soin de lui : de ne pas se raser ni de se coiffer. Il paraît lasser de s'occuper de lui et n'y prendre aucun plaisir. Monsieur D vit son corps avec un certain détachement, « je m'en contente », et il le trouve « abîmé » entre autre par le diabète. Lorsqu'on lui demande de citer des parties du corps qu'il aime ou qu'il n'aime pas, il n'en trouve pas : « il me plaisait plus avant ». Il n'a pas d'avis « ça va... ».

A la représentation de soi⁶⁷, son dessin est très carré surtout au niveau des épaules, laissant transparaître toutes les tensions. Le visage est peu détaillé, et la plupart des éléments sont en 2D et peu élaborés. Les oreilles et le cou sont absents, la tête trône presque directement sur les épaules. Le reste du dessin est aussi pauvre en détails. On remarque qu'il a dessiné un personnage qui sourit. Cependant, il ne donne pas une impression de gaieté, de joie. Monsieur D semble peu satisfait de lui et n'exprime aucune comparaison entre lui et le dessin.

Communication

Monsieur D s'exprime à l'aide d'un discours cohérent et structuré. Son vocabulaire est adapté et soutenu. Il lui arrive parfois de se perdre dans ses explications mais retrouve rapidement le fil de ses pensées. Il est difficile pour lui d'exprimer précisément ses attentes ou ses malaises. Il semble être en difficulté

⁶⁷ Confer Annexe 4 : Représentation de soi de Monsieur D.

pour mettre en mots ses ressentis. Par ailleurs, ses communications non-verbales sont pauvres. Parfois, il reste statique avec le visage figé, la bouche ouverte avec une impression d'être dans l'attente d'une réponse de notre part. Son regard peut se fixer au notre, toujours dans cette même attente, créant alors un sentiment étrange. Ses émotions sont peu dénombrables. Le ton reste assez monocorde de même que son registre émotionnel. Ses communications sont sur-teintées de la même émotion. Monsieur D communique aussi bien avec les patients que les soignants. Il apprécie et semble parfois avoir besoin d'être aux contacts des autres.

4.4 Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique pour Monsieur D se base sur plusieurs objectifs :

- Diminuer son angoisse et l'autonomiser dans la gestion de celle-ci : trouver des stratégies pour qu'il soit capable de gérer seul ses « crises d'angoisses ».
- Développer sa conscience corporelle

Une médiation, en individuel, telle que la relaxation permet à Monsieur D d'observer et d'écouter ses sensations corporelles, et de travailler des techniques de respiration comme stratégie pour contrer les crises.

Les ateliers en groupe ont pour but d'aider Monsieur D à mettre son corps en mouvement, et de l'inciter à expérimenter des exercices dans lesquels il pourrait prendre d'avantage conscience de son corps. De plus, la dynamique groupale est un bon moyen pour lui d'éviter d'être submergé par l'angoisse.

4.5 Problématique corporelle d'un patient maniaco-dépressif

Une personne souffrant d'une MMD sera confrontée à deux types de problématique corporelle. En effet, selon l'épisode dans lequel elle se trouve, il y aura soit le retentissement de la dépression majeure soit celui de la phase maniaque. Cependant, dans ces deux phases, un désinvestissement corporel est présent entraînant un clivage corps/esprit, où le corps sera vu comme un simple objet fonctionnel.

Lors d'un épisode maniaque, même s'il est d'intensité variable, la sémiologie reste similaire. L'agitation et l'exaltation seront présentes, se manifestant à la fois sur un plan moteur, verbal, et psychique avec une hyperactivité, une hyperstimulation et une logorrhée importantes. Des troubles somatiques tels que des troubles du sommeil feront aussi leur apparition. Le malade va alors nier les besoins physiologiques de son corps (sommeil, etc.), il n'écouterà pas ses sensations corporelles. Il sera alors dans une production fulgurante (aspect seulement quantitatif) de mouvements, de pensées. Mais la qualité ne sera pas présente, car il n'a pas ou ne peut pas prendre le temps d'analyser et d'effectuer correctement son projet.

Le temps n'a alors plus d'importance (désorientation temporo-spatiale), par exemple le cycle veille/sommeil est altéré. Il est dans une telle tachypsychie*, qu'il lui est impossible de réaliser tout ce qu'il conçoit⁶⁸. Lorsque Monsieur D était en phase maniaque, il a fait beaucoup d'achats compulsifs, du jour au lendemain, il est même parti au Japon impulsivement, etc.

Lorsque l'épisode dépressif est installé, « le sujet est touché dans son unité somatopsychique, l'affaiblissement est général »⁶⁹ tant sur un plan physique que psychique. Le corps vient étayer l'épisode dépressif « dans une dialectique constante entre affect dépressif et vécu corporel douloureux [...] le corps, n'est plus aimable, il est perçu comme peu agréable, source de déplaisir, pénible, défaillant, lourd... »⁷⁰. Le corps n'est plus une source positive pour une bonne image de soi. Il vient alimenter un vécu corporel négatif par la dévalorisation, les pensées négatives, l'autodépréciation. Il y a aussi un désinvestissement corporel, le corps dégoûte. Des retentissements moteur et psychique sont présents entraînant l'attitude d'un corps figé. H. Ey décrit la présentation d'une personne dans un épisode dépressif majeur ainsi : « le visage est pâle et porte le masque de la tristesse, les traits tombent, les yeux sont grands ouverts, le regard est fixe, le front est plissé, les sourcils froncés »⁷¹. Monsieur D a souvent ce visage inexpressif où nous avons l'impression qu'il est dans l'attente de quelque chose de notre part.

⁶⁸ P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI (2004), pp. 85-89.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 82.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 82.

⁷¹ P. BERNARD, CH. BRISSET, H. EY (1960), p. 173.

Plus particulièrement, Monsieur D est hypertonique et très raide. Son aisance corporelle est très faible, il est en difficulté pour réaliser des mouvements inhabituels pour lui : il tremble et reste imprécis. Par exemple, lorsque Monsieur D doit plier les genoux et tendre le bras devant lui, il tremble. Ce manque de fluidité n'est pas cohérent avec les nombreuses activités physiques pratiquées dans son passé.

L'hypothèse serait donc que Monsieur D a fait de nombreuses années de sport dans un but de performance et exutoire de tensions internes ou externes de l'angoisse. Il est dans un principe de tout ou rien, sur un mode de *pensée dichotomique*⁷², dès que ce n'est pas comme il se l'était imaginé, il abandonne. Il perçoit cela comme un échec et se laisse souvent envahir par l'angoisse.

Par exemple, à cause de sa maladie, Monsieur D a été rétrogradé et a fini par être à mi-temps thérapeutique (après de longs arrêts maladies et des commissions d'expert). Il s'est fait hospitalisé (du 4 au 29 septembre 2013) pour une recrudescence anxieuse en se mettant en arrêt maladie. Lorsqu'il a essayé de reprendre à temps plein après l'hospitalisation, ses patrons ont décidé de le mettre en retraite anticipée, il n'a pas pu le supporter. En effet, sa maladie, ses troubles des fonctions cognitives (attention, concentration, etc.) et le fond anxieux de son épisode dépressif trop présents, l'ont empêché d'effectuer correctement son travail durant toutes ses années. Monsieur D a vécu cela comme un échec et une recrudescence majeure d'angoisse est apparue, d'où son hospitalisation en octobre 2013. Il s'est alors dévalorisé, enfermé dans une dépression avec une angoisse irrationnelle et des *distorsions cognitives*⁷³ importantes sur lui et sur l'avenir : « je n'arrive pas à me projeter », « il n'y a rien après ». Monsieur D a dû apprendre à exister autrement que par la reconnaissance de son travail.

Pour la problématique corporelle de Monsieur D, il semble « penser son corps » comme un objet fonctionnel, qui lui sert aux besoins fondamentaux (locomotion, manger, dormir, etc.) ou avant, comme objet de performance. Lorsqu'il évoque son corps, il parle de son diabète et de ses séquelles, qu'il préférerait son corps avant. Ou bien il verbalise que son corps « marche bien » et

⁷² A. BECK, G. EMERY, A.J. RUSH, B.F. SHAW (1979).

⁷³ *Ibid.*

qu'il s'agit seulement de son psychisme qui défaille. Monsieur D semble être « une tête pleine d'idées dans un corps vide »⁷⁴.

4.6 Evolution de la prise en charge

Monsieur D est hospitalisé pour une recrudescence d'angoisse liée à sa retraite anticipée. Dès le début de cette nouvelle hospitalisation, il est en demande d'aide. Il souhaitait être pris en charge en psychomotricité pour gérer son angoisse massive. Après de nombreuses hospitalisations, Monsieur D est désormais dans une grande compliance aux soins. Il peut désormais verbaliser ses difficultés et vouloir que l'équipe soignante puisse l'aider dans sa démarche de stabilisation de sa maladie. Le médecin était d'accord avec la demande de Monsieur D d'entreprendre des séances de relaxation avec la psychomotricienne.

La psychomotricienne connaît Monsieur D depuis plusieurs hospitalisations, ce qui a permis de créer une alliance ainsi qu'une confiance thérapeutique. Il a déjà pu pratiquer des séances de relaxation avec elle. Lorsque nous avons questionné Monsieur D sur l'objectif de la prise en charge, il évoque alors un but de bien-être. Il dit « aller bien corporellement mais pas psychiquement ». Il n'imagine pas toute la dimension psychocorporelle, et les liens entre le corps et la psyché.

Monsieur D est alors dans une dynamique corporelle seulement fonctionnelle, il y a la présence d'un clivage corps/esprit⁷⁵. Il voulait une indication en psychomotricité pour faire de la relaxation dite psychique. D'ailleurs, au début de la prise en charge, il nous dira « je me sens détendu » à chaque séance pour évoquer la satisfaction d'avoir réussi à mettre ses pensées de côté.

De par nos observations, nous pouvons dire que cette « détente » dont il nous parle est simplement psychique, il se sent bien dans sa tête car il a réussi à occulter ses pensées pendant un temps. Mais, il n'arrive pas à élaborer que la détente psychique passe par la détente physique en explorant les sensations corporelles. Avec la psychomotricienne, nous avons décidé de mettre en place beaucoup d'inductions de sensations corporelles.

⁷⁴ P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI (2004), p. 83.

⁷⁵ *Confer supra*.

En effet, Monsieur D était tellement pris par ses pensées, qu'il aurait été incapable, je pense, d'élaborer autour d'une visualisation ou autre pour une relaxation psychique pure en début de prise en charge. Il fallait d'abord passer par une détente corporelle pour ensuite pouvoir l'amener à une détente psychique. Le but était donc de lui proposer des sensations corporelles, pour qu'il puisse élaborer autour de celles-ci, permettant ainsi de faire abstraction de ses autres pensées.

Tout au long de sa prise en charge, nous avons adapté la forme des séances, en fonction de ses ressentis, ses besoins et des objectifs thérapeutiques. Les premières séances de relaxation se déroulaient allongé sur un tapis où nous commençons par une mise en disponibilité, pour lui permettre d'être, à la fin de cette étape, à l'écoute des stimulations et des sensations corporelles proposées par les mobilisations ou les sacs lestés :

- Repositionnement du corps sur le tapis : se sentir droit, sentir son axe, et être réellement droit. Cela consiste à repositionner la personne, puis elle peut se réajuster comme elle le souhaite.
- Nomination des points de contact avec le tapis verbalement ou par contact de certaines parties du corps : faciliter la dépose du poids du corps sur le tapis par des sensations cénesthésiques plus importantes, permettant ainsi une détente physique.
- Va-et-vient sonores (se concentrer sur les bruits qui nous entourent, du plus proche au plus lointain et effectuer mentalement le chemin inverse) : se défocaliser des bruits extérieurs, diminuer les stimulations parasites pour prendre conscience des futurs ressentis qui seront proposés.
- Concentration sur la respiration (observer sa respiration puis augmenter l'amplitude trois fois) : prendre conscience de sa respiration, ressentir le volume du corps, sentir la contenance et se recentrer sur le corps pour être disponible aux futures mobilisations.

Puis, nous proposons à Monsieur D des mobilisations passives avec écharpe et/ou utilisation de sacs lestés au niveau des bras et des jambes : induire, proposer des sensations pour prendre conscience de son corps, qu'il puisse élaborer des perceptions par rapport à ses sensations, et diminuer encore plus le tonus d'action

par la passivité. Nous voulions que Monsieur D arrive à ressentir une variété de sensations cénesthésiques (lourdeur, légèreté, variations de longueur...) pour amener à une détente physique, qu'il se l'approprie et qu'il mentalise la détente.

Ainsi, apporter une détente psychique par la détente corporelle, devrait permettre à Monsieur D de pouvoir intégrer corporellement cette détente pour s'en souvenir lorsqu'une montée d'angoisse surviendrait.

Très peu de temps après le début de la prise en charge, il m'a été possible d'intriquer mes idées dans son projet thérapeutique. Au fil des séances, j'ai pu faire quelques observations en lien avec ses objectifs thérapeutiques.

Angoisse et investissement du corps

Monsieur D a eu beaucoup de difficultés à mettre ses pensées de retraite anticipée de côté, ce qui lui procurait beaucoup d'angoisse. Cette dernière était parfois tellement présente qu'il en devenait désorienté dans le temps, oubliant même une fois la séance de psychomotricité pour un autre rendez-vous (fin novembre 2013). De plus, cela impactait sur l'investissement de son corps : il ne se coiffait plus, ne se rasait plus. Il ne prenait plus soin de lui, et l'image qu'il renvoyait n'avait aucune importance. Le psychique était tellement omniprésent et préoccupant, que le corporel en souffrait.

De plus, Monsieur D présentait des manifestations tonico-émotionnelles au niveau des orteils. Il est probable que ces réactions soient un effet secondaire à son traitement neuroleptique : ce qu'on appelle les impatiences*. Mais d'autre part, ces manifestations peuvent être le signe d'une angoisse massive qui se manifeste par un signe physique (corporel). Durant toutes les séances, ces manifestations ont fluctué. Au début, elles étaient importantes au repos, puis dans le mouvement (au niveau de mobilisations de jambes), elles disparaissaient. Il est possible que le mouvement avec l'écharpe ait eu une fonction de contenance pour Monsieur D, l'apaisant et le sécurisant, diminuant ainsi presque totalement ces réactions tonico-émotionnelles.

Vers la mi-décembre 2013, à la septième séance, nous avons remarqué de nouvelles réactions tonico-émotionnelles : des clignements des yeux très fréquents

tels des tremblements de paupières. Puis à la huitième séance, Monsieur D commençait à se plaindre de « tremblements de mâchoires » qui le gênaient. Au fil des séances, les manifestations tonico-émotionnelles se sont délocalisées, passant des orteils au visage. Ces tremblements étaient aussi présents, nous disait-il, lorsqu'il était dans son lit ce qui nous a permis d'écarter une gêne posturale. De plus, il nous précisa par la suite, qu'en réalité, ce n'est pas sa mâchoire qui tremblait mais sa langue qui claquait contre son palais.

Lorsque Monsieur D sortait d'entretien médical pour venir en séance, il se remobilisait très vite après la relaxation (ne prenait pas le temps de profiter encore un peu) et les manifestations tonico-émotionnelles étaient massives. Là encore, une recrudescence d'angoisse arrivait. En effet, Monsieur D nous a verbalisé à plusieurs reprises « ne pas pouvoir se projeter ».

Pour rappel, à son admission dans le secteur (octobre 2013), Monsieur D était envahi par des idées et des idéations suicidaires. Début janvier 2014, il présentait des envies suicidaires avec des attaques de paniques toutes les semaines. Vers la mi-janvier 2014, il avait des idées noires. Et lors d'une permission, se sentant « épuisé de sa maladie » et incapable de gérer l'angoisse, Monsieur D aurait fait, selon ses dires, une tentative de suicide médicamenteuse (1 boîte de Tercian® 25 et 1 boîte de Xanax®) avec une légère alcoolisation (3 verres de vodka/orange). Cet événement reste assez flou, il aurait appelé le service pour le dire à l'équipe soignante qui lui a demandé de rentrer plus tôt de sa permission. Le médecin lui a donc supprimé ses permissions pour les autoriser de nouveau plus tard. Puis début février 2014, Monsieur D ne présentait plus aucune idée noire. Milieu février 2014, l'angoisse est revenue.

A la dixième (16 janvier 2014) et onzième séance (22 janvier 2014), Monsieur D nous disait ne « plus avoir de pensées suicidaires », il évoquait alors un « sentiment de mort imminente », en le décrivant comme une impression qu'il n'y avait plus de futur possible, d'un instant à l'autre tout pouvait disparaître, qu'il n'y avait rien après. On remarqua alors une certaine indifférence à la situation en opposition à ses anciennes pensées qui le préoccupaient beaucoup. Par la suite, pendant les séances, il n'y avait presque plus de manifestations tonico-émotionnelles tels que les clignements des yeux, ou de claquements de langue

contre le palais. Le fait qu'il ne soit plus assailli par toutes ces pensées, lui a permis d'accéder plus en profondeur à une détente physique lors de la relaxation et d'être plus à l'écoute de son vécu corporel. D'ailleurs, durant ces séances, les verbalisations seront plus fines et plus détaillées.

Tonus

Pour rappel, Monsieur D possède un tonus de fond hypertonique. De plus, nous avons pu remarquer durant les séances individuelles ainsi qu'en atelier Danse Harmonie, que Monsieur D était une personne très raide, « monobloc ». Lorsqu'il doit tenir une posture, on voyait apparaître dans tout son corps des tremblements massifs et il ne pouvait tenir très longtemps une posture. Durant les premières séances de relaxation où nous avons pratiqué des mobilisations passives avec l'écharpe, Monsieur D restait très tendu, nous ne pouvions observer un réel lâcher-prise, parfois il se frottait les yeux par exemple. Il accompagnait toutes les mobilisations, comme une résistance au niveau du poignet et du coude. Il ne ressentait presque pas voire pas du tout les variations de mouvements que l'on induisait à l'aide de l'écharpe. Pourtant, à chaque séance, Monsieur D verbalisait s'être « détendu » et disait « ça fait du bien ».

Axialité et posture

Lorsque Monsieur D s'allongea pour la première séance, il n'était pas du tout dans l'axe du tapis. En effet, il était complètement installé en biais, le torse et les jambes n'étaient pas dans le même axe, cependant il disait se sentir droit et à l'aise ainsi. Nous lui avons proposé un repositionnement pour voir s'il sentait la différence. Il verbalisa se sentir mieux ainsi.

Dès la deuxième séance, nous avons remarqué qu'il s'installait plus droit sur le tapis. Et au fur à et mesure des séances et du travail effectué, ce n'était presque plus la peine de le repositionner. Il était presque dans l'axe du tapis, et tout son corps était à peu près dans le même alignement.

Prise de conscience du corps et sensations

Comme cela a été dit plus haut, au début de la prise en charge, Monsieur D nous répétait à chaque fin de relaxation : « s'être détendu » mais ne pouvait s'exprimer d'avantage sur ses ressentis corporels, qu'il se soit beaucoup détendu ou non. Parfois, j'avais l'impression que cette phrase signifiait plus un remerciement pour l'avoir pris en charge qu'un réel sentiment de détente.

Lors de la troisième séance (fin novembre 2013), il commença à identifier et à analyser son sentiment de détente : il nous disait que la nomination des points de contact avec le toucher l'aidait à « se détendre » et à « s'enfoncer » dans le tapis. Pendant cette séance, nous avons tenté les mobilisations passives en contact direct (sans écharpe). J'ai alors senti moins de résistance et un meilleur lâcher-prise. Cependant, Monsieur D verbalisa préférer les mobilisations avec l'écharpe, cela lui permettait « de plus facilement se détendre ». Il est possible que le contact direct fût moins confortable pour lui, ou qu'il ait peur d'être trop lourd.

A la quatrième séance, nous avons tenté, une mobilisation simultanée des deux bras avec écharpe. Il a très justement verbalisé quel bras était plus tonique (en congruence avec nos observations), il a eu une bonne conscience de son état tonique.

A la neuvième séance (9 janvier 2014), nous avons commencé à utiliser les sacs lestés⁷⁶, en les superposant pour créer des rangées. Le but premier était d'induire des sensations corporelles de lourdeur pour aider au relâchement. Nous voulions aussi, voir si Monsieur D était capable de discriminer le nombre de sacs, si la conscience de son corps était assez fine pour sentir où les sacs étaient présents et où ils étaient absents. Ce jour-là, nous avons pu observer qu'il avait des difficultés à sentir le nombre de sacs exact que nous posions ainsi que le nombre de rangées que nous réalisions. Cependant, il pouvait verbaliser, lorsque nous utilisions les mobilisations passives, des sensations de légèreté. Et lorsque nous utilisions les sacs lestés, il évoquait des sensations de lourdeur.

⁷⁶ Confer Annexe 10 : Les sacs lestés.

4.7 Examen de la conscience corporelle

Cet examen a été réalisé à la douzième séance (30 janvier 2014). En rapport avec ses objectifs thérapeutiques de prise de conscience du corps ainsi que la diminution de l'angoisse, j'ai décidé de faire passer à Monsieur D mon examen de la conscience corporelle⁷⁷. Je voulais cibler d'avantage sa problématique concernant sa prise de conscience du corps, à quel niveau il pouvait y avoir un trouble, ses évolutions et ses régressions soient-elles. Il faut préciser que ce jour-là, nous avons perçu un manque d'entrain assez massif chez Monsieur D, qu'il verbalisera lui-même au cours du bilan.

Tonus

On peut noter une hypertonie de fond dès que l'on observe Monsieur D, il semble crispé et très droit. Cette hypertonie est vérifiée lors de l'épreuve du ballant et d'extensibilité. Il verbalise lui-même être de nature plus tonique. Monsieur D arrive à se relâcher lorsqu'on lui répète plusieurs fois la consigne. Cependant, il ne perçoit pas bien le bras le plus détendu. En effet, il me dit que son bras gauche semblait le plus relaxé, ce qui allait à contrario de mes observations.

Lors de l'épreuve des bras tendus, Monsieur D n'a pas de difficulté à exécuter la consigne, il relâche bien les deux bras, puis un bras sur deux. Il arrive d'avantage à relaxer les bras sur auto-commande. Cependant, on perçoit un léger abaissement tonique du côté droit lorsqu'il relâche le bras gauche. Mais, on peut mettre cette observation en lien avec le fait qu'il a plus de facilité à relâcher le bras droit dans tous les items qu'on lui propose. Lorsqu'il s'auto-évalue, il a toujours tendance à se situer au milieu, il se note à 3/5. Parfois, il est juste dans son auto-évaluation, mais souvent il ne l'est pas, même si on peut remarquer physiquement sa détente. Est-ce parce qu'il ne s'en souvient pas, psychiquement, corporellement ? Ou qu'il ne sait pas se juger ? Ou qu'il a peur que l'on juge sa réponse ?

⁷⁷ Confer Annexe 7 : Bilan de la conscience corporelle.

Réactions tonico-émotionnelles

Lorsque que je suis venue pour stimuler Monsieur D debout, lors de l'item des localisations des stimuli tactiles, il a sursauté. Il a réagi à mon toucher alors que je venais de lui expliquer la consigne et ce que j'allais faire. Mais, dans d'autres contextes, nous ne relevons pas de réaction tonico-émotionnelle particulière. Il est possible qu'il ne s'attende pas à ce que je lui touche le bras de suite.

Investissement du corps

Monsieur D fait une énumération sommaire et un peu anarchique des points de contact allongé au sol (omoplates, lombaires, mains, coudes, mollets, pieds). De plus, lors de la localisation des stimuli tactiles⁷⁸, il a beaucoup de difficultés à se remémorer les endroits où je suis venue le stimuler. Il hésite, et se trompe sur la dernière localisation des stimulations allongé. Lorsqu'il est debout, il met en place une stratégie pour essayer de se rappeler : il ferme les yeux et se « rejoue » la scène dans sa tête. Il se corrige une fois et n'arrive pas à retrouver le dernier point de stimulation. Il verbalise qu'il ne s'en souvient pas, que ce n'est pas facile, et que cet item est plus difficile pour lui debout. En effet, les forces mécaniques (la pesanteur, le tonus postural, l'équilibre...) sont plus importantes debout, donc entraînant plus de stimulations parasites dans sa prise de conscience du corps et dans sa mémoire corporelle. Par ailleurs, il trouve la sensation des stimuli agréable.

Lors des questions autour du corps, Monsieur D verbalise que « le corps ça va ». Il est sans avis à propos d'une partie du corps plus ou moins aimée, et il utilise le miroir simplement pour se raser le matin. Lorsqu'on lui demande s'il y a des endroits douloureux, il parle d'une « pression de la dépression » au niveau de la tête. Monsieur D conçoit encore son corps comme un objet fonctionnel où aucune affectivité n'y est rattachée. Il évoque toujours un problème dans sa tête qui ne peut pas atteindre son corps.

⁷⁸ Confer Annexe 8 : Silhouette Monsieur D de l'examen de la conscience corporelle.

Manifestations anxieuses

Monsieur D verbalise de « l'anxiété dans son ventre » due à la maladie. Pour la première fois, il parle spontanément d'une sensation qui s'exprime à travers son corps. Il dit que cette anxiété ne se manifeste pas en ce moment, il se sent plutôt « abattu », qu'il y avait « du mieux mais là ça redescend ». Quand on le questionne pour savoir si ce manque d'élan est plutôt psychique ou corporel, il répond que c'est « psychique et que [son] corps est au repos ». Par ailleurs, il exprime que ses ruminations sont comme un « rituel ». Tous les soirs, il doit penser. De plus, il évalue que sa dépression le limite fortement dans ses capacités à percevoir ses sensations corporelles.

Posture

Monsieur D est hésitant à l'épreuve des postures. D'ailleurs, il s'est trompé lorsqu'il a repositionné ses jambes les yeux ouverts. De plus, sa gestuelle est peu précise. Il exprime que c'est plus facile les yeux fermés car c'est « plus neuf ». Et là encore, il s'auto-évalue au milieu : 3/5, sa moyenne ne tend pas vers la facilité ou la difficulté.

Conclusion

On peut donc conclure que Monsieur D arrive à écouter et verbaliser certaines sensations qu'il ressent dans son corps, depuis le début de sa prise en charge, celles qui sont récurrentes. Il arrive très justement à exprimer les méfaits de sa maladie sur sa prise de conscience de son corps : il sait que sa dépression le rend moins disponible à ressentir les sensations. Il perçoit difficilement les sensations corporelles et ne peut s'en souvenir. Il est sans doute possible que cette difficulté à identifier les sensations vienne d'un déficit de la mémoire corporelle auquel s'ajoute un trouble des fonctions exécutives du à sa symptomatologie.

J'ai eu la possibilité de remanier les séances en fonction de ce déficit de prise de conscience du corps. J'ai mis en place un premier temps dans la séance pour travailler sur la mémorisation des sensations, puis un deuxième de relaxation, pour continuer l'objectif de diminution de l'angoisse mais aussi pour travailler encore sur la prise de conscience du corps.

4.8 Progression de la prise en charge

Pour faire travailler la mémoire corporelle de Monsieur D, j'ai décidé de mettre en place plusieurs séances, sur les postures en premier, puis un moment de relaxation :

- Exercices de postures : plusieurs exercices où la mémoire corporelle, visuelle et à court terme sont mises en jeu. Le but était que Monsieur D prenne conscience de son corps, et qu'il exerce sa mémoire corporelle pour intégrer et se souvenir des stimuli qu'on lui propose par la suite au moment de la relaxation.
- Travail allongé avec les sacs lestés : accéder à une détente corporelle et psychique, se souvenir et discriminer toutes les sensations proposées. Trouver des stratégies pour pouvoir diminuer une angoisse quand elle augmente.

Ce type de séance n'a été mis en place que trois semaines. En effet, Monsieur D a finalement accepté son projet de soins : aller en clinique pour faire un séjour de rupture. Cependant, même si la période fût courte, j'ai pu observer une progression rapide chez Monsieur D qui était proportionnelle à sa symptomatologie anxieuse.

Prise de conscience du corps et mémoire corporelle

A la treizième séance - avec la nouvelle forme- (06 février 2014), Monsieur D avait de grosses difficultés à se remémorer les postures que je venais de lui induire par le toucher. Dès que j'avais fini de lui indiquer une posture, il ne prenait pas le temps de l'intégrer corporellement et psychologiquement : il présentait une grande impulsivité psychique. De plus, lorsque c'est lui qui m'induisait les postures, il doutait beaucoup sur la posture qu'il venait de me faire prendre. Il oubliait à chaque fois de m'indiquer quelle posture adopter pour mes mains. Cet exercice montrait bien ses troubles mnésiques et ses troubles des fonctions exécutives.

A la quatorzième séance, Monsieur D se plaignait de ses troubles mnésiques qui s'aggravaient : « je peux seulement marcher, parler, conduire et écouter de la musique ». Il ne se souvenait pas vraiment que nous utilisions les mêmes postures

qu'à la séance précédente. Il mettait en place des stratégies pour essayer de se souvenir : il fermait les yeux, et essayait de reprendre la même posture. Il faisait travailler sa mémoire corporelle. Il verbalisa en fin de séance que ces exercices lui avaient demandé beaucoup d'attention.

A la dernière séance, Monsieur D savait qu'il partait en clinique, il avait d'ailleurs tout organisé pour son entrée à la clinique et son angoisse avait diminué. Il avait accepté son projet et il était prêt. Je le voyais plus ouvert, plus disponible et plus expressif. Ce jour-là, il était plus attentif et moins anticipatif sur les consignes. Il prenait le temps d'analyser et faisait attention aux détails (postures des mains, etc.). Lorsqu'on lui demandait pour se rappeler, de ne pas utiliser son corps et de simplement mentaliser la posture, il faisait moins d'erreurs qu'aux séances précédentes. Sa symptomatologie s'étant atténuée, Monsieur D était plus disponible pour écouter ses sensations corporelles.

Cependant, à chaque fois pendant le temps de relaxation, Monsieur D se trompait dans le nombre de sacs et dans le nombre de rangées que nous lui avions posé sur les bras⁷⁹. Il nous disait toujours sentir 6 sacs sur la première rangée, et 3 sur la deuxième - cette structure de rangée était celle que nous faisons habituellement en séance avant le bilan de la conscience corporelle -, même lorsque j'ajoutais une troisième rangée, il ne l'a sentait pas. Après s'être posé la question d'une saturation de stimulation, j'ai décidé de mettre moins de sacs, mais là encore, il nous verbalisait à la fin toujours 6 et 3 sacs. On peut alors se demander s'il n'y a pas une notion d'habituation et peut être, que l'état de semi-conscience dans lequel il se retrouvait, le mettait en difficulté pour discriminer le nombre de sacs. Il nous verbalisait tout de même qu'il percevait les sacs et que cela lui procurait une sensation de lourdeur dans les bras.

Manifestations tonico-émotionnelles

Durant ces trois séances, les manifestations au niveau des orteils et les claquements de langue n'étaient que rarement présents. En effet, l'angoisse de Monsieur D avait beaucoup diminué durant ces trois semaines. Par ailleurs, à chaque fin de séance, lorsqu'il se relevait du tapis, il devenait alors tout rouge.

⁷⁹ Confer Annexe 10 : Les sacs lestés.

Monsieur D n'a jamais eu de réaction de prestance de ce genre. Il est possible qu'au fur et à mesure de cette prise en charge, il ait réellement pu accéder à une détente, alors se relever après ce temps, lui demandait beaucoup d'efforts. Il verbalisait toujours à chaque fin de séance que « ça l'a détendu et relâché ».

4.9 Conclusion

Fin février 2014, Monsieur D partit en clinique, et il n'est toujours pas revenu dans le secteur à l'heure actuelle. Après cette prise en charge, je peux dire que Monsieur D a des difficultés à sentir les sensations. Sa maladie était au premier plan, il avait tellement de pensées parasites que celles-ci l'empêchaient d'être à l'écoute de son corps. Même dans des conditions favorables à la prise de conscience du corps (allongé pour éviter toute notion de pesanteur ou de tonus de posture ou d'action, d'équilibre), il était en difficulté. Lorsqu'il arrivait à évoquer une sensation - qui devenait alors perception -, il arrivait très justement à décrire ce qui se passait dans son corps. Plusieurs hypothèses sont possibles :

- Son hypertonie étant présente depuis son plus jeune âge, a peut-être créé une carapace tonique, inhibant les stimulations corporelles par blocage des capteurs sensoriels.
- Son trouble de l'attention et de la concentration l'empêchait d'être à l'écoute de ses sensations corporelles.
- Ses pensées étaient tellement présentes qu'il ne pouvait s'en détacher pour arriver à penser à autre chose et être attentif à son corps.
- Son corps est vécu comme un objet fonctionnel depuis très longtemps, un blocage inconscient s'est peut-être créé, l'empêchant d'y être attentif.
- Sa mémoire corporelle a tellement été mise au repos, qu'il n'arrive pas à s'en servir.

Il est possible que toutes ses hypothèses se recoupent. Nous savons que même s'il est maniaco-dépressif, son individualité, sa maladie, son environnement et son histoire ont façonné sa prise de conscience du corps. Il n'est donc pas impossible que la cause de ce dysfonctionnement dans sa prise de conscience soit un mélange

de toutes mes hypothèses, soit encore un autre problème que je n'ai pas pu soulever durant cette prise en charge.

5 CAS CLINIQUE : MONSIEUR C

5.1 Anamnèse

Monsieur C, âgé de 55 ans, est hospitalisé dans le secteur depuis le 30 août 2011. Il a été transféré en SPDRE suite à de graves troubles du comportement sur la voie publique avec tentative d'homicide itérative avec un couteau. Il a grièvement blessé une personne et en a menacé plusieurs autres.

Monsieur C est le deuxième d'une fratrie de trois. Son père, selon ses dires, est décédé en 1983 d'un cancer. Avant son passage à l'acte, il domiciliait chez sa mère, âgée de 89 ans. Il est célibataire, sans enfant et n'a pas de revenu. Monsieur C détient le baccalauréat en lettres. Il reste confus quant à l'évocation de ses diverses activités professionnelles. Il parle d'une reprise d'étude pour passer une licence en Histoire de l'art, puis d'un stage d'expertise comptable. Il explique ensuite avoir travaillé dans différents lieux à un poste administratif. Actuellement, il est sans emploi.

Monsieur C souffre d'une schizophrénie paranoïde hallucinatoire. A l'âge de 19 ans, il a fait un premier passage à l'acte. A 23 ans, le diagnostic a été posé. Il manifeste des idées délirantes non-systématisées à mécanismes multiples : intuitif, imaginatif, hallucinatoire et interprétatif. Les thèmes sont aussi nombreux : persécution, filiation royale, meurtre, sexuel, grandeur, etc. Il exprime une conviction pathologique à ses idées ainsi qu'à son passage à l'acte.

Dans le service, Monsieur C est courtois et calme. Il est solitaire et a peu d'interactions avec les autres patients. Il suit un programme de soins comprenant des sorties chez sa mère du samedi au mercredi accompagné de son frère et l'activité thérapeutique équitérapie depuis un an.

5.2 La schizophrénie paranoïde

La maladie

En 1911, Eugen BLEULER introduit le terme de « schizophrénie ». Ce dernier prend son origine du grec *schizein* qui signifie diviser, fendre et du mot *phren* : cerveau, pensée⁸⁰. E. BLEULER met l'accent sur les troubles de l'association des idées, de l'affectivité, la dimension de perte de contact avec le réel et le refuge dans la vie imaginaire.

La schizophrénie appartient aux troubles psychotiques chroniques ayant comme critère commun : la dissociation*. Le trouble psychotique peut se définir ainsi : « altération marquée par l'appréhension de soi (conscience de soi, sentiment d'identité) et du rapport au réel, non reconnue par le sujet comme pathologique. [...] Le terme psychotique est référé à des idées délirantes, un discours désorganisé et un comportement incohérent ou catatonique »⁸¹.

L'étymologie du mot délire vient du latin *lira* : « sillon », « délirer », signifie alors « sortir du sillon »⁸². Un délire comporte un ou plusieurs thèmes, avec un ou plusieurs mécanismes. Il s'organise de manière différente selon le type de psychose, soit en délire systématisé : le délire apparaît comme clair, avec une cohérence, il y a un caractère plausible, soit en délire non systématisé : il n'y a pas d'enchaînement logique, le discours est incohérent. Les thèmes varient entre la persécution, la mégalomanie, la revendication, la filiation, la paranoïa, etc. Les mécanismes se regroupent sous 4 types :

- L'interprétation délirante : attribution d'une signification erronée à un fait réel avec une conviction souvent pathologique.
- L'intuition délirante : admettre comme réelles des idées et/ou des fantasmes.
- L'imagination délirante : confondre fantasmes et réalité (scénarios imaginaires, comme par exemple être le fils de la famille royale).

⁸⁰ J. ADES, A. FELINE, P. HARDY, T. LEMPERIERE, F. ROUILLON (1977), pp. 330-331.

⁸¹ F. FERRERI, C. AGBOKOU (2006), p. 317.

⁸² *Ibid.*, p. 317.

- Les hallucinations : auditives, visuelles, psychiques, cénesthésiques, tactiles, etc.⁸³

La schizophrénie se caractérise par :

- Des symptômes positifs qui sont toutes les manifestations productives : hallucinations, idées délirantes, troubles de la pensée, comportement désorganisé (maniérisme*, hostilité, méfiance...), etc. Généralement, ces symptômes répondent bien aux traitements psychotropes.
- Des symptômes négatifs qui sont un déficit des fonctions cognitives, sociales et affectives : émoussement affectif, apathie*, anhédonie*, anxiété, ralentissement moteur, retrait social et affectif, etc.

Lorsque la maladie est installée, la sémiologie schizophrénique repose sur un trépied :

- Un syndrome dissociatif : « rupture de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs qui permettent le fonctionnement mental »⁸⁴. Ce syndrome va se répercuter sur la vie psychique engendrant :
 - Des troubles du cours de la pensée (incohérence du discours, troubles du langage, latence des réponses, altération de la prosodie, altération du système logique, persévération, etc.), et des troubles des fonctions élémentaires : distractibilité majeure aux stimuli internes et externes.
 - Bouleversement de la vie affective : perturbation de la vie sociale, retrait social, contact froid, perte de l'élan vital, etc.
 - Un comportement spécifique appelé aussi discordance schizophrénique incluant l'ambivalence (association d'états psychiques opposés (par exemple : rires/colères)), la bizarrerie (maniérisme), l'impénétrabilité du discours avec un détachement du réel.

⁸³ P. ANDRE (2006), pp. 77-78.

⁸⁴ J.-F. ALLILAIRE, I. GASMAN (2009), p. 305.

- Une dépersonnalisation : perte du sentiment d'individualité touchant l'intégrité somatique et corporelle, l'identité, la conscience du Moi psychique, avec une impression d'étrangeté du monde extérieur, des personnes et des choses : déréalisation.⁸⁵
- Un délire paranoïde : délire chronique mêlant parfois des décompensations aiguës, avec des thèmes et des mécanismes multiples. Y sont associés beaucoup d'hallucinations auditives et psychiques*, parfois même allant jusqu'à l'automatisme mental*.
- Un repli autistique : détachement de la réalité, repli de l'individu sur un monde intérieur (hermétique et peu communiquant) sur un mode délirant.⁸⁶

Il existe aussi des dysfonctionnements cognitifs dans la schizophrénie, au niveau de la mémoire verbale, de l'attention, des fonctions exécutives, des fonctions motrices, et de la fluence verbale.

Pour résumer, laissons Henry EY nous donner sa définition de la schizophrénie : « un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments ; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité ».⁸⁷

L'étiologie de cette maladie reste encore incertaine, mais plusieurs hypothèses ont été avancées telles que des facteurs génétiques, ou un facteur viral interférant dans le développement du système nerveux central. Il a également été prouvé que le cerveau des schizophrènes comporte des anomalies anatomiques, même si une variabilité interindividuelle et une hétérogénéité sont présentes. Il y a, par exemple, une altération de la maturation du cortex associatif et des voies cortico- limbiques, et/ou une augmentation du volume des ventricules cérébraux, entre autres⁸⁸. Certaines hypothèses se sont penchées sur des troubles métaboliques impliquant un excès de dopamine.

⁸⁵ J. ADES, A. FELINE, P. HARDY, T. LEMPERIERE, F. ROUILLON (1977), p. 347.

⁸⁶ *Ibid.*, pp. 305-307.

⁸⁷ P. BERNARD, CH. BRISSET, H. EY (1960).

⁸⁸ J.-F. ALLILAIRE, I. GASMAN (2009), p. 308.

Généralement, le début des troubles commencent à la fin de la maturation neurologique, c'est-à-dire entre 15 et 25 ans. Il existe des formes plus précoces, avant 10 ans, ou plus tardives, après 50 ans. La schizophrénie peut débuter sous une forme brutale avec :

- une bouffée délirante aiguë (BDA) : apparition soudaine d'un épisode délirant dont les thèmes et les mécanismes sont multiples.
- Des états thymiques atypiques (dépressif ou exaltation) se présentant comme des troubles de l'humeur ayant des éléments dissociatifs et avec des idées délirantes non congruentes à l'humeur.
- Des troubles des conduites surtout chez l'adolescent : passage à l'acte inaugural très violent et incompréhensible (auto ou hétéro-agressif).

Mais des formes plus insidieuses sont possibles. En effet, elle peut aussi apparaître avec des troubles traduisant une rupture progressive de la vie du sujet en rapport avec sa personnalité et ses activités antérieures, avec des retentissements significatifs au niveau intellectuel (baisse du rendement scolaire), affectif (isolement, froideur), du comportement (perte d'intérêt des loisirs habituels, négligence), des manifestations névrotiques initiales (préoccupations obsessionnelles), et avec une apparition progressive d'idées délirantes et d'hallucinations.

Monsieur C est atteint de schizophrénie paranoïde, c'est-à-dire que les symptômes productifs prédominent sur les symptômes dissociatifs. Ses délires ne sont pas systématisés, et se traduisent surtout par des hallucinations. Il a décompensé la première fois vers 19 ans. Il devait y avoir une prédisposition. En effet, il existe des types de personnalités qui peuvent conduire à une schizophrénie, entre autres :

- La personnalité *schizoïde* caractérisée par l'isolement social et affectif, avec une pauvreté des affects.

- La personnalité *schizotypique* caractérisée par un retrait social et affectif, une pauvreté des affects et une bizarrerie de comportement ou de langage⁸⁹.

L'environnement familial où vit Monsieur C, presque reclus avec sa mère et sa sœur, a favorisé surement sa décompensation*. En effet, il y aurait des hypothèses sur des facteurs psychosociaux ou environnementaux, où un dysfonctionnement familial pourrait engendrer une décompensation d'un sujet déjà fragile, avec une personnalité de prédisposition.

Pour David Cooper, « les symptômes schizophréniques exprimeraient la réaction d'un sujet jeune à toute une suite d'oppressions et de répressions perpétrées par la société et médiatisées par la famille »⁹⁰. Un dysfonctionnement familial favorise les risques de rechute. Ce qui fut le cas pour Monsieur C, il décompensa à nouveau en 2011 (53 ans), il vivait toujours chez sa mère.

Les traitements

Le traitement de Monsieur C contient des antipsychotiques de 1^{ère} génération, des neuroleptiques sédatifs et des neuroleptiques atypiques. Avec la prise de médicaments, il a pu observer lui-même des effets indésirables comme sa prise de poids, une constipation fréquente et parfois une somnolence. D'autres de ses symptômes comme la confusion mentale, la rigidité, l'amimie corporelle peuvent-ils être simplement dus à sa maladie psychiatrique ou peut-on également parler d'effets secondaires ?

La prescription médicamenteuse de Monsieur C contient aussi des correcteurs pour pallier aux effets secondaires des neuroleptiques.

Monsieur C prend des hypnotiques pour contrer ses troubles du sommeil. Mais on remarque qu'ils ne suffisent pas, lorsqu'il revient à l'hôpital après sa permission longue (du samedi au mercredi), son anxiété et son hyper-vigilance sont majorées. Et en général, il a une très mauvaise qualité de sommeil la première nuit passée à l'hôpital.

⁸⁹ J. ADES, A. FELINE, P. HARDY, T. LEMPERIERE, F. ROUILLON (1977), p. 339.

⁹⁰ J. ADES, A. FELINE, P. HARDY, T. LEMPERIERE, F. ROUILLON (1977), p. 340.

Monsieur C est actuellement sous thymorégulateur, pour réguler son humeur et ainsi éviter l'agitation.

Monsieur C possède un traitement pour sa maladie assez lourd (neuroleptiques et neuroleptique sédatif, thymorégulateur, hypnotique et correcteur), entraînant fréquemment des somnolences. Nous avons dû changer plusieurs fois les horaires des séances individuelles en conséquence de ses difficultés de sommeil et de ses somnolences pendant la journée. Une question se pose alors sur son âge (55 ans) et sur son accommodation au traitement médicamenteux.

5.3 Bilan psychomoteur

Nous avons proposé un bilan à Monsieur C, à la mi-septembre, car la psychomotricienne avait remarqué son hypervigilance lorsqu'elle allait frapper à sa porte. Il se composait des mêmes tests que le bilan de Monsieur D.

Fonctions supérieures

Monsieur C ne présente pas d'altération de ses capacités intellectuelles. Il est très cultivé, et passionné par l'Histoire tout en continuant à s'intéresser à l'actualité. Mais il a des difficultés pour rester attentif durant le bilan et de façon générale. Son regard se fige et il semble absent. Les consignes doivent lui être répétées plusieurs fois.

Organisation temporo-spatiale

Il a une bonne connaissance des notions spatiales de base et de latéralité, et la réversibilité est préservée. Son attention parfois diffuse peut le désorienter dans les trajets du quotidien (à l'extérieur, et même au sein du service). On retrouve ces difficultés dans la passation du test du Piaget-Head qu'il réussit en parti.

D'autre part, avec le test de la Figure de Rey⁹¹, on observe de grandes difficultés de structuration spatiale. Il ne prend pas le temps d'analyser la figure et se lance avec précipitation dans la réalisation de la copie qu'il n'arrive pas à

⁹¹ Confer Annexe 5 : Figure de Rey de Monsieur C.

organiser. Ainsi, ce manque de structuration spatiale associé à ses troubles attentionnels ainsi qu'à une vie psychique très productive empêche Monsieur C d'encoder les informations dans de bonnes conditions.

Par ailleurs, au niveau de sa temporalité, il n'a pas de difficulté d'orientation ni de structuration. Il réussit quelques items du test du Stambak au second essai, ce que l'on peut mettre en lien avec ses difficultés attentionnelles.

Motricité générale

Monsieur C a un bon équilibre statique et dynamique. Par contre, il est souvent impulsif et il est déséquilibré lors de mouvements brusques. Il a des difficultés de coordination motrice. En effet, à l'épreuve du pantin du Charlop-Atwell, il lui est très difficile d'associer les deux mouvements en même temps. Par ailleurs, ses coordinations oculo-manuelles sont bonnes.

Tonus et manifestations anxieuses

Monsieur C présente une hypertonie de fond majorée par une hyper-vigilance quasi-permanente. Il arrive à se relâcher mais il ne peut exprimer, ressentir son état tonique. Il verbalise des moments d'angoisse avec un oppressement, qu'il associe à son hospitalisation. Il n'y a pas de moment précis où cela se produit, il dit que ces pics d'angoisse varient sur une fréquence hebdomadaire depuis deux ans. Et cet état est assez récurrent. Il se dit gêné « plus ou moins » dans la vie quotidienne. Il n'arrive pas à décrire les manifestations physiques ou psychiques de cette angoisse ou de ce sentiment d'oppression. Après quelques questions, il arrive à illustrer ces manifestations. Elles s'expriment sur un plan corporel avec une sensation d'étouffement, des palpitations, des tensions musculaires. Mais elles sont aussi présentes sur un plan psychique : inquiétude, fatigabilité, perturbations du sommeil, difficultés de concentration, etc. De plus, il n'a pas de stratégie pour pallier à ses angoisses. Il se couche, essaye de dormir ou reste allongé sur son lit en attendant que cela se passe.

Par ailleurs, à l'épreuve des bras tendus, aussi bien en commande qu'en auto-commande, il ne réussit pas à relâcher ses bras. Le ballant n'est pas présent,

il contrôle le mouvement. Il n'a pas de réaction tonico-émotionnelle aux claquements de mains. Il peut fermer les yeux et accepte le contact physique.

Investissement du corps

Monsieur C a une bonne connaissance de son schéma corporel. Il dénomme très rapidement les points d'appuis allongé au sol. Il reste très sommaire mais organisé. Il ne cite pas le dos et revient sur certaines parties du corps. Il semble avoir une conscience assez faible de l'ensemble de son corps. Les sensations corporelles et kinesthésiques sont peu voire pas discriminées.

Au fur et à mesure de son hospitalisation, Monsieur C s'apprête de moins en moins. Il ne se rase plus et ne se coiffe plus tous les jours. De manière globale, il investit peu son corps, on le sent encombré. Depuis le début de son hospitalisation, il dit avoir pris du poids, et se sentir gêné dans ses habits. De plus, il s'estime beaucoup au travers du regard de l'autre. Surtout celui de sa mère, qui lui a fait remarquer sa prise de poids, et son ventre qui a grossi. Il en est même venu à des restrictions alimentaires pour tenter de contrôler son poids. A la représentation de soi⁹², le dessin est assez complet et détaillé. En revanche, les extrémités (mains, pieds) sont très schématiques. Le visage est bien structuré (yeux, pupilles, cils, sourcils, nez, bouche, oreilles, cheveux), mais le regard semble maussade. Il dessine une veste avec un col et des boutons et une ceinture. Par contre le pantalon est moins précis. Les proportions sont globalement respectées mais le dessin est petit. La production de Monsieur C n'évoque pas réellement son apparence actuelle. D'ailleurs, il verbalise « c'est plus ou moins ça ».

Communication

Concernant sa communication non-verbale, les expressions de Monsieur C sont pauvres. Il s'exprime d'une voix monocorde et assez faible. De plus, les émotions sont difficiles à percevoir sur son visage. Le contact visuel est souvent interrompu, fixant dans le vide ou parfois perdu dans notre regard. Par contre, son discours est organisé et son vocabulaire est soutenu. Il engage peu voire pas la conversation spontanément, et elle ne dure généralement pas très longtemps. Il

⁹² Confer Annexe 6 : Représentation de soi de Monsieur C.

s'exprime lentement avec beaucoup de temps et d'arrêts dans une même phrase. On ne ressent pas une grande conviction dans ses propos. De plus, il reste très discret sur ses envies ou ses besoins. Il reste à l'écart des autres patients, il est souvent seul.

5.4 Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique de Monsieur C se base sur plusieurs objectifs :

- Diminuer son hyper-vigilance et son déficit attentionnel
- Développer sa conscience corporelle
- Travailler sur la relation à l'autre dans un espace sécurisant.

Une prise en charge individuelle, une fois par semaine pendant 45 minutes, pourrait permettre de l'aider à maintenir son attention dans « l'ici et le maintenant ». Une médiation comme une relaxation adaptée, en passant par la proprioception, lui permettrait de ressentir et d'appréhender mieux son corps. Un travail sur les différents flux sensoriels (visuel, tactile, auditif, gustatif, olfactif) va l'inciter à se concentrer sur les perceptions liées au corps.

La prise en charge en groupe d'équithérapie à raison d'une fois par semaine, permet à Monsieur C de développer sa sphère relationnelle et aussi d'étayer les autres objectifs thérapeutiques. De plus, c'est un atelier qu'il investit particulièrement.

5.5 La problématique corporelle chez le patient psychotique

« Il existe une véritable destruction des liens entre le corps et l'esprit et ce d'autant plus facilement que chacun des deux versants de la personnalité se trouve chosifié »⁹³. Le patient psychotique n'a pas ou presque pas créé de lien entre les sensations corporelles et la psyché.

En effet, le corps est exploité seulement comme un élément fonctionnel. Le corps n'est plus utilisé comme repère, il est vécu comme une menace de

⁹³ P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI (2004), Corps et psychiatrie, p. 129.

destruction. Le délire serait alors une « tentative de « restructuration » de l'unité corporelle menacée par l'impression d'éclatement de la conscience de soi »⁹⁴.

Cette menace de l'intégrité corporelle, va se signifier à travers une atteinte du « Moi-peau »⁹⁵ : l'enveloppe corporelle est perçue comme trouée, percée générant ainsi de fortes angoisses. Les passages à l'acte révèlent une tentative de régulation de cette angoisse. Le corps est désuni, chaque partie du corps est perçue comme indépendante des autres, le schéma corporel est alors profondément perturbé. Le corps ne contribuant pas à donner sens à la réalité, le patient schizophrène va alors demander aux autres de lui donner des codes de compréhension et d'insertion sociale (pour s'intégrer à la réalité). De ce fait, on remarque par exemple que Monsieur C a bien appris et compris tous les codes sociaux, il se tient droit, sert la main. Il est toujours d'accord avec tout ce que l'on peut lui dire. Il délègue ses décisions à prendre aux autres. Cependant, Monsieur C projette un sentiment d'étrangeté, et quelque chose de faux : il utilise les codes sociaux au bon moment, mais ils sont dépourvus de toute affectivité.

L'esprit aussi est dépersonnalisé : le langage est compris seulement comme quelque chose de concret, il y a un manque de symbolisation flagrante. Par exemple, une infirmière a questionné Monsieur C sur sa permission : « comment se sont passés ces derniers jours de permission ? », il a alors interprété que c'était ses derniers jours de permission et qu'il n'en aurait plus d'autres.

D'autre part, Monsieur C est hypertonique. Mais il est en capacité de se relâcher lorsqu'on le lui demande. Je n'ai pas noté de réelle segmentarisation du corps, mais je peux cependant dire qu'il y a un désinvestissement. Il conçoit son corps comme un objet qui lui sert pour les besoins élémentaires. Le seul moment où il en parle c'est lorsqu'il évoque sa prise de poids abdominale.

Par ailleurs, V. DEFIOLLES-PELTIER précise qu'il y a une perturbation dans l'organisation temporo-spatiale chez les patients schizophrènes : une déformation de la perception de l'espace environnant, et des troubles de la perception du temps⁹⁶. Il est vrai que dès que l'on se rapproche de Monsieur C à une distance

⁹⁴ *Ibid.*, p. 127.

⁹⁵ D. ANZIEU (1985).

⁹⁶ V. DEFIOLLES-PELTIER (2000), p. 69.

proche mais pas intime, une grande sensation de malaise se fait sentir, il se raidit, nous regarde avec stupeur, comme si nous l'intrusions dans son corps.

5.6 Evolution de la prise en charge

Les premières séances ont commencé par se dérouler le mercredi matin. Au début, j'étais présente en tant qu'observatrice. Nous étions disposés tous les trois, de telle manière à former un triangle. Mais durant les premières séances, Monsieur C ne prêtait pas attention à moi. Il ne me saluait pas sauf si je m'avançais vers lui pour lui tendre la main. C'est seulement, lorsque j'ai commencé à être plus active dans les séances, à lui proposer l'échauffement du début, qu'il a commencé à me regarder, à m'investir puis à me parler en me regardant.

Tout au long de sa prise en charge, nous avons adapté la forme des séances, en fonction de ses ressentis et de ses objectifs thérapeutiques :

- Echauffement : mise en mouvement douce, chaque partie du corps est échauffée, permettant une première prise de conscience de chaque segment corporel puis d'une globalité.
- Exercices autour des 5 sens (deux séances sur 1 sens) : utiliser les différents types de canaux sensoriels, développer son sens perceptif et l'amener à être plus à l'écoute de toutes les sensations qui l'entourent pour ensuite l'amener à être à l'écoute de son corps.
- Temps assis sur une chaise (puis allongé sur un tapis à partir de la troisième séance) avec :
 - Concentration sur la respiration
 - Nomination des points de contacts
 - (à partir de la quatrième séance, le 6 novembre 2013) va-et-vient sonores
 - Mobilisations passives ou utilisation des sacs lestés⁹⁷.

Pour ce temps, à la différence de la technique utilisée avec Monsieur D, nous étions avec Monsieur C dans une demande de verbalisation : on lui demandait de

⁹⁷ Confer supra : Evolution de la prise en charge de Monsieur D.

citer les points d'appuis, les différents bruits qu'il entendait. Il devait accompagner verbalement toute la mise en disponibilité qu'on lui proposait, pour le maintenir conscient durant toute la séance. Au début, la psychomotricienne et moi-même pensions qu'allonger Monsieur C favoriserait son manque d'attention, et qu'il ne serait plus réceptif aux propositions. Nous pensions qu'il ne pourrait pas être dans une position favorable à la présence dans « l'ici et le maintenant ». Tout au long de la prise en charge, il m'a été possible de tirer des observations quant aux comportements de Monsieur C en lien avec ses objectifs thérapeutiques :

Angoisse et manifestations anxieuses

A la première séance (début octobre), Monsieur C appréhendait ce qui allait se passer mais après explication, il fut volontaire. Et il s'est senti plus à l'aise au fur et à mesure. Tout au long de la prise en charge, j'ai remarqué qu'à chaque fois que nous lui présentions quelque chose de nouveau, il commençait à être anxieux, mais une fois l'exercice commencé, cela allait mieux. Il a appris à nous connaître et il a pu nous faire confiance.

Par ailleurs, durant les premières séances Monsieur C manifestait beaucoup de réactions tonico-émotionnelles sûrement dues à l'anxiété. Par exemple, il se rasseyait plusieurs fois sur sa chaise, on observait aussi beaucoup d'auto-contacts. Il avait de nombreux temps d'absence où il mettait du temps à répondre aux sollicitations, ou encore, on devait lui répéter plusieurs fois la question. Ces réponses étaient hésitantes et lentes. Du fait de son comportement, je pouvais dire que son attention ne nous était pas entièrement consacrée. Je pense, que cela était dû à sa production délirante très forte et qu'il n'arrivait pas encore à nous faire confiance. Puis, au fil des séances, il s'est senti plus à l'aise, parfois même pendant le temps d'échauffement, il se permettait de bâiller. Cela lui a permis aussi de verbaliser plus facilement, et plus spontanément ses ressentis.

Il faut préciser que Monsieur C a un niveau de vigilance très élevé. En effet, à chaque fois que nous venons frapper à sa porte et qu'il est couché, il se lève brusquement, et vient nous ouvrir essoufflé et parfois même étourdi par le changement de position très rapide. Il nous a évoqué plus tard la cause de son angoisse.

A la sixième séance (27 novembre 2013), lors du temps allongé, Monsieur C avait un niveau de vigilance accru, à plusieurs reprises il a failli se relever. Grâce à l'utilisation des sacs lestés, il a pu maintenir son attention dessus, ce qui a alors permis une détente et un relâchement.

Parfois, comme à la huitième séance (12 décembre 2013), Monsieur C se relâchait tellement en notre présence, qu'il s'endormait. Et dès, qu'il comprenait qu'il s'était endormi devant nous pendant la séance, il se relevait très vite (allant même jusqu'à se mettre debout directement). Il verbalisait alors un sentiment d'oppression qui peut être lié soit à son changement de position brusque, soit au malaise de s'être endormi devant nous.

Par ailleurs, Monsieur C a beaucoup de troubles de sommeil quand il revient de ses permissions (elles sont du samedi au mercredi). Le mercredi soir, il ne dort pas bien voire presque pas, ce qui a posé problème pendant les séances, car il avait beaucoup de difficultés à rester éveillé pendant le temps de relaxation mais aussi pendant les temps au bureau, où nous lui proposons des exercices sur les sens. Il est très probable que son hypervigilance, ses troubles du sommeil et ses difficultés à faire confiance soient liées.

A la dixième séance (3 janvier 2014), Monsieur C semble plus détendu, il raconte plus spontanément ses permissions. Après le travail allongé, il se dit un peu plus attentif à son corps sans forcément que l'on sente un abaissement de son état de vigilance.

Tonus

Monsieur C présente un fond hypertonique, il est plutôt raide, et se tient toujours bien droit sur une chaise (en lien, je pense, avec son éducation). J'ai pu remarquer durant les nombreux échauffements, qu'il avait peu d'extensibilité au niveau des jambes, et encore moins au niveau des chevilles. L'amplitude des mouvements est faible et il y a peu d'investissement de l'espace arrière : lorsqu'il effectuait les mouvements, nous pouvions remarquer qu'il ne faisait pas le geste jusqu'au bout, jusqu'en derrière. Monsieur C perçoit son corps comme un objet fonctionnel, alors le mobiliser dans toute son amplitude paraît être une chose difficile pour lui.

Après chaque temps de relaxation et lorsqu'il s'assoupit, Monsieur C se relève très vite, il ne prend pas le temps de rester un peu allongé. Il se recrute toniquement en un instant, comme s'il avait peur que quelque chose lui arrive s'il s'endormait. Cette observation rejoint sa vigilance très élevée.

Axe et posture

Lorsque Monsieur C s'allonge pour se mettre sur le tapis, il plie avec difficultés les genoux et laisse tomber tout son poids pour s'installer, presque à chaque fois nous avons peur qu'il tombe ou qu'il se fasse mal.

Monsieur C a toujours tendance à ne pas s'installer droit : son corps n'est pas dans l'axe du tapis. Et lorsqu'on le replace, il dit se sentir mieux ainsi, mais il a toujours tendance à se replacer après. Il est possible que ce comportement puisse être mis en lien avec un défaut de perception et une difficulté à exprimer ce qu'il ressent.

Canaux sensoriels

Au cours de cette première partie de prise en charge (avant le bilan de la conscience corporelle), plusieurs séances ont porté sur cinq des six sens (en comptant le sens kinesthésique). J'ai pu observer quelques changements lorsque nous avons privilégié un système sensoriel pendant la séance :

- Le toucher : Monsieur C avait bien discriminé les palets tactiles avec ses pieds. Il avait perçu des sensations et les avait verbalisées. D'ailleurs, lors du temps allongé de cette séance où il devait nous citer les points d'appuis, il fut très précis au niveau des pieds mais pour le reste du corps, il est resté très général. On remarque que sa mémoire corporelle à court terme fonctionne bien, cela lui a permis de prendre conscience de la partie de son corps sur laquelle nous nous étions focalisés pendant la séance. Durant la deuxième séance sur le toucher, nous avons pu remarquer que Monsieur C n'était pas réceptif à l'automassage, ce qui coïncide avec sa dynamique corporelle. Ce jour-là, il rajouta tout de même des parties du corps dans sa nomination, prouvant ainsi qu'il avait pris conscience de son corps durant la séance.

- L'odorat : Lorsque Monsieur C avait les cartes du loto des odeurs dans les mains, il arrivait bien à identifier les différentes odeurs qu'on lui proposait. Pendant ce temps, il n'a pas eu de moment d'absence, nous avons réussi à porter son attention dans « l'ici et maintenant ». Sans les cartes du loto pour l'aider, Monsieur C a eu beaucoup de difficultés à identifier les odeurs. Pendant le temps allongé, il était hypervigilant, et ne s'est pas vraiment détendu. Cependant, contrairement à la séance précédente, il a réussi à se détendre et a verbalisé de nombreuses sensations : « jambes plus légères », « soulagement », « j'ai l'impression que les sacs sont plus lourds ».
- L'ouïe : Monsieur C devait associer deux sons identiques parmi plusieurs proposés, et identifier des sons. Mais il fut beaucoup en difficulté. Il est très probable que Monsieur C ait des problèmes auditifs. D'ailleurs, il entendait rarement le tic-tac de l'horloge pendant le temps de relaxation, mais nous disait entendre des murmures, était-ce une production délirante ?
- La vue : il n'y a pas eu de séance particulière sur ce sens. Cependant, il a été mis à contribution dans de nombreuses séances. Monsieur C perçoit plutôt bien les détails qu'il peut observer.
- La proprioception : j'ai proposé à Monsieur C différents exercices posturaux. Il arrivait à bien identifier les postures, cependant il restait imprécis dans le positionnement des membres. Par exemple, il ne levait pas assez les mains. Cela peut être mis en lien avec sa problématique corporelle. A la même séance, la nomination des points d'appuis était plus précise que d'habitude mais il avait des difficultés à rester attentif et il somnolait. Il s'est donc perdu dans sa dénomination et il ne cita aucune partie du dos. On remarque aussi que ce jour-là, après s'être focalisé sur l'ensemble des parties du corps, Monsieur C a pris conscience de celui-ci.

Monsieur C a beaucoup d'angoisse, une hypervigilance massive et il a beaucoup de difficultés à dormir, ce qui entraîne en plus de sa symptomatologie délirante, un manque d'attention. Même après plusieurs tentatives de changement d'horaire de la séance, il arrivait souvent que Monsieur C vienne très fatigué en séance, s'endormant presque même pendant le travail au bureau.

Par ailleurs, j'ai pu observer pendant cette première partie de prise en charge, que lorsque l'on sollicite corporellement Monsieur C, il arrive à mieux prendre conscience de son corps. Nous ne pouvons réellement déterminer si cette prise de conscience perdue dans le temps, si avec la prise en charge, elle s'améliore. Alors, pour cibler où se situe exactement les difficultés de Monsieur C, j'ai pu lui faire passer un examen de la conscience corporelle.

5.7 Examen de la conscience corporelle

Cette évaluation⁹⁸ a été réalisée à la treizième séance, à la mi-janvier. Le but était d'estimer où Monsieur C en était dans la prise en charge et d'observer son évolution.

Tonus :

Pendant l'épreuve de ballant et d'extensibilité, Monsieur C se relâche bien. Il faut tout de même lui répéter plusieurs fois la consigne pour éviter les participations aux mouvements. Par ailleurs, il perçoit bien que son bras droit arrive à d'avantage se relâcher que le gauche.

Quand on lui demande sur quel versant tonique il se situe, il répond être plus hypotonique avec parfois des moments où il se sent tendu, crispé. Mais, d'après l'examen du tonus, on remarque qu'il est plus de nature hypertonique.

Quand le relâchement doit être plus actif et qu'il doit se relâcher seul, c'est plus difficile. En effet, dans les épreuves des bras tendus, que le relâchement soit signalé par un claquement de main ou sur auto-commande, Monsieur C baisse juste les bras, le ballant n'est pas présent. On ne perçoit pas de relâchement réel, il semble contrôler le mouvement. Par contre, il dit ne pas avoir de difficulté à se relaxer sur demande. De plus, lors de l'item du contrôle segmentaire, lorsque Monsieur C abaisse un bras, l'autre bras descend aussi un peu : il a des difficultés à différencier son relâchement. Son abaissement tonique est plutôt global au niveau des bras que segmentaire à ce moment-là. On remarque aussi de l'anticipation, quand il abaisse son bras gauche. De plus, lorsque l'on ajoute les observations

⁹⁸ Confer Annexe 7 : Bilan de la conscience corporelle.

faites en séance quand il s'allonge et lors de l'échauffement, nous pouvons dire que Monsieur C n'a pas réellement conscience de son corps et de ses capacités.

Réactions tonico-émotionnelles :

Pendant qu'il parle, tout au long du bilan mais surtout aux moments de l'item des manifestations anxieuses, on peut observer des auto-contacts : il se frotte les mains, paraît plus tendu, se rassoie sur sa chaise, etc. Nous le sentons anxieux.

De plus, lors de l'épreuve sur les postures, il ouvre de temps en temps les yeux durant l'épreuve, sûrement pour se rassurer. Monsieur C est anxieux et il n'a pas confiance.

Investissement du corps:

Monsieur C fait une énumération très sommaire des points d'appuis du corps allongé au sol et il se répète. Ils sont pour la plupart justes. Lors de la localisation des stimuli⁹⁹, il identifie bien la forme des stimulations, et leurs localisations qu'elles soient en position debout ou allongée. Il évoque une sensation de froid associée à ces stimuli. Même si Monsieur C n'a pas une conscience assez fine de son corps, il est capable d'en prendre conscience : sa « sensibilité somato-viscérale » fonctionne bien, mais comme son corps est un objet fonctionnel pour lui, il ne tiendra pas compte de son ressenti corporel.

Manifestations anxieuses :

Monsieur C évoque se sentir « à des moments, un peu oppressé » à cause de son hospitalisation. Lorsqu'on lui demande si cela arrive souvent, il répond que non, à peu près une fois par jour depuis le début de l'hospitalisation. Mais cela n'a pas de répercussion sur sa vie quotidienne. Ses manifestations anxieuses sont similaires à celles qu'il évoque dans son premier bilan d'octobre. Puis, il commence à parler d'un événement qui se serait passé en mai dernier vers dix heures du soir. Il commence son récit avec le regard vide en fixant le mur : un « médecin noir et une infirmière blanche » seraient venus le voir pour le

⁹⁹ Confer Annexe 9 : Silhouette Monsieur C de l'examen de la conscience corporelle.

contraindre d'arrêter son traitement, faute de quoi il le jetterait dans la rivière en décembre après avoir pratiqué une vivisection sur lui.

Le mois de décembre est passé, durant lequel il s'est senti anxieux à l'idée que ces deux personnes reviennent. Maintenant, il est toujours dans cette crainte plus ou moins permanente, et ne se sent plus en sécurité à l'hôpital. Il pense que nous doutons de la véracité de ses dires, mais il exprime sincèrement les avoir vécus.

Nous l'avons donc rassuré sur le fait que l'hôpital est un endroit où il est censé être en sécurité, et que l'on en discuterait en équipe. Nous avons donc pu reprendre notre questionnaire. Il verbalise que pendant ces moments d'oppression, cela ne l'empêche pas d'être plus attentif à ses sensations corporelles. Etant dans le déni de ses troubles, je me suis abstenue de lui demander si ses pensées (idées délirantes) gênaient sa disponibilité d'être à l'écoute de son corps. Par ailleurs, il se dit souvent fatigué, mais là aussi, il dit rester attentif à son corps. A chaque retour de permissions, le mercredi soir, il a beaucoup de mal à dormir. On peut associer cela au changement d'environnement et le besoin d'habituation.

Nous comprenons avec la psychomotricienne que son hypervigilance constante, ses difficultés de sommeil à l'hôpital et sa méfiance envers nous, ne sont que des manifestations massives d'une angoisse déclenchée par son délire de « médecin noir et d'infirmière blanche ».

Posture :

L'épreuve consistait à induire une posture à Monsieur C puis, il devait l'a reproduire les yeux fermés, puis les yeux ouverts. Monsieur C n'a pas de difficulté à se repositionner. Il perçoit bien la hauteur et l'amplitude du changement de positions de ses membres. Mais, on peut tout de même remarquer une imprécision dans sa gestuelle. Il a trouvé que cette épreuve était la plus facile.

Conclusion :

Pour conclure, on observe que Monsieur C a affiné la perception de son corps depuis le début de la prise en charge. Cependant, on remarque, en corrélation avec les observations faites en séances que Monsieur C a des difficultés à mettre en lien ses sensations corporelles et ses affects, ses émotions. Ses manifestations anxieuses sont encore très présentes. Se peut-il que le fait de se rappeler des effets de l'anxiété ait fait échos à des souvenirs ? Peut-on alors parler d'une mémoire du corps lorsqu'il évoque « son souvenir » car cet évènement qu'il pense avoir réellement vécu réveille des sensations corporelles ?

Par ce bilan, nous avons compris la cause plausible de son hypervigilance, de ses troubles du sommeil, et de ses difficultés à faire confiance. Mais le fait de nous en faire part, signifie qu'il se sent plus à l'aise avec nous, et que sa méfiance envers nous a beaucoup diminué. Je pense que ce jour-là, une réelle alliance thérapeutique a été créée.

5.8 Progression de la prise en charge

Pour amener Monsieur C à pouvoir verbaliser ses perceptions et pouvoir les lier avec ses affects, j'ai décidé de mettre en place des thèmes de séances. En effet, le premier thème se basait sur l'exploration et l'introjection de sensations liées à un objet. Mon but était que Monsieur C explore des sensations à travers différents exercices autour d'un objet et qu'il arrive à se les approprier par sa « sensibilité somato-viscérale ». L'hypothèse était que lorsque Monsieur C rencontrerait une nouvelle sensation, il allait faire le rapprochement avec celle que nous avons pu explorer en séance et donc pouvoir verbaliser celle-ci.

Le premier thème durait 5 séances, nous avons travaillé sur différents objets : la pâte-à-modeler, la balle de tennis, le foulard, et le ballon de baudruche. Les séances étaient construites toujours de la même manière :

- L'exploration : l'objet se trouvait dans un sac. Monsieur C devait y glisser sa main et décrire les sensations que l'objet lui procurait. Puis, différents exercices étaient réalisés pour comprendre et ressentir toutes les sensations liées à cet objet.

- L'introjection : temps allongé, où j'utilisais l'objet exploré comme médiation du temps de relaxation.

Chaque objet est gardé pour faire un rappel la semaine suivante de toutes les sensations vécues précédemment. Il est utilisé comme trace mnésique.

La pâte-à-modeler

Cet objet lui rappelle son enfance, « quand [il] faisait des gâteaux et des légumes ». Et quand je lui ai demandé de fabriquer un gâteau en pâte-à-modeler comme objet-trace, il m'a dit ne plus savoir comment faire. Mais, il a pris l'initiative de faire une grappe de raisin. A cette séance (6 février 2014), nous avons vu Monsieur C sourire et il semblait apprécier cette médiation. Il verbalisa justement les sensations qui y étaient liées (mou, froid avec une variation de température, malléable).

Ensuite, la pâte-à-modeler était utilisée en contraction/détente avec la respiration pendant un temps assis et le temps de relaxation. Nous avons pu observer chez Monsieur C un relâchement global, et une diffusion tonique de la détente dans tout le corps. Il verbalisa en fin de séance préférer le temps assis en continuant le modelage.

Balle de tennis

Lors du rappel de la séance précédente, il évoqua de la « crispation », sans doute pour parler de l'exercice de contraction/détente. Pendant cette séance (13 février 2014), la phase d'exploration se basait sur des exercices d'expression corporelle (passage d'une balle sur différentes parties du corps, exercice de guidage par l'intermédiaire de balle dans les mains). Il était très mal à l'aise. La médiation corporelle l'a rendu très anxieux, il était énormément en difficulté dans la relation. Ce fut très compliqué pour lui de gérer ce moment et de continuer l'exercice.

Comme je l'ai dit précédemment, la notion des distances est troublée chez le patient schizophrène, son intégrité corporelle a peut-être été mise à mal pendant cet exercice¹⁰⁰. Le temps de relaxation fut très difficile, nous pouvions

¹⁰⁰ *Confer* problématique corporelle chez le patient schizophrène.

encore observer une tension dans son corps. Même faire rouler une balle sur son corps afin qu'il désigne son trajet était compliqué pour lui à ce moment-là.

Les foulards

Pour cet objet, j'ai tenté d'explorer le foulard dans une optique de tension/détente à deux, dont l'un guidait les mouvements de l'autre et inversement. Monsieur C s'est braqué, et a répété plusieurs fois, quand je l'aidais verbalement par des consignes plus précises : « mais c'est élémentaire ! ». Le contact visuel était très difficile à instaurer. Il disait que c'était facile pour lui, cependant, il n'arrivait pas à effectuer correctement l'exercice. Je pense que cet objet lui a renvoyé des sentiments désagréables, alors il voulait passer vite à autre chose. Ces exercices fonctionnent sur le principe du dialogue tonico-émotionnel¹⁰¹. Mon contre-transfert* m'a permis de ressentir aussi le mal-être de Monsieur C.

A la fin du temps de relaxation, il s'est relevé brusquement. Il n'a pas beaucoup verbalisé, on sentait qu'il voulait s'en aller.

Ballon de baudruche

J'ai proposé à Monsieur C de choisir un ballon. Après avoir hésité plus de trois fois, il se décida enfin. Ce comportement peut être interprété comme un barrage idéo-moteur, où Monsieur C, ne peut réussir à faire le lien entre son geste et l'élaboration, toute la mentalisation qui en découle.

De plus, lorsque chacun d'entre nous devions gonfler notre ballon, il ne s'arrêtait pas, j'ai dû lui dire de se stopper, car il devenait tout rouge et n'avait plus de souffle (à la limite du malaise). Cette persévération est peut-être une mauvaise ou un manque de gestion de ses limites, ou il voulait peut-être absolument arriver à gonfler le ballon du premier coup.

Lors de l'exploration du ballon, Monsieur C verbalisait bien les sensations. Cependant, il exprimait sentir le ballon froid, alors qu'il était chaud. Même après vérification (verbale et tactile), Monsieur C sentait toujours la fraîcheur du ballon. Il est possible qu'il soit atteint d'une altération de la sensation de chaud, mais pas

¹⁰¹ J. AJURIAGUERRA (1970).

du froid, car par exemple, il perçoit bien la fraîcheur de la pâte-a-modeler avant de la malaxer, ou la fraîcheur de l'eau dans le ballon lorsqu'il était allongé.

J'avais rempli un ballon d'air et un autre d'eau. Lorsque nous avons tenu les ballons entre les mains en vocalisant sur le ballon, Monsieur C a su parfaitement définir très finement les sensations de vibrations et les différences de celles-ci suivant le ballon. Mais, il n'y avait aucune variation de tonalité et d'amplitude dans sa voix, ce qui est typique d'un patient schizophrène.

Par ailleurs, Monsieur C avait beaucoup de difficultés à faire l'exercice de pression/relâchement et respiration assis contrairement à allongé. Il le verbalisait lui-même plusieurs fois, mais il ne voudra pas en dire plus, il s'était braqué lorsque j'ai commencé à vouloir en savoir plus.

Séance récapitulative : tous les objets

Monsieur C s'était rappelé de tous les objets que nous avons vus précédemment et plus ou moins des sensations qui y étaient liées. Il avait choisi, cette fois-ci, du premier coup son ballon et il s'était arrêté tout seul de le gonfler (il n'avait plus d'air). Nous avons refait le même exercice de pression/relâchement du ballon avec la respiration, il a eu moins de difficultés qu'auparavant, sauf pour réguler la pression qu'il mettait dans le ballon.

Monsieur C a eu des difficultés pour rester éveillé pendant le temps de relaxation. Lorsque j'ai retiré le foulard, après l'avoir mobilisé, il a anticipé le mouvement pour le bras droit. Il est possible que la matière du foulard lui ait paru désagréable. Il a réussi à bien décrire le trajet de la balle de tennis sur son corps et à lier la respiration aux contractions/relâchements avec la pâte-à-modeler.

5.9 Conclusion

A travers différentes observations que j'ai pu faire tout au long de cette prise en charge, je me suis aperçue que Monsieur C n'avait pas de difficulté à prendre conscience de son corps. De plus, grâce à sa « sensibilité somato-viscérale », j'ai pu m'apercevoir que même s'il n'exprimait pas beaucoup d'émotions, il avait pourtant des affects liés à ses perceptions.

Par exemple, l'évocation de son histoire du « médecin noir et de l'infirmière blanche » a éveillé une grande angoisse, la pâte-à-modeler lui rappelait son enfance, le foulard lui a généré une remontée d'affect qu'il n'a pas su vraiment définir.

Petit à petit, les perceptions de Monsieur C se sont affinées et il a réussi à les associer à des souvenirs et des émotions. Ponctuellement, il fait fonctionner (inconsciemment) sa mémoire corporelle.

Pour moi, Monsieur C a beaucoup de difficultés au niveau de la verbalisation de ce qu'il peut ressentir dans son corps et par son corps. Ce dernier est un objet fonctionnel pour lui, alors il ne prête pas attention à ce qu'il peut ressentir. Il désinvestit son corps, le met à distance. Il n'y a pas de clivage corps/esprit net ; nous avons parfois l'impression qu'il s'est ancré dans une « inutilité du corps ». De plus, il présente une difficulté à lier les affects avec les sensations, puisqu'il n'arrive pas à exprimer si une sensation lui est agréable ou non. Monsieur C est en difficulté à être dans la spontanéité d'une relation, et à verbaliser seul ce qu'il a ressenti. Parfois, il ne considère pas ses ressentis corporels comme importants, alors il ne les verbalise pas.

Un autre thème de séance fut abordé avec Monsieur C : un travail sur les sensations agréables et désagréables. Différents objets dans des sacs opaques, avec différentes matières lui étaient proposés. Il devait dans un premier temps décrire les sensations qu'il percevait, puis nous dire si cela lui était agréable ou non. Cet exercice n'a pas été facile pour Monsieur C, il n'arrivait pas à avoir d'avis franc, et il disait souvent qu'il ne savait pas. Même choisir celle qu'il préférerait n'est pas si simple. Ce thème est actuellement encore travaillé en séance.

Ces deux patients mettent en évidence les différentes étapes de la conscience corporelle. La thérapie psychomotrice peut aider à prendre conscience de son corps, au-delà de la symptomatologie. Mais on peut se demander comment leur mode de fonctionnement s'est mis en place dans leur développement psychomoteur ?

6 DISCUSSION

A travers les parties précédentes, j'ai développé le concept de conscience corporelle. Cette dernière est très importante dans l'édification de l'individu. En effet, inconsciemment, le sujet en relation va pouvoir interpréter et intégrer tout son environnement par son corps. Le schéma corporel, la conscience corporelle et l'image du corps s'édifient, à ce moment-là, les uns par rapport aux autres.

Nous avons pu voir, grâce à la psychomotricité, qui est au cœur du concept corps/esprit, qu'il est possible de « modifier » le fonctionnement corporel. Nous avons pu constater des progrès au cours des prises en charge. Même si leur symptomatologie influence leur mode de fonctionnement, Monsieur C et Monsieur D ont réussi à prendre conscience de leur corps plus souvent et en essayant d'y lier des affects.

Nous avons pu observer le mode de fonctionnement d'un patient maniaco-dépressif et celui d'un schizophrène, mais ce fonctionnement est-il identique pour tous les sujets atteints de ces maladies ? Est-ce que d'autres facteurs jouent un rôle dans le fonctionnement corporel ?

Une de mes hypothèses de départ était qu'un patient atteint de schizophrénie aurait un fonctionnement de conscience corporelle plus défaillant que celui d'un sujet souffrant de maladie maniaco-dépressive.

6.1 Les préjugés

Au début de mes deux prises en charges et avant de connaître réellement les patients et leurs problématiques psychomotrices, j'avais émis l'hypothèse que Monsieur C serait en plus grande difficulté pour prendre conscience de son corps que Monsieur D. Mon hypothèse se basait sur les théories apprises concernant leurs pathologies respectives¹⁰².

De la théorie...

Dans la schizophrénie, « l'angoisse omniprésente harcèle la personne, qui ne se vit plus comme sujet [...]. La maladie prend corps, le corps devient le lieu d'expression de la dissociation de la pensée, de la discordance, de l'étrangeté, de la bizarrerie »¹⁰³ et « les phénomènes de déréalisation et de dépersonnalisation décrits dans les manuels de psychiatrie imposent au patient atteint de schizophrénie de nombreuses perturbations psychocorporelles »¹⁰⁴. Le patient est tellement dissocié, que cela impacte sur son corps. Il est tellement obnubilé par toutes ses pensées délirantes, et ses angoisses de morcellement, qu'il est hypersensible à une conscience corporelle. Nous savons que la conscience corporelle est subjective, le patient schizophrène aurait alors la plupart de ses perceptions erronées par sa symptomatologie positive.

Tandis que pour le patient maniaque-dépressif en phase dépressive, « le corps vient concrétiser la maladie dépressive, dans une dialectique constante entre affect dépressif et vécu corporel douloureux. La tristesse est corporisée ; le corps n'est plus aimable, il est perçu comme peu agréable, source de déplaisir, pénible, défaillant, lourd »¹⁰⁵. Le patient dépressif n'entendra son corps que sur un mode de pensée de *disqualification positive*¹⁰⁶, il sentira son corps seulement dans un versant négatif (douleur ou sensation désagréable).

Pendant les prises en charge, nous avons pu remarquer que les pathologies de Monsieur C et de Monsieur D présentaient des différences comparées à celles exposées dans les livres.

¹⁰² *Confer supra.*

¹⁰³ V. DEFIOLLES-PELTIER (2000), p.68.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 68.

¹⁰⁵ P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI (2004), p. 82.

¹⁰⁶ A. BECK, G. EMERY, A.J. RUSH, B.F. SHAW (1979).

... A la pratique

Monsieur C

Au début, la base de la prise en charge de Monsieur C, patient schizophrène paranoïde, était de diminuer son hypervigilance. Avec la psychomotricienne, nous avons décidé de passer par un abaissement tonique en relaxation. Mais, nous nous sommes aperçues, que Monsieur C ne prenait pas en compte son corps.

En effet, par son désinvestissement corporel, où son corps semblait utile seulement pour les besoins physiologiques et locomoteurs, les ressentis corporels étaient peu pris en compte. Alors, il fallait commencer un travail sur la conscience corporelle en parallèle de séance de relaxation (pour apporter le versant psychologique de la prise de conscience du corps en plus d'un abaissement tonique).

Monsieur D

Pour Monsieur D, patient maniaco-dépressif en épisode dépressif majeur, l'objectif thérapeutique premier était de diminuer son angoisse. Nous avons décidé de passer par le corps car son esprit était trop envahi de pensées dépressives. Son clivage corps/esprit était important et l'empêchait de prendre en compte son corps dans une dimension de plaisir. Un travail sur cette prise de conscience du corps était donc nécessaire pour amener Monsieur D à une détente corporelle (et l'amener ainsi à une détente psychique).

Pour ces deux personnes, le corps était mis de côté de manière différente. Mais finalement, tous deux ne prenaient pas conscience de leur corps et des ressentis corporels.

Après avoir effectué les bilans de la conscience corporelle et tenté de comprendre et d'identifier à quel niveau se situait leurs déficits de prise de conscience du corps, et après les prises en charges, j'ai pu en tirer quelques conclusions.

Les conclusions

Monsieur D

Monsieur D n'arrive pas à intégrer les sensations qu'il reçoit : il ne s'en souvient pas. Il est probable que sa mémoire corporelle lui fasse défaut. En reprenant les termes d'A.R. DAMASIO, Monsieur D a peut-être un déficit au niveau des « cartes neurales »¹⁰⁷. Cette difficulté à engrammer des informations est en lien avec ses troubles des fonctions exécutives, son angoisse due à sa symptomatologie psychiatrique et sa problématique corporelle. Cependant, nous avons pu remarquer que, si les sensations étaient assez récurrentes, il était en capacité, au bout d'un moment de les intégrer. La notion d'habituation¹⁰⁸ que j'ai évoquée plus haut, a peut-être un lien avec ce défaut de construction de « cartes neurales ». Monsieur D a fini par engrammer les sensations liées aux sacs, car nous les utilisons souvent, sa mémoire corporelle a pu fonctionner. Cependant, comme nous changions souvent le nombre de sacs, il n'a pas pu percevoir les variations, c'est peut-être pour cela qu'il nous a répété toujours les mêmes nombres de sacs.

On peut supposer aussi que la superposition des sacs a entraîné pour Monsieur D, une surstimulation bloquant alors la « sensibilité somato-viscérale », entraînant ainsi une confusion inconsciente.

Monsieur C

Monsieur C perçoit et engramme les différentes sensations, mais il n'arrive pas à les interpréter et à les verbaliser. Il n'a pas de déficit de la « sensibilité somato-viscérale ». De plus, avec la progression de la prise en charge, je peux dire que Monsieur C arrive parfois à faire des liens avec ses affects. Mais, lorsqu'une sensation fait remonter en lui un affect désagréable, il n'arrive pas à le gérer et à le contenir, alors une recrudescence anxieuse émerge (exemple avec la séance des foulards). Par contre, quand un affect lui est agréable, il réussit à le gérer (exemple de la séance de la pâte-à-modeler). Je pense que ces affects liés à ses sensations doivent être conséquents car la plupart du temps, nous pouvons remarquer que ses gestes, et les sensations qu'il perçoit ne sont pas chargés d'émotions.

¹⁰⁷ A.R. DAMASIO (2003)

¹⁰⁸ *Confer* Progression de la prise en charge de Monsieur D.

Mon hypothèse, quant au fonctionnement de leur prise de conscience du corps se révèle ici fausse. Ils ont, certes, des troubles de la conscience corporelle, mais la prise de conscience du corps de Monsieur C apparaît moins défaillante que celle de Monsieur D. En tout cas, le trouble de Monsieur D se trouve à un niveau plus basal que celui de Monsieur C, mettant encore plus en difficulté le reste des étapes pour arriver à une conscience corporelle adaptée.

Tous deux vivent leur corps comme un objet fonctionnel, et ne prêtent pas attention aux ressentis corporels. Pour essayer de comprendre un peu mieux leur problématique corporelle, je me suis donc penchée sur leur structuration psychocorporelle.

6.2 Structuration psychocorporelle

La prise de conscience du corps s'étaye sur le relationnel, leur individualité et la maturation neurologique. Chaque individu a son fonctionnement corporel. Ce dernier va également évoluer en fonction de la maladie. Mon hypothèse est que même si les sujets ont la même maladie, leur fonctionnement psychocorporel reste singulier. Ils n'ont pas la même histoire, le même environnement, les mêmes relations.

La maladie

Monsieur D

Les troubles de Monsieur D ont commencé vers 23 ans. Il a alterné entre épisodes maniaques et épisodes dépressifs, entre « un corps investi sous l'angle de sa capacité à produire, à fabriquer encore plus, en niant toute limitation corporelle »¹⁰⁹, et entre des « états dépressifs ne [siégeant] pas dans les doléances psychiques du déprimé mais surtout dans un trouble du corps vécu »¹¹⁰.

Dans les deux cas, Monsieur D a eu des ressentis corporels altérés depuis le début de sa maladie. Le développement et l'évolution de sa prise de conscience du corps ont été mis à mal par sa pathologie, et les relations parfois difficiles avec son

¹⁰⁹ P. ANDRE (2006), p. 88.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 80.

entourage. Ses problématiques corporelles n'ont fait que mettre à distance son corps, entraînant aujourd'hui une prise de conscience du corps troublée.

Monsieur D était très sportif plus jeune, et il a joué du piano à très haut niveau. Toutes ces activités avaient un but de performance, il avait conscience de son corps mais sans investissement libidinal, il n'avait pas de notion de corps « plaisir ».

Monsieur C

Monsieur C réalisa son premier passage à l'acte à l'âge de 19 ans. Il est probable qu'il ait fini sa maturation neurologique vers cette époque. Il devait avoir une personnalité de prédisposition, avec un isolement social et affectif ainsi qu'une pauvreté des affects. Il vivait isolé, au domicile parental, la plupart de ses relations se restreignaient à sa sœur et à sa mère (son père est mort lorsqu'il avait 24 ans). Très jeune, Monsieur C, de par sa personnalité et son environnement familial, a eu un fonctionnement particulier, où sa prise de conscience du corps a été enrôlée dans un étayage spécifique. Lors du développement de sa maladie, Monsieur C a vu apparaître les symptômes positifs¹¹¹ de sa maladie. Il a donc commencé à percevoir son environnement et lui-même en fonction de ses idées délirantes : « c'est la reconstruction délirante du monde extérieur et de soi par le schizophrène. C'est le délire paranoïde »¹¹². Sa prise de conscience existe mais elle fonctionne sur un mode sûrement différent d'un individu lambda. Monsieur C a mis à distance inconsciemment son corps créant aussi un désinvestissement dans sa prise de conscience du corps.

Pour comprendre le mode de fonctionnement de prise de conscience du corps, il faut prendre en compte la singularité de la personne et son individualité : la manière particulière dont la personne utilise son corps. La structuration psychocorporelle de Monsieur D et de Monsieur C évolue en fonction de leur maladie, mais aussi de leur subjectivité propre. Pour étayer mes propos, je vais

¹¹¹ *Confer supra.*

¹¹² P. ANDRE (2006), p. 85.

comparer ce qu'engendre les pathologies de Monsieur D et Monsieur C à d'autres patients qui ont respectivement les mêmes maladies.

J'ai pu les observer lors de l'atelier Danse-Harmonie, dans lequel nous laissons une grande place à l'expressivité corporelle. Suivant l'âge, l'environnement, la société, l'histoire de chacun, le corps est utilisé différemment. Il n'y a pas que la maladie qui peut créer des problématiques de clivage corps/esprit.

Comparaison

Monsieur H

Monsieur H, âgé de 29 ans, a été hospitalisé à la demande d'un tiers en novembre 2013, pour des troubles bipolaires diagnostiqués depuis 2003, avec une agitation psychomotrice* et des propos incohérents dans un contexte de rupture de traitement. Depuis décembre 2013, Monsieur H participait à l'atelier Danse Harmonie¹¹³. Il était volontaire et très impliqué. Il investissait beaucoup le temps de danse libre¹¹⁴. Il arrivait à verbaliser finement ses ressentis, il prenait bien en compte les limites de son corps. Au cours d'une séance, Monsieur H avait mal au dos, il l'a verbalisé et s'est donc investi dans les différents exercices en conséquence.

Nous avons pu remarquer l'investissement corporel de Monsieur H par rapport au désinvestissement de Monsieur D. Par exemple, tous deux adorent écouter de la musique. Durant l'atelier Danse Harmonie, lorsqu'ils choisissaient une musique pour le temps de danse libre, nous pouvions remarquer leur investissement corporel :

- Monsieur D tournaient en rond dans la salle, sur une marche régulière, avec parfois quelques petits mouvements de bras au rythme de la musique.

¹¹³ *Confer supra.*

¹¹⁴ L'atelier Danse Harmonie est composé de plusieurs temps : échauffement, présentation en cercle de chaque participant, exercices en fonction du thème de la séance, temps de danse libre où trois patients choisissent une musique sur lesquelles ils peuvent bouger sur le rythme, danser, chanter, puis des exercices et temps de détente.

- Monsieur H dansait au rythme de la musique, il était comme transcendé, absorbé par la musique.

La comparaison avec d'autres items psychomoteurs va nous permettre d'aller plus loin. Au niveau tonique, Monsieur D est hypertonique en « monobloc », et a des difficultés à réguler son tonus, lors de prises de posture, ou lorsqu'il se détend. Alors que Monsieur H contrôle bien sa régulation tonique, et arrive bien à se relâcher au temps de détente.

La motricité de Monsieur D est assez imprécise, ces gestes sont souvent hésitants. Il est plutôt maladroit dans son corps. Monsieur H a une bonne agilité motrice, ses mouvements sont coordonnés, et ses praxies sont identifiables. Nous le sentons à l'aise avec son corps, et il a de bonnes capacités à s'exprimer avec.

Au début de sa prise en charge, Monsieur H était en phase maniaque, il avait des difficultés à se canaliser et à rester attentif à toutes les consignes. Ses verbalisations étaient représentatives d'une tachypsychie*. Monsieur D, étant un habitué de cet atelier, avait des facilités à comprendre le but des exercices. Cependant, lors des exercices sur les postures en séance individuelle, j'ai pu m'apercevoir que Monsieur D avait parfois des difficultés de compréhension. Mais ses verbalisations étaient claires et fluides, mais peu nombreuses surtout en groupe.

Monsieur H se voyait comme quelqu'un de dynamique, sociable, qui bouge sans cesse. Tandis que Monsieur D se voyait comme une personne qui ne faisait plus rien, qui n'était plus en forme physique, qui était mieux avant. Ces deux patients sont représentatifs des deux versants de la maladie maniaco-dépressive. Seulement, nous pouvons observer que la place du corps n'est pas la même pour ces deux messieurs.

Monsieur E

Monsieur E, âgé de 21 ans, est hospitalisé à la demande d'un tiers en novembre 2013, pour des troubles du comportement avec une agitation psychomotrice et un délire à thème mystique évoluant depuis 2 ans. Il participait à l'atelier Danse Harmonie. Au début, Monsieur E était impliqué dans l'atelier, il était volontaire et verbalisait ses ressentis. Rapidement, il trouva l'hospitalisation

longue, et progressivement, se désinvestissa de l'atelier sauf pendant le temps de danse libre où il dansait et chantait. Il utilisait bien son corps, et verbalisait ce qu'il ressentait. Il n'avait pas d'appréhension lors des exercices à médiation corporelle. Contrairement à Monsieur C, qui angoisse dès que la distance diminue. Monsieur C n'a pas la même aisance corporelle que Monsieur E, il ne connaît pas ses possibilités : un corps rigide, mal habile pour Monsieur C face à un corps plus mobile, plus agile pour Monsieur E.

Chaque individu va vivre singulièrement sa maladie, nous savons que les symptômes peuvent être différents d'une personne à l'autre. Mais il est possible que d'autres données puissent participer à l'individualité de chacun et au développement de la conscience corporelle.

6.3 Autres facteurs

L'âge

L'âge de Monsieur C et Monsieur D peut être considéré comme un facteur augmentant l'altération du fonctionnement corporel. En effet, Monsieur C et Monsieur D sont respectivement plus âgés que Monsieur E et Monsieur H. Ils ont vécu plus longtemps sur leur mode de fonctionnement psychocorporel particulier, donc il est plus ancré dans leur personnalité et leur subjectivité. Plus jeunes, Monsieur E et Monsieur H présentent une certaine facilité d'adaptation. De plus, ils ont été pris en charge plus tôt. La thérapie psychomotrice, qui joue un rôle fondamental dans cette dimension psychocorporelle, leur a été proposée plus tôt dans leur parcours de vie. Les composantes affective, environnementale et relationnelle par le corps ont été étayées plus rapidement, et plus tôt dans leur fonctionnement corporel.

La société

Il est possible aussi d'émettre l'hypothèse qu'un facteur sociétal puisse aussi affecter les comportements face au corps. M. MAUSS évoque « les techniques du corps »¹¹⁵ pour désigner « les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps »¹¹⁶. Pour expliquer ces termes, M. BERNARD, nous expose les différentes manières de marcher : « la manière de marcher [...] peut changer et évoluer en fonction du mode de vie et des modèles culturels »¹¹⁷. Le fonctionnement corporel a une dimension sociétale, où suivant les modèles de la société actuelle, la structuration psychocorporelle s'en trouve modifiée. L'influence de la société est donc à prendre en compte, elle nous expose actuellement tous les biens-faits et l'importance de prendre soin de son corps. Le corps a donc une grande place dans notre société.

Nous avons remarqué que Monsieur E et Monsieur H verbalisaient plus facilement, ils arrivaient d'avantage à élaborer leurs perceptions.

L'éducation et la société de l'époque de Monsieur C et Monsieur D étaient différentes. Elles ne leur permettaient pas de parler du corps, il y avait une certaine pudeur, une réserve par rapport à toutes les élaborations possibles autour du corps. Alors qu'aujourd'hui, parler du corps n'est plus un sujet tabou, au contraire, la société demande aux individus de prêter attention à leur corps et de parler de ses ressentis et de ses maux.

6.4 Verbalisation

« La verbalisation est l'aboutissement de l'exploration des ressentis corporels et de leur expression »¹¹⁸. La verbalisation fait partie du processus de la conscience corporelle, elle permet d'élaborer sur les sensations et de mettre en lien les différentes perceptions.

¹¹⁵ M. MAUSS (1934).

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 365.

¹¹⁷ M. BERNARD (1995), p. 125.

¹¹⁸ F. DEBOSEAU, A. GATECEL, D. VIGNE, O. MOYANO sous la direction d'A. CALZA, M. CONTANT (2007), p.222.

Monsieur C arrive à ressentir des perceptions, mais il a des difficultés à les verbaliser. Comme Monsieur D pour qui, au début, les sensations corporelles ne semblaient pas pertinentes dans la notion de détente. Il ne faisait pas le lien entre la détente physique et la détente psychique (par exemple, avoir l'impression d'être lourd car on est détendu). Ils manquent de spontanéité dans leur discours.

Monsieur E et Monsieur H sont plus à l'écoute de leur corps, et ils l'utilisent plus que simplement pour les besoins physiologiques. Ils parlent plus instinctivement et naturellement de leurs ressentis corporels.

« Respiration, voix, cris vont solliciter les représentations et permettre que des mots viennent ponctuer le mouvement corporel et émotionnel »¹¹⁹.

6.5 Conclusion

En conclusion, je peux dire qu'un individu est singulier, suivant l'environnement dans lequel il grandit. Chacun percevra son corps à sa manière, selon sa subjectivité et son histoire : « *l'image de soi est avant tout l'image déformée de notre corps*. Déformée, dis-je, parce que les images de notre corps, qu'elles soient celles ressentis ou celle du miroir, sont des images éminemment affectives et, surtout, éminemment changeantes, je veux dire remodelées continuellement gravées par nos impressions infantiles. Affectives et changeantes, les images déformées de notre corps, nous imposent fatalement une image distordue de notre *moi* »¹²⁰.

La prise de conscience du corps dépend donc des émotions que ressent la personne en fonction des ressentis. Elle va construire son image du corps avec tous les ressentis corporels qu'elle percevra et intégrera. Monsieur C et Monsieur D ont développé une image de leur corps en fonction de leur problématique corporelle, de leur symptomatologie, et de leur histoire. Monsieur D s'est ancré dans une utilisation très fonctionnelle de son corps, alors les exercices basés sur l'expressivité corporelle, donc utiliser son corps et le ressentir autrement que pour les besoins élémentaires ou dans la performance, ne sont pas choses évidentes pour

¹¹⁹ F. DEBOSEAU, A. GATECEL, D. VIGNE, O. MOYANO sous la direction d'A. CALZA, M. CONTANT (2007), p. 221.

¹²⁰ J.-D. NASIO (2007), p. 77.

lui. Monsieur C a désinvesti son corps, et l'utilisait juste pour les besoins physiologiques.

Mais, modifier le comportement d'un individu, c'est-à-dire, pouvoir faire changer à Monsieur C et à Monsieur D l'image et le mode de fonctionnement de leur corps, s'avère être difficile, car ils ont toujours vécu ainsi. Monsieur C, n'a jamais vraiment trouvé d'utilité à son corps, alors modifier son comportement vis-à-vis de celui-ci semble être plus simple que pour Monsieur D qui lui avait déjà trouvé un fonctionnement.

Nous savons que chaque personne et sa structuration psychocorporelle seront singulières. Les sujets atteints d'une maladie vont se construire en fonction de leur souffrance (psychique ou physique). Les facteurs tels que l'âge, ou la société ont aussi façonné le fonctionnement psychocorporel. Chaque personne est différente, et a sa propre manière d'utiliser son corps. Cependant, il est important de pouvoir en prendre conscience pour intégrer et s'orienter dans le monde extérieur.

7 CONCLUSION

A travers ses deux prises en charge et l'ensemble de mon stage, j'ai pu m'apercevoir de l'importance du corps, à la fois dans les relations, mais aussi dans tout le travail thérapeutique en psychomotricité. La base de la prise de conscience corporelle se trouve dans les relations, pour créer des liens entre expériences du passé et expériences de l'ici et maintenant. Mais pour être dans une relation adaptée, il faut avoir conscience de son corps. « En partant du principe fondamental que dès sa conception l'individu est un être en relation, nous savons qu'il a à gérer des relations multiples en lui et à l'extérieur de lui, pour survivre. Toute pathologie ou mal-être est un rétrécissement des possibilités de relation »¹²¹. Même si l'individu est malade, il reste quand même en interaction avec son milieu. Le sujet se construit sur et avec l'autre et avec son environnement.

J'ai pu comprendre que la prise de conscience du corps est importante dans tous les grands items psychomoteurs (tonus, espace, temps, schéma corporel, communication, image du corps...). Même si Monsieur C et Monsieur D n'ont pas une prise de conscience du corps conventionnelle, ils ont mis en place des stratégies de compensations plus ou moins conscientes, afin d'être en interaction avec leur milieu. Tous les individus ont une conscience corporelle même à minima, elle se construit en fonction de leur vie psychique.

Monsieur C et Monsieur D ont pu prendre conscience de leur corps plus souvent. Grâce aux séances de psychomotricité, ils se sont mis consciemment à l'écoute de leur corps. Essayer de modifier leur mode de fonctionnement est un travail sur le long terme. Ils ont pu développer leur conscience corporelle sur le court terme, mais il faudrait encore d'autres séances, pour les amener à prendre encore plus en considération leurs ressentis corporels.

Ce mémoire a pu ouvrir ma réflexion sur d'autres hypothèses. En effet, la MMD était anciennement appelée « psychose maniaco-dépressive », car le patient n'avait pas toujours conscience de ses troubles, et son sens de la réalité était

¹²¹ A. CALZA, M. CONTANT (2007), p. 215.

altéré. En un sens, la vision du monde et de soi du patient déprimé est altérée par toutes ses pensées négatives. Sa prise de conscience du corps sera aussi touchée par ce mode de pensée, comme peut l'être celle du patient schizophrène avec ses idées délirantes. Peut-on alors émettre l'hypothèse qu'un trouble de la conscience corporelle est en lien avec un trouble de la perception de la réalité ?

D'autre part, J.-D. NASIO dit « nous forgeons automatiquement une représentation mentale de chacun de nos ressentis corporels »¹²². Est-il possible que toutes les sensations de Monsieur D se soient inscrites inconsciemment dans son corps et dans son esprit, mais qu'il n'arrive pas à y avoir accès ? Cela voudrait-il dire que la prise de conscience du corps est un processus inconscient et que les déficits de la conscience corporelle seraient un trouble des mécanismes pour la rendre consciente ?

¹²² J.-D. NASIO (2006), p. 199.

LEXIQUE

D'après le livre de P. ANDRE, *Psychiatrie de l'adulte*, 4^{ème} édition revue et argumentée, 2006.

Aboulie : diminution ou insuffisance, voire disparition, de la volonté. Le sujet éprouve des difficultés à faire des efforts, à prendre des décisions. Toute activité lui devient pesante ou même impossible.

Agitation psychomotrice : trouble du comportement qui se manifeste par un excès d'activité et de mouvement. L'excitation psychomotrice traduit à la fois un trouble psychique aigu et une inadaptation à l'environnement : troubles moteurs, logorrhée...

Anhédonie : perte de la capacité à éprouver du plaisir.

Asthénie : (fatigue physique) le sujet apparaît fatigué, abattu. L'asthénie est totale, touche l'intelligence, la motricité, la sexualité.

Décompensation psychotique : perte/rupture de l'équilibre psychique, le sujet n'arrive plus à passer outre une situation difficile. Ces mécanismes de défense ne sont plus en capacité de remédier à ce déséquilibre, et donc à éliminer les effets nuisibles comme une angoisse trop importante, entraînant alors une rupture de l'unité psychique.

Demande de tiers : demande manuscrite de la famille ou d'une personne supposée agir dans l'intérêt du malade (à l'exclusion du personnel soignant de l'établissement).

Fureur : manifestation d'agitation motrice particulièrement violente, avec une tendance marquée à la destruction, le sujet déployant une force décuplée bien au-dessus de ses possibilités habituelles. Elle s'observe lors de certains états maniaques, parfois chez le schizophrène, plus rarement lors d'épisodes confusionnels.

Hypomanie : (épisode hypomaniaque) épisode maniaque d'intensité plus faible. Les symptômes n'ont ni la sévérité ni l'acuité d'un accès maniaque franc. Le

patient conserve une activité professionnelle avec un certain degré d'erreur d'appréciation dans les tâches à accomplir.

Indifférence motrice : ils vont diminuer l'initiative motrice, appauvrissent l'expression corporelle (amimie et neutralité émotionnelle), etc.

Impatiences : sensations désagréables voire douloureuses dans les jambes obligeant le patient sans cesse à bouger.

Maniérisme : affectation paradoxale des mouvements qui donne une impression de maladresse et de théâtralité.

Polyalgies : multiples douleurs.

Psychoanaleptiques : psychotropes qui augmentent, et stimulent l'activité psychique.

Psychodysleptiques : appartiennent à la famille des psychotropes. Ils perturbent l'activité psychique, provoquant un état hallucinatoire et / ou un état délirant.

Psycholeptiques : psychotropes qui diminuent l'activité psychique, et induisent une sédation.

Tachypsychie : (tachy : rapide, psych- : activité mentale) accélération anormale du rythme de la pensée créant un état de surexcitation.

Transfert/ contre-transfert :

- **Le transfert** : sentiments inconscients qu'éprouve le patient dans la relation qu'il entretient avec le soignant. Ces sentiments sont liés à des relations antérieures.
- **Le contre-transfert** : sentiments inconscients qu'éprouve le soignant en réaction aux sentiments inconscients du patient.

D'après le livre de M. SCHÜNKE, E. SCHULTE, U. SCHUMACHER, M. VOLL, K. WESKER, *Atlas d'anatomie Prométhée, tête et neuro-anatomie*, 2006.

Axone : prolongement des cellules nerveuses qui est isolé par sa gaine de myéline.

Bulbe rachidien : la partie inférieure du tronc cérébral. (*Confer* Annexe 1 : Organisation du cerveau)

Conduction nerveuse : fait de transmettre l'énergie électrique. La conduction neuronale va permettre de transmettre rapidement l'information électrique entre les neurones, elle est dite saltatoire.

Décussation : la fibre croise la ligne médiane qui sépare les deux hémisphères cérébraux. Par exemple, une fibre venant du côté droit décusse pour venir transmettre son information à l'hémisphère gauche.

Gaine de myéline : une enveloppe faite d'un tissu graisseux blanc qui recouvre les neurones du système nerveux périphérique. Elle permet d'augmenter la vitesse de propagation de l'influx nerveux le long de ces fibres nerveuses et de transmettre l'information au système nerveux central.

Moelle épinière : la partie du système nerveux central qui se prolonge en dessous du tronc cérébral au niveau du bulbe rachidien. (*Confer* Annexe 1 : Organisation du cerveau)

Thalamus : gros noyau gris, pair, situé à la base du cerveau, jouant un rôle dans la transmission des messages sensitifs au cortex. (*Confer* Annexe 1 : Organisation du cerveau)

D'après le livre d'A. DHEM, *Anatomie et physiopathologies humaines de poche*, 2010

Akinésie : pauvreté de mouvements voire absence souvent associée à une bradykinésie : lenteur et difficulté d'initiation du mouvement.

Dyskinésie : mouvements involontaires anormaux.

Hyperkinésie : excessivité de mouvements.

Hypertonie plastique : un membre du corps garde la position qui lui est donnée, ou lors de la mobilisation de celui-ci, le membre exerce une résistance qui cède par à-coup.

Hyposialorrhée : sécheresse des muqueuses.

Syndrome Parkinsonien : association de trois symptômes : tremblements de repos, akinesie*, et une hypertonie plastique*.

D'après le livre de J. POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 2^{ème} édition, 2011

Apathie : perte ou importante diminution des réactions aux stimuli habituels par une insensibilité ou une indifférence importante.

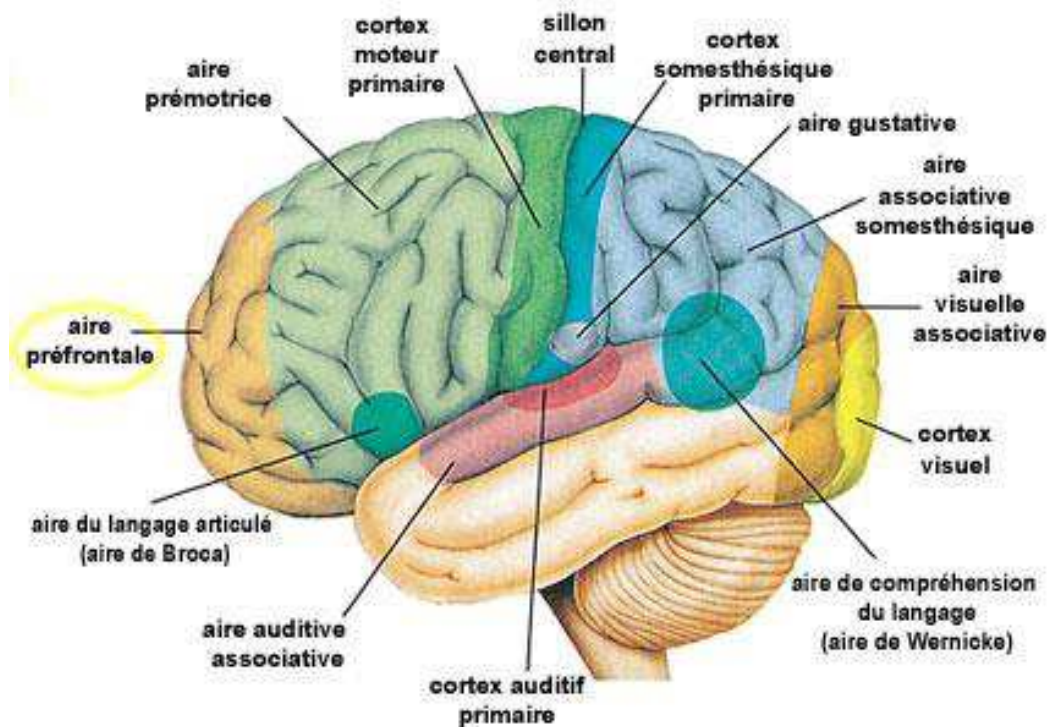
Automatisme mental : association de phénomènes psychopathologiques entraînant chez le patient le sentiment et la conviction délirante qu'il n'est plus maître de sa volonté et qu'une force étrangère et extérieure à lui agit sur lui et contrôle toute son activité psychique en dirigeant ses actes, sa pensée et ses perceptions.

Contention : consiste à restreindre ou maîtriser les membres supérieurs et ou inférieurs du patient par un dispositif fixé au lit.

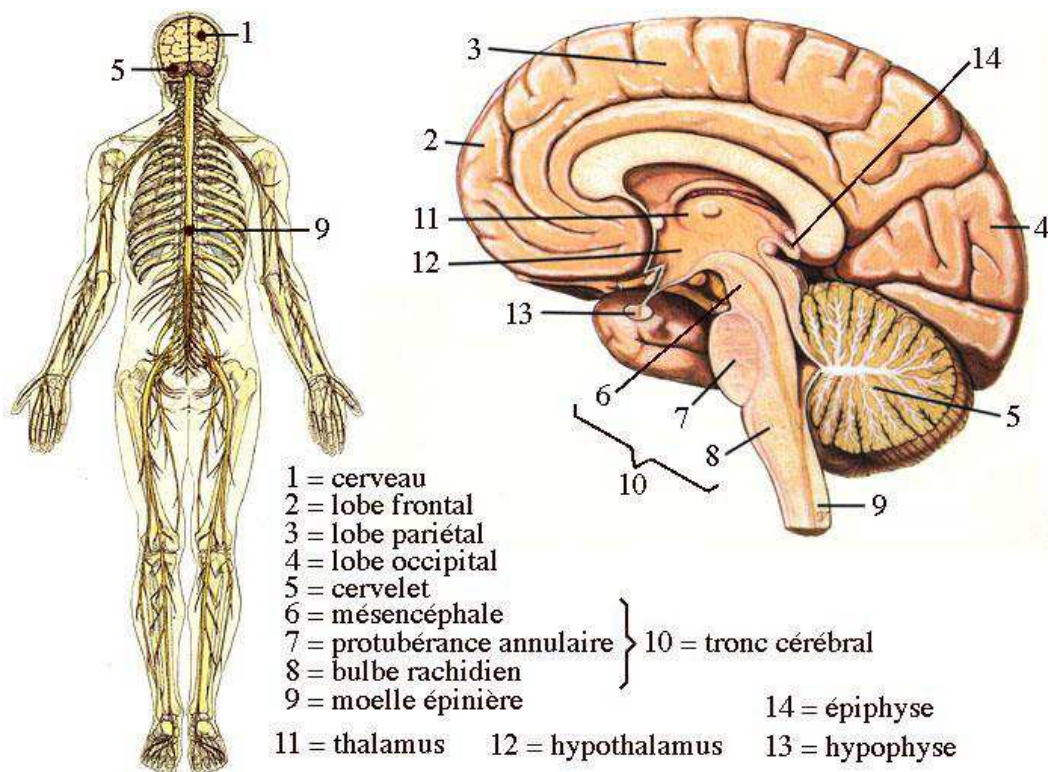
Dissociation : rupture de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs sur lesquels reposerait le fonctionnement mental. Se manifeste beaucoup par des troubles de la pensée, et impacte sur la vie affective, sociale, relationnel, etc.

Hallucinations psychiques : phénomènes hallucinatoires verbaux apparaissant sous la forme de voix sans timbre, sans sonorité, de voix chuchotées, de pensées parlées, de transmissions de pensées. Ils constituent un syndrome d'influence (impression qu'on agit sur sa pensée).

ANNEXE 1 : L'ORGANISATION DU CERVEAU

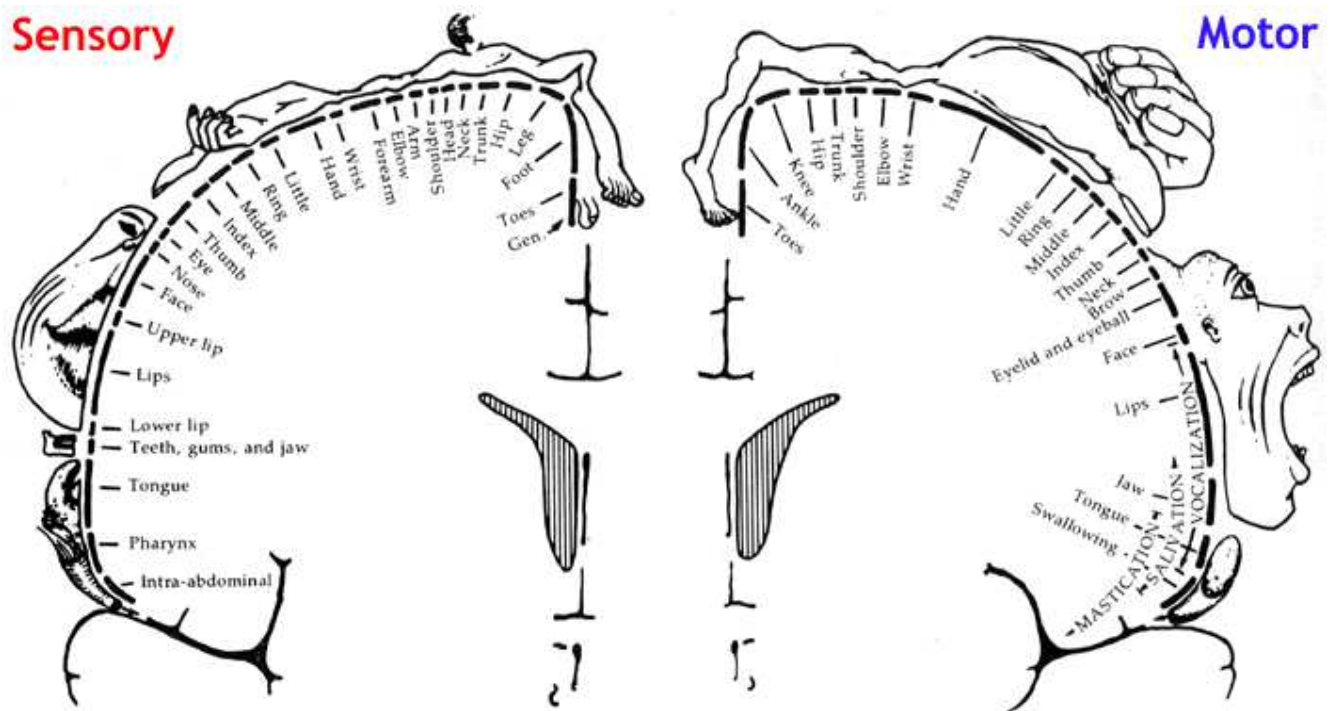


<http://tpelavie.free.fr/Organes.html>



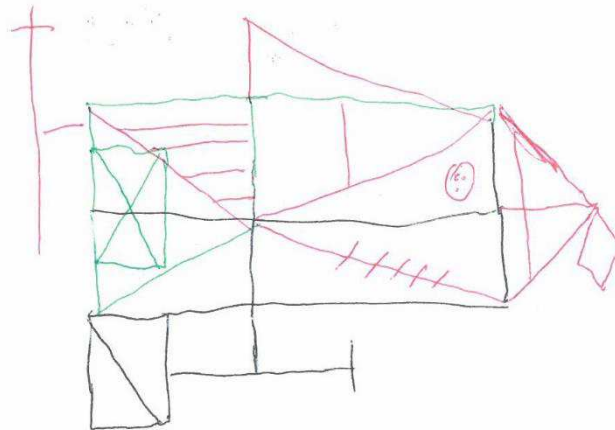
<http://www.afblum.be/bioafb/structsn/structsn.htm>

ANNEXE 2 : L'HOMONCULUS DE PENFIELD

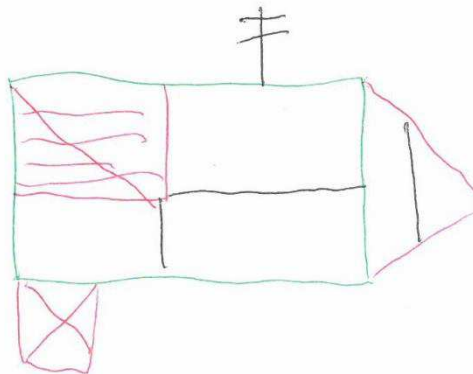


<http://freethoughtblogs.com/pharyngula/2011/08/06/how-am-i-going-to-fit-an-mri-in-the-bedroom/>

ANNEXE 3 : FIGURE DE REY DE MONSIEUR D

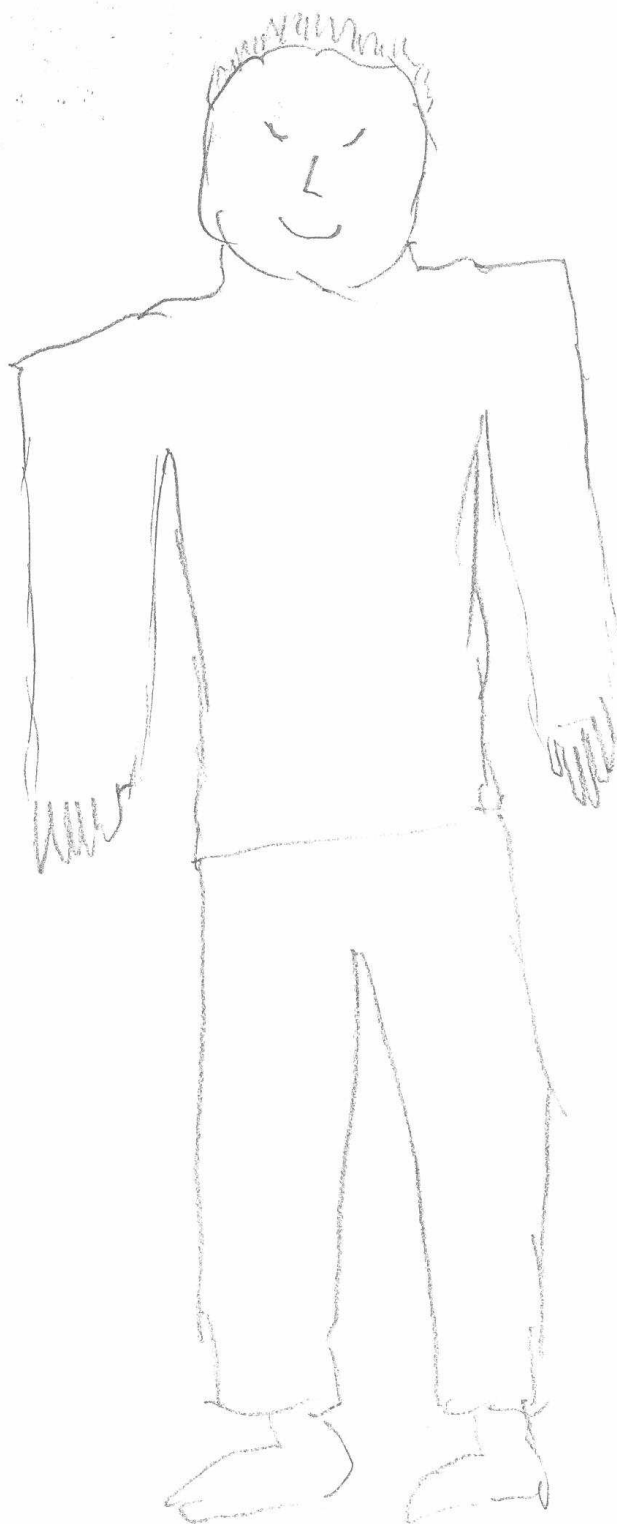


Copie réalisée en 3 minutes 05, construction de type IV inférieure riche.

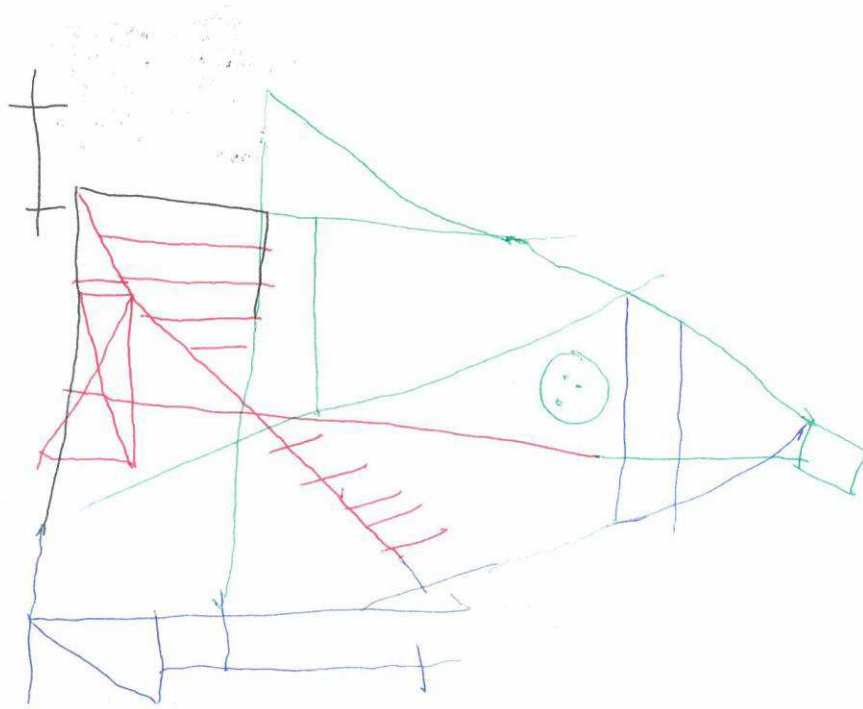


Mémoire réalisée en 1 minute 50, construction de type I supérieure pauvre.

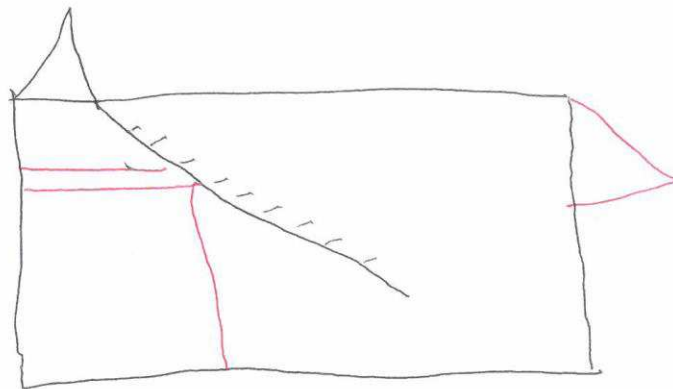
ANNEXE 4 : REPRESENTATION DE SOI DE MONSIEUR D



ANNEXE 5 : FIGURE DE REY DE MONSIEUR C

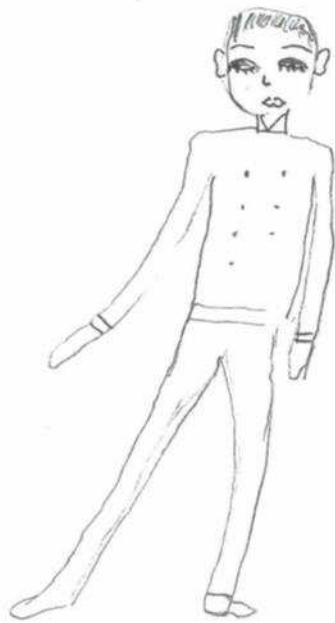


Copie réalisée en 4 minutes, construction de type IV inférieure riche.



Mémoire réalisée en 1 minute, construction de type I supérieure pauvre.

ANNEXE 6 : REPRESENTATION DE SOI DE MONSIEUR C



ANNEXE 7 : BILAN DE LA CONSCIENCE CORPORELLE

EXAMEN DE LA CONSCIENCE CORPORELLE

« On va faire un point sur ce que vous pouvez ressentir dans votre corps, répondez le plus sincèrement possible, vous aurez le droit de me dire « je ne sais pas ». »

D'abord attendre une réponse spontanée du patient avant de lui proposer des réponses.

- **TONUS :**

→ **Ballant et extensibilité:** (Echelle -capacité/perception à se relâcher)

Poignets et avant- bras	Evaluation	- 1	2	3	4	5 +
		- 1	2	3	4	5 +
	Auto-évaluation	- 1	2	3	4	5 +

Spasticité Persévérance Anticipation Résistance / Opposition Paratonie Blocage
Participation

« Lequel avez-vous senti le plus relâché ? »

- Droit
- Gauche
- Aucun/ les deux pareils

→ **Tonus de fond :** (Echelle-capacité/perception à se relâcher)

Tonus de fond	Hypotonie	Hypertonie
Evaluation		

Auto-évaluation	- 1	2	3	4	5 +
-----------------	-----	---	---	---	-----

« Dans la vie de tous les jours, généralement, vous vous sentez plutôt ? »

- Droit, tendu, très tonique, crispé
- Mou, apathique, pas tonique, bien détendu
- Je ne sais pas

• **REACTIONS TONICO-EMOTIONNELLES :**

Epreuve des bras tendus, les yeux fermés, les deux bras sont tendus devant soi, on relâche les deux bras en même temps le long du corps :

Claquements de mains de l'examineur	- 1	2	3	4	5 +
Sur auto-commande	- 1	2	3	4	5 +

→ Contrôle segmentaire :

Epreuve : les deux bras tendus, on relâche un bras le long du corps :

Claquements de mains de l'examineur (Evaluation)	- 1	2	3	4	5 +
Sur auto-commande (Evaluation)	- 1	2	3	4	5 +

« Etait-ce difficile de relâcher seulement un bras sur les deux ? »

- Oui, lequel ? (Echelle- capacité/perception à se relâcher)
- Non ?
- Je ne sais pas

Auto-évaluation	-	1	2	3	4	5	+

☐ Réaction aux bruits (sursauts)

☐ Fermeture des yeux

• **INVESTISSEMENT DU CORPS :**

→ Schéma corporel :

- Dénomination des points d'appuis

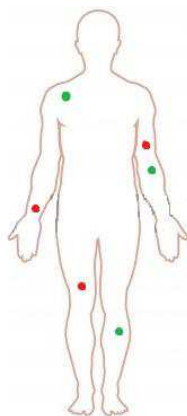
Demander au patient de citer tous les points de son corps qui sont en contact avec un mur ou allongé (demander à ce qu'il colle toutes les parties du corps possibles contre le mur ou le sol).

Ce qui est cité :

Observations :

- Localisation des stimuli tactiles

Demander au patient la localisation et les sensations associées lorsque vous venez stimuler 3 points de son corps. Pour localiser, il devra notifier les endroits des stimuli à l'aide d'une silhouette.



Allongé - Debout

Commentaires du patient :

- Est-ce que c'est difficile de localiser les stimulations ?
- Plus facile :
 - Allongé ?
 - Debout ?
 - Aucun ?
- Avez-vous ressentir quelque chose dans votre corps lors des stimulations ? Les sensations étaient-elles différentes debout ou allongé ?

→ Questions autour du corps : (Auto-évaluation)

- Que pensez-vous de votre corps ?
- Est-ce qu'il y a des parties de votre corps que vous préférez ?
- Des parties que vous aimez moins/pas ?
- Le rapport au miroir ?
- Y'a-t-il des endroits qui sont douloureux, des zones fragiles du corps, des antécédents somatiques ?
- Pratiquez-vous une activité sportive ? Et anciennement ?

→ Image du corps : (Evaluation)

- Présentation :
 - Incurie
 - Négligée
 - Soignée
- Toilette :
 - Opposition
 - Assistance totale
 - Avec stimulation
 - Autonome
- Tenue vestimentaire, coiffure :
 - Exubérant
 - Adapté
 - Recherché
- Une représentation de soi (Dessin du Bonhomme modifié)

Commentaires du patient :

- **MANIFESTATIONS ANXIEUSES :** (Auto-évaluation)

- Vous arrive de ressentir des tensions, du stress, de l'anxiété ?
- Quelles en sont les causes ?
- Il y a-t-il des moments précis dans la journée ou est-ce un état permanent ?
- Cela vous arrive-t-il souvent ? (jour, semaine, mois)
- Depuis combien de temps ?
- Les répercussions sur la vie quotidienne ?
- Comment cela se traduit-il ?

- Corporellement :

Grincements de dents	Bouffées de chaleur ou de froid	Palpitations
Douleurs dans la poitrine	Sensations d'étouffement	Bouche sèche
Problèmes de Transit	Douleurs dans le ventre	Tensions musculaires
	Maux de tête	Sudation

- Psychiquement :

Inquiétude	Pleurs faciles	Peurs (foule, noir, animaux...)
Difficultés de concentration	Fatigabilité	Tremblements
Perturbations sommeil		

- Lors de ces moments, est-il plus difficile d'être attentifs aux sensations du corps ?
- Les pensées, les idées empêchent-elles d'être disponible ? Moins réceptif au corps ?
- La fatigue vous empêche de vous concentrer sur le corps ?
- (Votre symptomatologie vous limite-t-elle dans vos capacités à percevoir avec le corps ?)

Auto-évaluation	- 1	2	3	4	5 +
-----------------	-----	---	---	---	-----

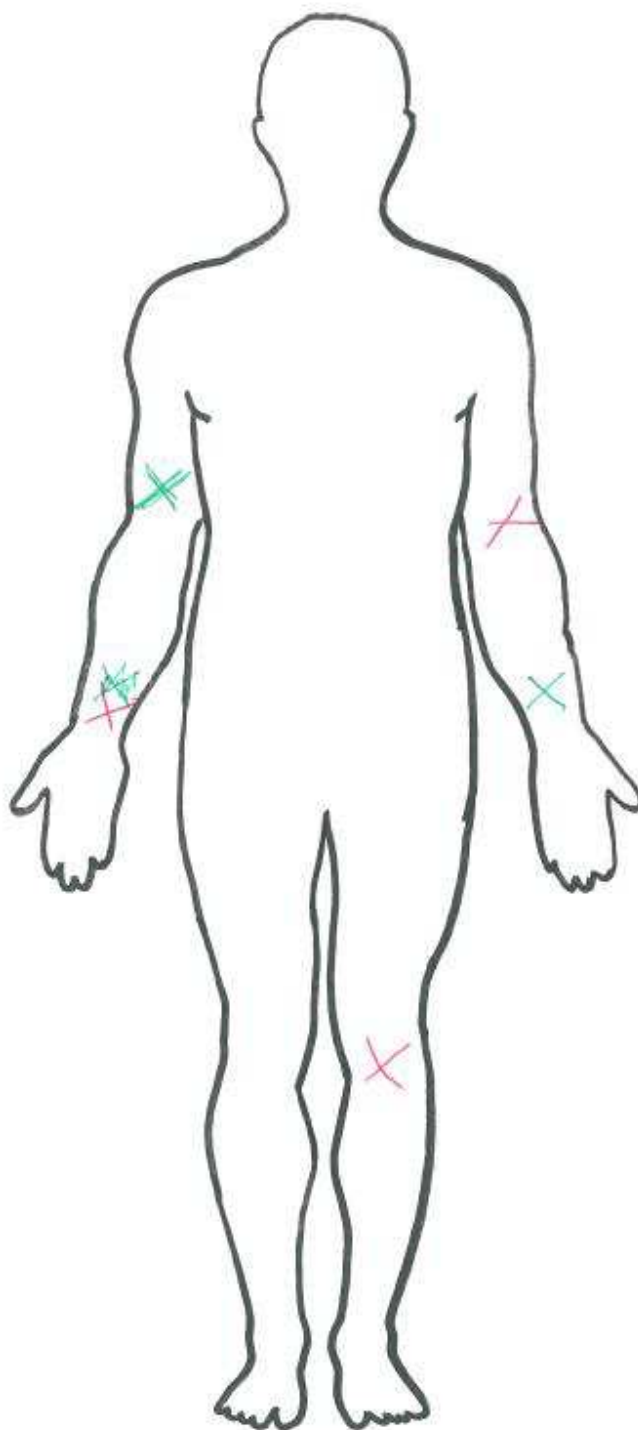
• **POSTURE :**

Demander au patient de fermer les yeux, lui induire une posture avec le toucher. Lui faire reprendre position initial (YF), puis il doit refaire la posture les yeux ouverts, puis les yeux fermés.

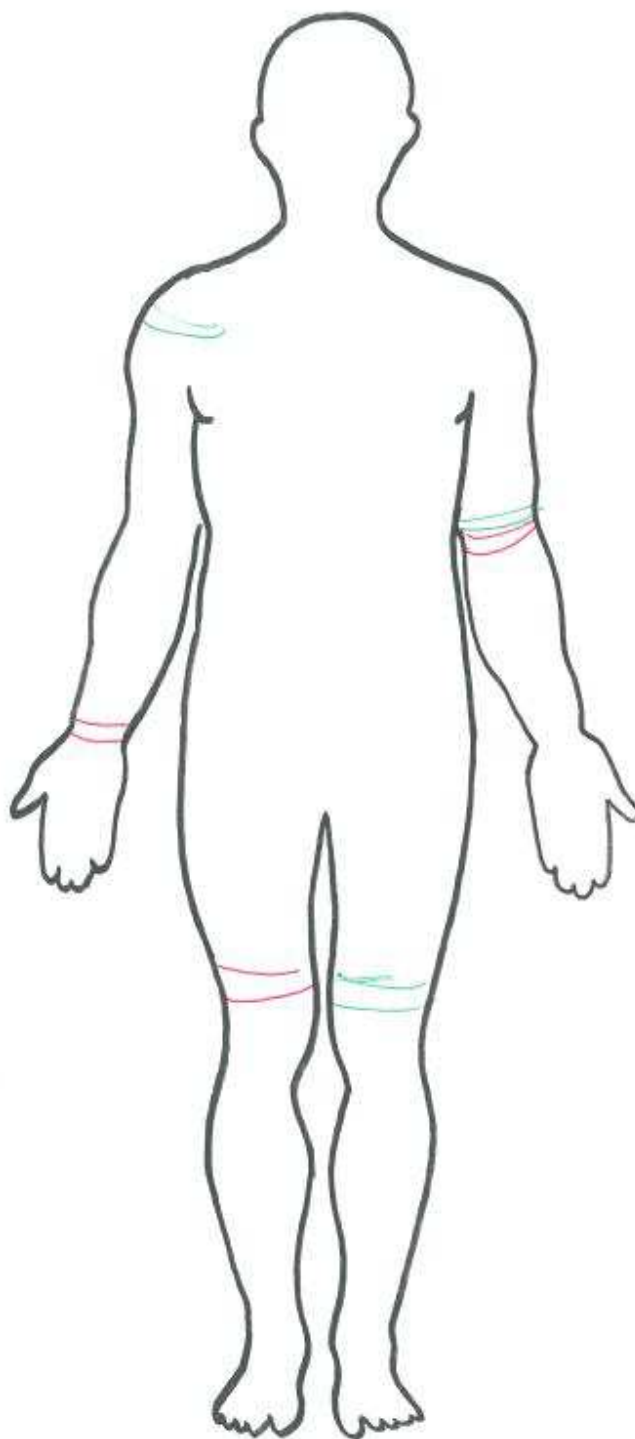
- Difficile de percevoir la hauteur et/ou l'amplitude des mouvements subis ?
- Plus facile :
 - les yeux ouverts ?
 - les yeux fermés ?
 - aucun/ les deux pareils ?

Evaluation	- 1	2	3	4	5 +
Auto-évaluation	- 1	2	3	4	5 +

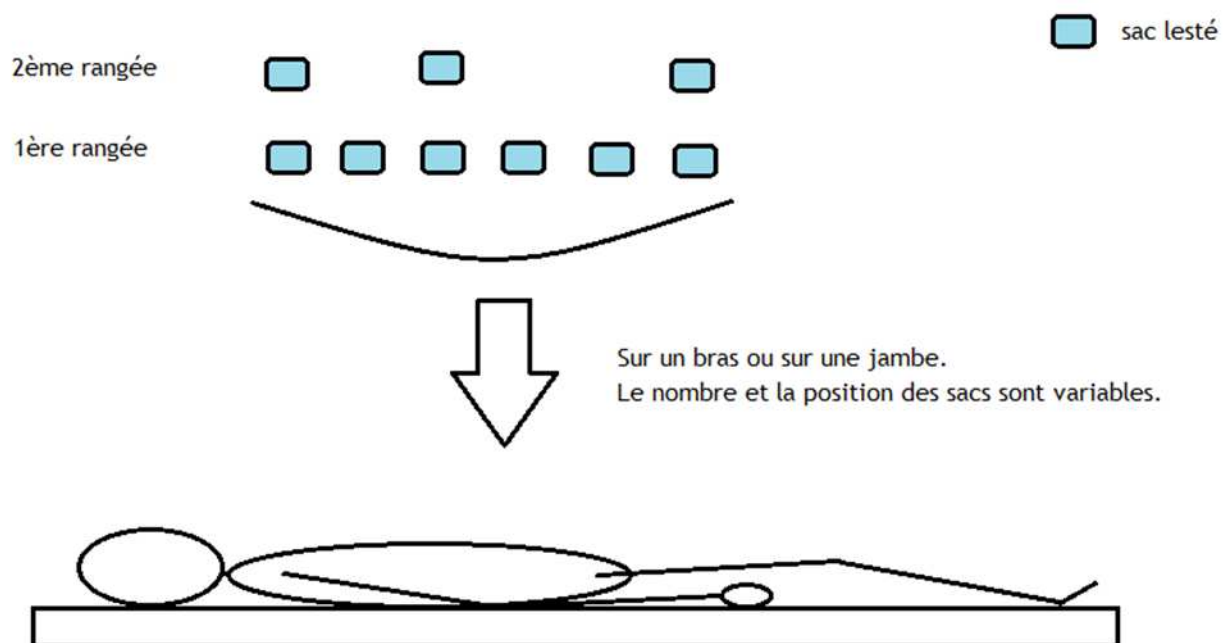
ANNEXE 8 : SILHOUETTE M. D DE L'EXAMEN DE LA CONSCIENCE
CORPORELLE



ANNEXE 9 : SILHOUETTE M. C DE L'EXAMEN DE LA CONSCIENCE
CORPORELLE



ANNEXE 10 : LES SACS LESTES



BIBLIOGRAPHIE

- J. ADES, A. FELINE, P. HARDY, T. LEMPERIERE, F. ROUILLON (1977), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Masson, 2006.
- J. AJURIAGUERRA (1970), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris Masson.
- J. AJURIAGUERRA (1974), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris Masson.
- J.-F. ALLILAIRE, I. GASMAN (2009), *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte*, Issy Les Moulineaux, Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *MINI DSM-IV-TR, Critères diagnostiques*, traduction française par J.-D. GUELFY *et all.*, Paris, Masson.
- P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France.
- P. ANDRE (2006), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Heures de France, 4^{ème} édition revue et argumentée 2012.
- D. ANZIEU (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunot, 1996.
- A. BECK, G. EMERY, A.J. RUSH, B.F. SHAW (1979), *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press.
- P. BERNARD, CH. BRISSET, H. EY (1960), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1989.
- M. BERNARD (1995), *Le corps*, Paris, Editions du Seuil.
- M.-L. BOURGEOIS (2006), *Les troubles de l'humeur, Que sais-je ?*, Paris, Presse Universitaire de France (PUF).
- (Sous la direction de) A. CALZA, M. CONTANT (2007), *Psychomotricité*, Issy-Les-Moulineaux, Masson, 3^{ème} édition.
- M. CHAHBAZIAN (2007), *Le lien psychosomatique De l'affect au rythme corporel*, Sèvres, EDK.
- A.R. DAMASIO (1999), *Le Sentiment même de soi*, Paris, Odile Jacob.
- A.R. DAMASIO (2003), *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob.
- V. DEFIOLLES-PELTIER (décembre 2000), *Du corps au psychisme, Santé Mentale n°53*, Paris, Eyrolles, pp. 68-71.
- J. DELAY (1946), *Les dérèglements de l'humeur*, Paris, PUF.
- F. DOLTO (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil.

- P. DUCONGE (2008), Rééducation proprioceptive du patient postural, *Résonances européennes du Rachis*, Volume 15 N° 48, pp. 1993-1999.
- F. FERRERI, C. AGBOKOU (2006), *Psychiatrie et développement Maturation et vulnérabilité*, Paris, Med Line.
- M. GODFRYD (1999), *Psychiatrie de l'adulte De la théorie à la pratique*, Rueil-Malmaison, Doin.
- B. LESAGE (2004), Itinéraire pour un dialogue corporel structurant, *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, Hors-Série, pp. 408-443.
- M. LOTZE, G. SCHELER, H.R. TAN, C. BRAUN, N. BIRBAUMER (2003), The musician's brain: functional imaging of amateurs and professionals during performance and imagery, *Neuroimage* n° 20, pp. 1817-29.
- M. LUYAT (2009), *La perception*, Paris, Dunod.
- M. MAUSS (1934), Les techniques du corps, *Journal de Psychologie*, t.32, 15 mars - 15 avril, 1936. Communication présentée à la *Société de Psychologie* le 17 mai 1934.
- 1936. J.-D. NASIO (2007), *Mon corps et ses images*, Paris, Payot.
- W. PENFIELD, E. BOLDREY (1937), Somatic motor and sensory representation in the cerebral cortex of man as studied by electrical stimulation, *Brain* n° 60, pp. 389-443.
- E. PIREYRE (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.
- J. POSTEL (1998), *Dictionnaire de la Psychiatrie*, Villatuerta, Larousse, 2011.
- D. RICHARD, D. ORSAL (2001), *Neurophysiologie*, Paris, Dunod.
- A.-C. ROUSSIGNOL, N. GIRAUDEAU, F. THIBAUT en collaboration avec J. MASSOL, P. MARTIN, N. BRION, D. GINEST, F. PAILLE (2005), Classifications des psychotropes, *Prescription des psychotropes*, Paris, Maloine.
- P. SCHILDER (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.
- M. SCHÜNKE, E. SCHULTE, U. SCHUMACHER, M. VOLL, K. WESKER (2009), *Atlas d'anatomie Prométhée, tête et neuro-anatomie*, Paris, Maloine.
- S. TRIBOLET, C. PARADAS (2003), *Guide pratique de psychiatrie 5^{ème} édition*, Paris, Heures de France.
- D. WINNICOTT (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot.

Résumé :

Conscience corporelle - Maladie maniaco-dépressive - Schizophrénie paranoïde - Ressentis corporels - Structuration psychocorporelle - Individualité.

La conscience corporelle est un processus neurophysiologique et psychologique. Elle commence le plus souvent par les récepteurs sensoriels pour terminer en élaboration mentale et parfois verbale. A travers la maladie maniaco-dépressive et la schizophrénie paranoïde, les propriétés de la prise de conscience du corps et ses individualités sont explorées. Les liens entre le corps et l'esprit sont importants et ils sont parfois oubliés inconsciemment par les patients. La conscience corporelle est un concept au cœur du métier de psychomotricien. Ce dernier va pouvoir redonner du sens à toute l'unité psychocorporelle du patient dans ses prises en charge.

Summary :

Body consciousness - Bipolar disorder - Paranoid schizophrenia - Body feelings - Psychocorporal construction - Individuality.

The body consciousness is a neurophysiological and psychological process. It most often begins with the sensory receptors to finish in mental elaboration and sometimes verbal. Through bipolar disorder and paranoid schizophrenia, the properties of the body awareness and its individualities are explored. The links between mind and body are important and they are sometimes forgotten unconsciously by patients. The body consciousness is a concept at the heart of the profession of psychomotor. The latter will be able to give meaning to the psychocorporal unit of patient in his management.