



HAL
open science

S'é-mouvoir : le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi chez les patients psychotiques

Marie Texier

► **To cite this version:**

Marie Texier. S'é-mouvoir : le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi chez les patients psychotiques. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01195844

HAL Id: dumas-01195844

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195844>

Submitted on 8 Sep 2015

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

– Collège Sciences de la Santé–

Institut de Formation en Psychomotricité

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

S'é-mouvoir

Le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi
chez les patients psychotiques

Marie TEXIER

Née le 7 Juillet 1992 à Bayonne (64)

Directeur de Mémoire : Fabienne CAMPEDEL

Juin 2015

UNIVERSITE de BORDEAUX

– Collège Sciences de la Santé–

Institut de Formation en Psychomotricité

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

S'é-mouvoir

Le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi
chez les patients psychotiques

Marie TEXIER

Née le 7 Juillet 1992 à Bayonne (64)

Directeur de Mémoire : Fabienne CAMPEDEL

Juin 2015

REMERCIEMENTS...

A Tous les patients, petits et grands ;

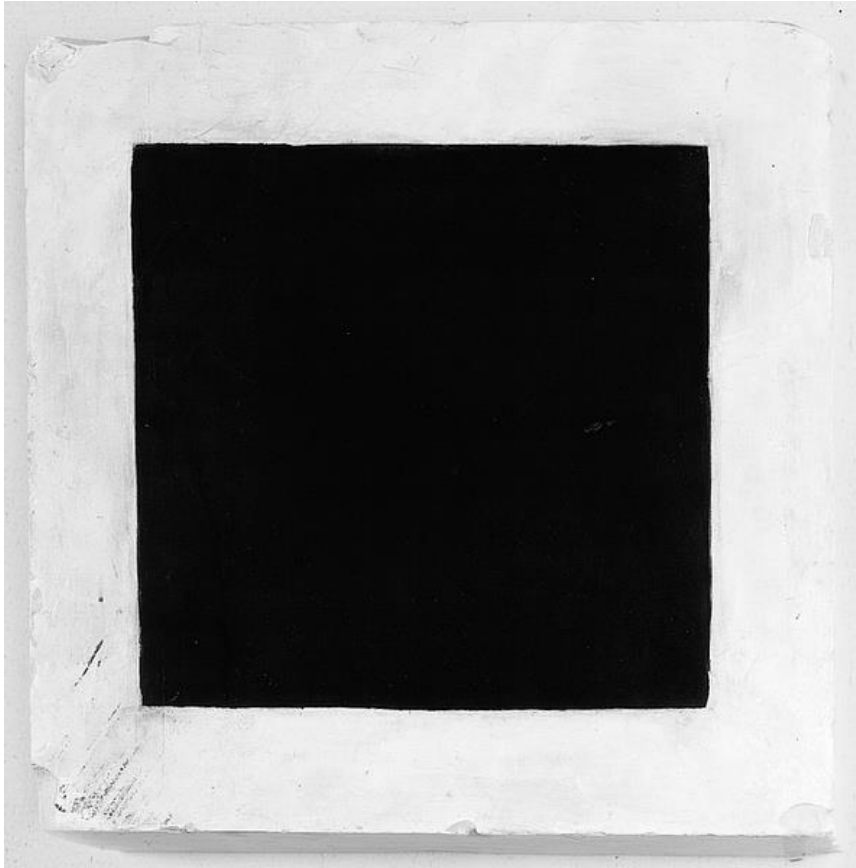
A Fabienne CAMPEDEL, ma directrice de mémoire et maître de stage, pour ses conseils, son aide et son investissement ;

A tous mes maîtres de stage, Serge CAMPAN, pour cette année et Benjamin CARRERA pour l'année dernière, pour leurs accompagnements dans la découverte de la pratique psychomotrice, leurs disponibilités, leurs soutiens et leurs nombreux échanges;

Aux différentes équipes rencontrées, pour leurs accueils conviviaux et leurs regards cliniques qui m'ont beaucoup appris ;

A ALIZEE, et TOUS ceux qui ont accordé du temps à l'élaboration de cet écrit, à le lire, le relire, pour les avis, les réflexions, les discussions...

AVANT-PROPOS :



Kasimir MALEVITCH, *Carré noir* [1923 - 1930]

Huile sur plâtre, 36,7x36,7x9,2 cm -

Œuvre actuellement présentée dans les collections modernes du Musée Pompidou, Paris

Retenons ce tableau pour illustrer que chaque perception appartient au sujet qui perçoit.

<u>SOMMAIRE</u>	4
INTRODUCTION	6
I. LA PSYCHOSE	9
A. L'univers de la psychose	9
B. Les différentes psychoses	10
1. Les psychoses infantiles.....	10
2. Les psychoses adultes.....	12
C. Les modalités d'approches thérapeutiques	15
1. L'approche pharmacologique.....	16
2. Les approches globales recommandées	17
3. Les approches globales non consensuelles.....	17
II. LA PECEPTION DE SOI	19
A. Définitions de la perception de soi	19
1. La perception objective.....	20
2. La perception subjective	21
3. Les concepts de schéma corporel et d'image du corps.....	22
B. Dans le développement de l'enfant	25
1. Les interactions précoces.....	26
2. Les miroirs.....	28
3. L'identité	29
4. Synthèse.....	32
C. Le psychotique et son corps	33
1. Les angoisses corporelles.....	34
2. Les mécanismes de défenses.....	35
3. Les conduites compensatoires.....	37
4. Les troubles psychomoteurs.....	40
III. LE MOUVEMENT EN PSYCHOMOTRICITE AU SERVICE DE LA PERCEPTION DE SOI	51
A. Le cadre thérapeutique	51
1. La thérapie psychomotrice.....	51
2. Le bilan psychomoteur et le projet thérapeutique.....	52

3. Le psychomotricien et la perception.....	54
B. Intérêt d'un travail médiatisé par le mouvement.....	56
1. Le mouvement	57
2. Le jeu dans le soin	59
3. Aller-retour entre corps-sujet et corps-objet.....	61
IV. AU COEUR DE LA CLINIQUE	64
A. Mr D., « <i>Je suis dans mes pensées les plus profondes</i> »	64
1. Présentation de la structure.....	64
2. Eléments biographiques et anamnèse.....	65
3. Traitement médicamenteux.....	66
4. Premières rencontres pendant des temps informels.....	66
5. Atelier « Art Corporel »	68
6. Séances et évolution	69
7. Conclusion.....	75
B. Thomas, <i>A fleur de peau</i>	76
1. Présentation de l'institution de soin.....	76
2. Eléments biographiques et anamnèse	77
3. Différents bilans et réunion.....	78
4. Bilan psychomoteur.....	79
5. Les séances de psychomotricité et évolution.....	81
6. Conclusion.....	86
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE	89
TABLE DES MATIERES	92

INTRODUCTION :

A travers mes premières impressions concernant ce milieu singulier qu'est la psychiatrie, différentes interrogations ont émergés concernant la pathologie psychotique.

Mes différentes rencontres avec ces patients sont insolites, j'ai dès les premières minutes l'impression qu'il y a « quelque chose qui cloche », quelque chose d'étrange.

Certains semblent ignorer complètement leur corps, d'autres semblent être comme figés, bloqués. D'autres encore se collent physiquement à moi, d'autres semblent être dans un mouvement perpétuel, certains se cognent souvent aux murs, aux autres. Certains me donnent l'impression de bouger seulement pour se déplacer, laissant apparaître l'aspect mécanique du corps. D'autres semblent avoir un corps plutôt objet, subi, d'autres semblent constamment dans le contrôle.

La façon dont ils investissent leurs corps est singulière et m'interroge. Je me demande alors **comment ces patients perçoivent-ils leurs corps ? D'ailleurs le perçoivent-ils ?**

J'ai parfois l'impression que je n'arrive pas établir la « bonne distance » entre nous, étant soit dans un trop près, ou dans un trop loin, n'arrivant pas à trouver un entre deux qui semblerait être l'ajustement adéquat. Certains me donnent l'impression qu'ils filent, qu'ils sont insaisissables, ne me donnant que peu ou pas de points d'accroche pour les rencontrer alors qu'ils sont pourtant en face ou à côté de moi. Ils racontent peu d'histoires personnelles, il y peu d'affects dans leurs discours, me donnant l'impression qu'ils portent un masque, donnant un aspect fermé à leurs visages.

Les regards des patients sont souvent fuyants. Lorsque j'établis un contact avec le regard, j'ai l'impression d'être face au vide, ces yeux me traversent complètement. Ou encore, ce regard est si intense que l'expression « manger des yeux » prend tout son sens, me mettant mal à l'aise.

J'ai pris conscience que les difficultés psychiques de ces personnes étaient visibles dans leurs postures, leurs attitudes, leurs jeux ou bien dans leurs discours.

Les nouvelles sensations sont prises en compte par un système qui a un vécu et une mémoire qui donne une couleur particulière à cette sensation : c'est la perception. Il y a

perception quand le sujet peut extraire l'information utile pour interpréter la réalité sensible, les sensations sont alors analysées, différenciées, classées.

Si les sensations ne sont pas intériorisées et conscientisées, elles ne seront pas symbolisées, mentalisées ce qui entraîne une perturbation de la perception de soi, de son corps en partie ou de manière plus totale. Les perceptions ont un rôle dans l'organisation de la personnalité. Elles permettent d'investir le corps comme le sien, différencié et identifié. Les perceptions corporelles sont à la base de l'organisation psychocorporelle de l'individu : de la perception de soi.

Pour le sujet psychotique, s'éprouver comme sujet incarné ne va pas de soi. Si le corps se construit dans un perpétuel nouage entre soma et psyché, **comment décrypter les « ratés » ? Comment proposer un lien entre la mise en jeu du corps et un vécu corporel ? La (re)construction d'un espace corporel propre peut-il tendre vers/aider à la perception de soi ?**

De l'infiniment petit à l'infiniment grand, le mouvement peut représenter la vie, en effet, les cellules se dupliquent, les neurones migrent, tout le monde est suspendu aux premiers mouvements du bébé lorsqu'il naît ou encore la vieillesse est représentée comme une période de moindre mouvements. Le mouvement reflète la complexité de l'être humain. Il met en jeu le corps dit « organique ou bien physio-anatomique ». Les mouvements peuvent être dirigés, bruts, réflexes ou anticipés, en réaction à une situation ou en imitation de l'autre, ayant des effets sur l'environnement, la relation avec l'autre, ils induisent un déplacement dans l'espace ou bien ils servent à la découverte du corps propre. Le mouvement utilise donc le corps comme support psychocorporel.

C'est pourquoi j'en suis donc arrivée à la problématique suivante :

Comment le mouvement en psychomotricité contribue-t-il à la perception de soi chez les patients psychotiques ?

Pour répondre à cette problématique, il m'apparaît opportun de consacrer un chapitre aux psychoses pour les définir ainsi qu'en donner les caractéristiques générales puis détailler les différentes pathologies ainsi qu'aborder les prises en soins possibles pour ces patients.

Ensuite, je consacrerai un chapitre à la perception de soi. Comment cette perception de soi se construit-elle au cours du développement ? Puis, j'aborderai la problématique du vécu corporel du sujet psychotique.

Enfin, dans une troisième partie, j'interrogerai l'intérêt du mouvement dans une prise en charge en psychomotricité au service de cette perception de soi. Comme dit précédemment, la façon dont les personnes rencontrées en stage bougent, me semble particulière : que cela soit du micromouvement d'une seule partie du corps ou bien le déplacement du corps tout entier. En prenant comme support la prise en soin groupale dans un atelier thérapeutique autour du mouvement, que j'ai pu mettre en place dans un de mes stages d'une part, et les prises en charge individuelles ayant comme support le jeu de l'enfant, j'aimerais interroger la place de la psychomotricité. **Est-ce que le mouvement ressenti ou même vécu permettrait-il une perception de soi ?**

Pour terminer, je présenterais des études de cas en lien avec ma problématique. Tout au long de cet écrit, j'illustrerai les propos théoriques de vignettes cliniques.

I. LA PSYCHOSE

A. L'univers de la psychose

La psychose s'inscrit dans le domaine de la psychiatrie. Sous ce terme « psychose », de nombreux troubles mentaux sont regroupés. Selon les différents courants théoriques et au fil de l'époque diverses caractéristiques lui ont été attribuées.

Nous pouvons néanmoins retrouver deux signes constants qui sont :

- **La perte de contact avec la réalité** qui suppose « *la disparition des choses ou la construction d'une autre réalité auquel le sujet adhère* »¹

Lors d'une séance de groupe, nous jouons au loup avec les enfants. Nathan se cache sous des tapis en mousse, c'est le psychomotricien qui joue le loup. Lorsque Nathan est découvert, et qu'il est sur le point d'être « mangé » par le loup, celui-ci éclate en sanglot, manifestant une peur terrible. J'ai l'impression que la frontière entre le réel et le « faire semblant » a disparu, le loup existe vraiment pour lui et il le menace.

Le délire est « *un ensemble d'idées erronées qui sont en opposition avec la réalité et auxquelles le sujet croit [...] : pour lui, c'est la réalité* »². Le délire peut être sous tendu par différents thèmes (persécution, influence, mystique, mégalomanie par exemple) qui peuvent être systématisés ou non et qui peuvent utiliser divers mécanismes.

- **Le trouble de l'identité** (« *perte de limites du Moi* »)³ peut être représenté sous formes multiples comme la perte de repères corporels, l'incertitude de genre ou bien les modifications de l'image du corps. Cela affecte les bases même de l'identité qui sont le sentiment d'exister, de se représenter, de se sentir soi-même.

Mme M. se sent plus épanouie par rapport aux mois derniers. Elle est joyeuse et se sent bien. Elle peut dire que son changement d'humeur est lié au fait qu'elle soit devenue un autre elle.

Les deux signes décrits précédemment ne suffisent pas à poser un diagnostic puisqu'ils peuvent être tous deux présents dans d'autres pathologies.

¹ JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition, p13

² JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition p15

³ *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Edition 4, texte révisé, p343

D'autres signes sont donc à observer dans la psychose⁴:

- La « **méconnaissance de l'état morbide** » qui se définit par l'incapacité du patient à se rendre compte qu'il est malade.

Pourtant il me semble que certains patients puissent y avoir accès. Lorsque je rencontre Mme B. pour la première fois, elle insiste pour me dire que « le plus compliqué dans ma maladie, ce sont mes troubles associés ».

- La « **gravité des troubles et l'incapacité à répondre aux exigences de la vie quotidienne** » ce qui affecte les individus dans les liens sociaux notamment dans les activités qui demandent d'établir de la communication avec l'autre.
- « **L'angoisse** » majeure et envahissante qui est de l'ordre du vécu sans objet vecteur d'un danger imminent sans objet représenté.

Mr D. présente une schizophrénie paranoïde. Lors des tours de parole proposés pendant les ateliers thérapeutiques, il exprime son « fond d'angoisse permanent ». Il va « bien et en même temps, ça ne va pas », il se décrit comme étant ambivalent.. Je peux également le percevoir au travers de manifestations physiques comme la transpiration, ou sa manière de se frotter les mains, son regard alerte, il semble sur le « qui-vive ».

- Des **troubles du comportement** comme des passages à l'acte agressifs ou suicidaires.

Tous ces troubles sont non spécifiques mais leur association, leur persistance et leur régularité permettent de décrire la psychose.

Il est également important de noter que la décompensation psychotique se traduit cliniquement par une rupture majeure du fonctionnement psychique antérieure. Elle suppose une rupture d'un état d'équilibre du mode de fonctionnement tel que cela rend la vie impossible et signe l'entrée dans une phase aiguë de la maladie.

B. Les différentes psychoses

1) Les psychoses infantiles

Les psychoses infantiles sont des pathologies qui débutent dans les deux premières années de la vie, et qui sont marquées par un trouble profond du contact avec le monde extérieur et par une angoisse massive lors d'expériences de séparation.

⁴ JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition, p14-15

Nous pouvons noter plusieurs points communs entre ces pathologies comme une altération globale des capacités de communication, des troubles relationnels et de la socialisation, un comportement inadapté à la réalité, un fonctionnement cognitif souvent altéré.

Le Manuel diagnostique des troubles mentaux, édition II (DSM-II) et la Classification internationale des maladies, édition 9 (CIM-9) qualifiaient un trouble mental de « psychotique » pour désigner « *une altération qui interfère de façon marquée avec la capacité à répondre aux exigences ordinaires de la vie* ». Aujourd'hui, le terme de « psychose » pour désigner les pathologies de l'enfant n'est plus utilisé par les classifications internationales telles que le DSM-IV ou la CIM-10, ce sont les notions de « **trouble envahissant du développement (TED) et troubles apparentés** »⁵ qui le sont.

Les TED regroupent différents syndromes tels que l'autisme typique ou **trouble du spectre autistique**, le **syndrome de Rett**, le **trouble désintégratif de l'enfant** et le **syndrome d'Asperger**.

Le DSM-IVTR inclue une autre catégorie qui est le **TED non spécifique** et l'**autisme indifférencié**. Ces syndromes regroupent les caractéristiques principales du TED mais diffèrent par leur intensité ou leurs symptômes paradoxaux des catégories précédentes.

Au sein, des psychoses infantiles, nous pouvons donc différencier les psychoses précoces et les psychoses d'apparition tardives.

Parmi les premières, nous retrouvons les psychoses autistiques, dans les secondes, la **schizophrénie infantile** définie par un développement précoce normal qui régresse avec un repli de l'enfant dans une vie fantasmagorique riche, entre autre.

Nous avons également les **dysharmonies psychotiques** présentes dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)⁶ et décrits comme un groupe particulier des troubles envahissants du développement non spécifiques. Les dysharmonies évolutives sont caractérisées par une perturbation complexe du développement de l'enfant. Il s'agit d'états déficitaires et psychotiques qui n'affectent pas de la même manière la psychomotricité, le langage et les fonctions cognitives.

J'ai choisi de les évoquer en ces termes-là car dans les institutions dans lesquelles je fais mes stages, la terminologie « psychose infantile » est utilisée pour décrire les troubles des

⁵ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Edition 4, texte révisé, p 85

⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Autisme et autres troubles envahissants du développement : Etat des connaissances*, argumentaire, Janvier 2010, P114

enfants et cela correspondrait **aux troubles envahissants du développement non spécifiques** ou aux **dysharmonies**.

De plus, parler de psychoses semble complémentaire puisque cela permet d'introduire à la dimension taxinomique, la dimension du fonctionnement psychopathologique. « *Penser dès lors l'articulation entre l'hypothèse d'une souffrance psychique et d'un dysfonctionnement cognitif, en lien avec un possible défaut ou déficit touchant l'appareil neurologique permet de garder une ouverture d'esprit suffisante pour penser et traiter ces pathologies déroutantes* »⁷. Il est nécessaire d'une boucle aller-retour entre le champ théorique et la clinique permettant d'enrichir les voies de compréhension de la pathologie.

Chez les enfants, il est bien souvent préféré d'évoquer **l'organisation de type psychotique** en gardant à l'esprit le caractère évolutif de la pathologie infantile. Cela introduit les termes tels que personnalités psychotiques, de traits psychotiques ou encore les structures psychotiques. Le normal et le pathologique seraient les deux parties d'un même continuum, ce qui donnerait un panachage important, laissant une place aux formes intermédiaires et atypiques. La structure psychique est perçue comme résultante de la genèse continue et cohérente avec l'histoire du sujet.

2) **les psychoses adultes** :

Le DSM-IV distingue « les troubles délirants aiguës et chroniques ». Les psychoses aiguës peuvent se définir par une apparition brutale et de résolution plus ou moins rapide, avec un retour possible à l'organisation psychique antérieure présumée non psychotique. Ces psychoses aiguës peuvent se chroniciser ; je parlerai de ces dernières dans ce mémoire.

Le DSM-IV⁸ regroupe les psychoses chroniques en distinguant différentes pathologies telles que :

La schizophrénie qui remplace le terme « démence précoce », j'ai choisi de la développer plus en détails ultérieurement.

Le **trouble schizophréniforme** est caractérisé par un tableau similaire à la schizophrénie à l'exception de la durée et de l'absence de l'exigence de la dégradation du fonctionnement.

⁷ J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press, p43

⁸ *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Edition 4, texte révisé, p373

Le trouble schizo-affectif est caractérisé par une affection comportant un épisode thymique et les symptômes de la base active de la schizophrénie.

Le trouble délirant est caractérisé par la présence d'idées délirantes sans autre symptôme.

Le trouble psychotique bref est une affection psychotique qui guérit en moins d'un mois ;

Le trouble psychotique dû à une affection médicale générale et celui induit par **une substance** sont la conséquence physiologique directe de l'affection médicale ou de la substance.

Le trouble psychotique non différencié est caractérisé par une impossibilité à le classer dans les troubles spécifiques précédents. Les informations sont insuffisantes ou contradictoires.

Il est précisé que ces troubles ont été regroupés afin de faciliter le diagnostic différentiel des troubles comportant des symptômes psychotiques comme aspect marquant de leur tableau clinique ; par exemple, la démence type Alzheimer ou l'épisode dépressif majeur avec trouble psychotique dans la section « troubles de l'humeur ».

La schizophrénie est une affection de longue durée qui touche les repères identitaires du sujet et le vécu de son intégrité physique.

Les modes d'entrée dans la schizophrénie peuvent être plus ou moins lents et progressifs, ou au contraire brutaux.

La schizophrénie pourrait être caractérisée par trois symptômes majeurs⁹ :

- La **dissociation**, proche de la notion de discordance, se traduit par la perte d'homogénéité de la personnalité, un défaut d'unité dans tous les domaines comme les attitudes, les comportements qui paraissent bizarres et inadaptés. Ce symptôme amène à une incohérence et un sentiment d'étrangeté dans sa manière d'être.
- L'**autisme** désigne la tendance à se couper du monde. L'indifférence affective de l'individu lui donne une impression de détachement, il est peu en relation avec les autres spontanément.
- L'**expérience paranoïde** est caractérisée par un sentiment d'étrangeté, l'individu se coupe de la réalité qu'il reconstruit en partie grâce au délire.

La schizophrénie est décrite, dans la nosographie actuelle, par une approche tridimensionnelle regroupant les symptômes positifs et syndrome de désorganisation qui sont

⁹ P.JUIGNET, *Les schizophrénies*, Psychisme 2011, magazine en ligne

les comportements pathologiques les plus frappants et les plus bruyants ainsi que par des symptômes négatifs.

Les symptômes positifs reflètent une distorsion des fonctions cognitives et intellectuelles de la personne. Ils se manifestent par :

- Les **idées délirantes** qui sont définies par des idées fausses, sans fondement à laquelle le sujet attache une foi absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration, non rectifiable par le raisonnement, en dehors de la réalité, distinctes des erreurs de jugement ou des croyances partagées par un groupe culturel.

Par exemple le délire d'influence (ou délire schizophrénique) est en lien avec les phénomènes de dépersonnalisation et d'étrangeté : quelqu'un vole la pensée de l'individu, le guide, quelqu'un agit également à distance sur son corps de manière télécommandée. Ou bien le délire de persécution qui est essentiellement un mécanisme projectif : « L'autre lui veut du mal ».

- Les **hallucinations** sont un mécanisme du délire. Elles sont définies par une « perception sans objet à percevoir ». Les hallucinations peuvent être psychosensorielles c'est-à-dire provenant des sens et donc sont externes au sujet ou bien elles peuvent être psychiques, ce sont les voix présentes à l'intérieur du sujet. Sa perception est bouleversée, le réel ne cesse pas d'exister totalement mais les modalités en sont modifiées notamment au niveau temporo-spatial.

Lors d'une conversation avec Mr. J, j'ai l'impression que nous sommes trois, en effet, il répond à voix haute à une personne et je peux également observer qu'il tourne sa tête sur son côté, ce sont des attitudes d'écoute.

Par exemple, dans le délire d'influence, les hallucinations sont plutôt psychiques et psychosensorielles. Le patient entend des voix qui répètent ses pensées ou les formulent en échos, qui commandent ses actes.

La désorganisation affecte diverses parties du fonctionnement du sujet comme :

- Son psychisme qui se traduit par un trouble du cours de la pensée, un trouble du langage et un trouble du système logique. Nous pouvons observer par exemple un discours circonlocutoire, un rationalisme morbide, des barrages, un fading mental, un mutisme, des néologismes, une altération prosodique,

- Son comportement ou sa motricité avec des bizarreries, des comportements répétitifs, un maniérisme, un apragmatisme, ou des états catatoniques,
- Son fonctionnement affectif avec une discordance idéo-affective, un émoussement, une athymie.

Les symptômes négatifs sont caractérisés par des comportements anormaux mais défailants ou absents donc déficitaires et traduisant l'appauvrissement de la vie psychique comme le retrait social, la perte d'autonomie, le déclin cognitif, les difficultés pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, une aboulie, une apathie, l'incurie ou bien la négligence.

Il existe quatre formes de schizophrénies :

- La **forme paranoïde** où les idées délirantes et les hallucinations auditives prédominent. C'est la plus connue et la plus bruyante.
- La **forme hébéphrénique** où la désorganisation ou les symptômes négatifs prédominent,
- La **forme catatonique** où il y a une perturbation importante de l'organisation psychomotrice qui peut aller de l'immobilité à l'agitation,
- La **forme indifférenciée** qui répond aux caractéristiques de la schizophrénie mais ne peut être classée dans une des formes.
- Les **autres formes** qui ne font pas consensus dans le monde psychiatrique, nous pouvons par exemple citer la schizophrénie dysthymique qui évoque un tableau clinique de schizophrénie et de troubles thymiques (manie, mélancolie) prenant le nom de trouble schizo-affectif dans le DSM-IV-TR.

C. Les modalités d'approches thérapeutiques :

La Haute autorité de santé¹⁰ préconise que les interventions proposées respectent la singularité du patient, de sa famille et tiennent compte des priorités de ceux-ci.

L'hétérogénéité des profils cliniques et de l'évolution des patients au cours de leur développement nécessite des réponses éducatives, pédagogiques et thérapeutiques. Elles se doivent d'être diversifiées, qu'elles soient proposées en milieu ordinaire ou en institution. Les

¹⁰ HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS) et ANESEM, *Autismes et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, Mars 2012

interventions pluridisciplinaires mises en œuvre se doivent d'être complémentaires, coordonnées et adaptées aux besoins singuliers de chaque patient.

Aucune approche éducative ou thérapeutique ne peut donc prétendre restaurer un fonctionnement normal, ni même améliorer le fonctionnement et la participation de la totalité des patients psychotiques.

Certaines sont centrées sur la gestion des problèmes quotidiens des patients et « *sur la gestion de leur futur* », d'autres sont centrées sur l'individu, leur expressivité, leur perception d'eux-mêmes dans leur environnement.

D'une manière générale, la Haute Autorité de Santé recommande une approche intégrative fondée sur les besoins individuels de l'individu et conçue de manière transdisciplinaire pour permettre aux patients de rester intégré dans son milieu de vie ordinaire.

La Haute Autorité de Santé cite les interventions globales qu'elle recommande, celles qui ne font pas consensus et celles qu'elle ne recommande pas, nous développerons de manière plus détaillée l'approche pharmacologique ainsi que les approches recommandées et non consensuelles.

1) **L'approche pharmacologique :**

L'approche pharmacologique n'a pas une intention curative du syndrome, elle peut cependant traiter les pathologies associées. Les traitements médicamenteux visent à diminuer les comportements inadaptés comme les symptômes positifs (hallucinations et délires) et les angoisses afin de pouvoir rendre les patients disponibles à la relation et au dialogue avec l'autre ce qui sera un point d'ancrage nécessaire dans le travail thérapeutique.

Mr. S est un patient schizophrène. Il a des hallucinations psychosensorielles et psychiques : il entend des voix, elles sont constamment présentes. Mr S. semble en souffrir, il demande souvent à l'équipe du paracétamol parce qu'il a mal à la tête, afin de faire « taire » ce qu'il entend.

Cette prise en charge pharmacologique peut être sujette à des effets indésirables non négligeables qu'il est nécessaire de pouvoir repérer chez le patient afin de ne pas les confondre avec l'expression d'un symptôme. Le traitement se trouve dans un entre deux qui permet au patient de dialoguer mais qui peut le figer, par exemple dans des postures dites rigides, ou bien contribuer à un ralentissement psychomoteur, des étourdissements, un changement de la coloration de la peau... Cependant la limite entre effets secondaires du traitement et les symptômes de la pathologie est fine.

2) **Les approches globales recommandées :**

Les approches globales recommandées s'inscrivent dans un courant psychogénétique pour lequel le nouveau-né se construit au cours du temps pour accéder à une certaine maturité. Les thérapies s'intéressent à la question « comment j'apprends le monde ? ». Elles se veulent quantifiables et pragmatiques.

L'**approche à référence comportementale** consiste « à analyser les comportements pour comprendre les lois par lesquelles l'environnement les influence, puis à développer des stratégies pour les changer »¹¹ à travers « l'application systématique des interventions fondées sur les principes de la théorie de l'apprentissage »¹².

Les **interventions développementales** sont basées sur l'utilisation des intérêts et des motivations naturelles de l'individu pour rétablir le développement de la communication avec et en relation avec les autres. Le contexte d'apprentissage est très important et les activités et les événements sont choisis pour leur intérêt pour l'individu.

Les interventions comportementales et développementales visent à modifier les caractéristiques comportementales des patients. Le but des interventions est d'améliorer les compétences de l'individu dans tous les domaines pour faciliter son insertion sociale, sa régulation émotionnelle, sa vie quotidienne et ses capacités d'apprentissage. Ces interventions sont dites globales puisqu'elles visent plusieurs domaines du fonctionnement de l'individu. La distinction entre ces deux approches se base sur le fait que les premières privilégient l'idée qu'il faut utiliser les mêmes techniques d'apprentissage quel que soit l'âge pour en favoriser l'émergence, là où les secondes s'ajustent au développement de l'individu.

3) **Les approches globales non consensuelles :**

L'absence de données sur leur efficacité et la divergence des avis exprimés ne permettent pas de conclure à la pertinence des interventions fondées sur des approches psychanalytiques et la psychothérapie institutionnelle, ce qui ne doit pas empêcher les recherches dans ces domaines-là.

¹¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Autismes et autres troubles envahissants du développement : Etats des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, Argumentaire, Janvier 2010, p 95

¹² HAUTE AUTORITE DE SANTE : Services Bonnes pratiques professionnelles et ANESEM : service Recommandations, *Autismes et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et coordonnées chez l'enfant et l'adolescent : recommandation de bonne pratique*, mars 2012, p49

Les thérapies inspirées de la **psychanalyse** permettent « *l'expression des éléments archaïques dans une relation avec le thérapeute qui commente, interprète (selon le niveau du dispositif) à [l'individu] ce qu'il comprend de son vécu, l'amenant ainsi à instaurer une relation avec un soignant, assurant une « présence bien vivante, capable de recevoir les angoisses et de les élaborer»*¹³.

Les **psychothérapies institutionnelles** ont pour principe que chaque membre de l'équipe soignante participe à une action psychothérapeutique. Ceci implique « *une analyse des phénomènes de transfert et de contre transfert de l'ensemble des professionnels en relation avec le patient* »¹⁴.

Ces psychothérapies s'intéressent donc au contexte émotionnel de la construction du sujet, à la dimension consciente et inconsciente de la construction de sa personnalité. Elles sont centrées sur l'individu et se basent sur des concepts qui engagent la subjectivité. « *La psychanalyse tente d'expliquer la psychose à partir de l'histoire du sujet et des difficultés dans l'organisation libidinale, objectale ou préœdipienne.* »¹⁵. Les symptômes sont vus dans une globalité et seraient la conséquence d'une « souffrance ». Les prises en charge sont plus libres pour que le patient puisse exprimer son vécu.

La psychanalyse a permis d'introduire la compréhension des troubles mentaux sous la forme de mécanismes psychopathologiques qui diffèrent suivant les notions de psychoses, névroses et état-limites (anciennement perversion).

L'objectif de ces prises en charge, qu'elles soient en groupe ou en séance individuelle, est de favoriser chez les patients « *la relation à autrui et à eux-mêmes en leur donnant les moyens de construire des capacités de représentation et qui vise à l'aider à « réinvestir positivement son activité mentale* »¹⁶.

¹³ HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Autismes et autres troubles envahissants du développement : Etats des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, Argumentaire, Janvier 2010,

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Autismes et autres troubles envahissants du développement : Etats des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, Argumentaire, Janvier 2010, p98

¹⁵ JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition, p23

¹⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Autismes et autres troubles envahissants du développement : Etats des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, Argumentaire, Janvier 2010, p98

II. LA PERCEPTION DE SOI :

A. Définitions de la perception de soi :

Les recherches autour de la perception se sont faites historiquement pour répondre à deux questions principales qui sont : « *quelles est la spécificité de la perception par rapport à d'autres activités conscientes ? Quel est le rapport entre perception et « réalité » ?* »¹⁷

Deux caractéristiques principales peuvent être données à la perception : c'est un mode de représentation de l'environnement ainsi qu'un mode de connaissance.

La perception est la sensation pourvue d'affects, elle s'inscrit dans l'histoire personnelle du sujet. De ce fait, chacun a sa perception propre de son environnement. Elle s'inscrit donc au carrefour de notions telles que la conscience du corps propre et de l'identité.

La perception permet de recueillir des informations provenant de notre environnement intérieur et extérieur et nous met ainsi en relation avec le monde.

Nous pouvons finalement distinguer trois approches :

- Soit nous laissons de côté la perception et nous nous intéressons aux relations « stimulus » et « réponse » ;
- Soit nous considérons la perception comme un système de traitement de l'information sensorielle séparée de la « représentation et de la sensation » ;
- Soit nous la considérons comme la construction d'une signification.

Finalement, le processus perceptif est lié :

- Aux stimuli qui sont liés aux dimensions de l'environnement et des récepteurs sensoriels. C'est le monde physique.
- Aux processus sensoriels qui sont la chaîne des événements physiologiques ;
- Aux sensations et percepts qui correspondent aux volets psychologiques du processus.

¹⁷ M.GIMENEZ, *La psychologie de la perception*, collection « domino », Flammarion, 1997

1) **La perception objective** :

En physiologie, le corps est une interface entre deux milieux externe et interne entre lesquels il y a une interaction constante. Le corps est pourvu d'un système sensoriel qui lui permet d'appréhender les informations de son environnement par différentes modalités (visuelle, tactile, auditive, gustative, odorat) ainsi que des informations plus internes. Ces informations sont traitées par les récepteurs et analysées au niveau du cortex qui peut ensuite par des voies de retour permettre au sujet d'agir sur son environnement.

Nous pouvons décrire plusieurs sensorialités.¹⁸

La cœnesthésie définie par Reil comme « *le chaos non débrouillé des sensations qui, de tous points du corps, sont sans cesse transmises au « sensorium », c'est-à-dire au centre nerveux des afférences sensorielles* »¹⁹. La cœnesthésie définit donc une sensorialité « interne » qui recouvre deux types de sensorialités différentes qui sont :

- la sensibilité viscérale ou « **intéroceptive** »,
- la sensibilité posturale ou « **proprioceptive** », elle renseigne sur la position du corps par rapport à lui-même et à son propre mouvement. Elle peut être consciente ou non consciente. Elle est considérée comme la modalité spécifique de la perception de soi. Le sens vestibulaire auquel participe comme son nom l'indique le système vestibulaire situé dans l'oreille interne, renseigne la proprioception, il assure le maintien de l'équilibre, la stabilité de la posture et du regard.

La **kinesthésie** fait partie de la sensibilité proprioceptive, elle est la sensibilité du mouvement sans la dimension de l'équilibre c'est-à-dire le « *sens du mouvement* »²⁰ et des positions relatives du corps. Elle est considérée comme un sixième sens car elle intègre plusieurs capteurs sensoriels pour avoir une vision d'ensemble du mouvement.

L'Exteroception est la sensibilité liée au monde extérieur par les différents sens. Les fonctions principales sont donc de régler l'équilibre et les synergies musculaires et articulaires nécessaires à l'exécution du déplacement.

Chaque sensation appartient à un champ, c'est ce qui fait le sens. L'acte de perception n'est pas un acte passif. La perception nécessite un acte de décision du cerveau, c'est une

¹⁸ LES NEUROBRANCHES, *Tous les mystères du système nerveux, du neurone au sommeil*, onglet système nerveux, site web

¹⁹ M. BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p18

²⁰ A. BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p31

activité « d'aller chercher », il sélectionne les informations utiles grâce à la coopération des différents sens. De plus, « *le caractère multisensoriel de la perception inclut la présence de signaux ne venant pas des sens mais de l'intention du mouvement. Le caractère actif de la perception se manifeste par cette influence profonde du caractère intentionnel du geste* ». ²¹

2) **La perception subjective :**

Le corps n'est pas un réceptacle neutre et passif. Le sens de l'expérience corporelle est en interrelation avec les manifestations sensibles et motrices. Nous ne pouvons pas parler des sens de manière isolée. Sinon comment expliquer qu'à une même situation, deux individus pourvus du même système sensoriel, ne perçoivent pas la situation de façon identique ? Chaque fait perceptif est unique.

Selon M. Merleau-Ponty, **le corps est un espace expressif**, mais pas un espace expressif parmi les autres, il est **à l'origine de tous les autres**. Le corps fait que les choses existent et ont un lieu dans lequel elles peuvent exister. Le corps est ce par quoi j'ai accès aux choses et ce par quoi il y a des objets. Notre corps est en ce sens ce qui dessine et fait vivre un monde, « *notre moyen général d'avoir un monde* » ²².

Le corps est donc sensible et devient le signe subjectif en lien avec l'identité et la singularité du sujet. Le corps est incarné, habité, le sujet n'a plus simplement un corps mais est un corps par lequel il perçoit et entretient un lien à lui-même, aux autres et au monde.

Selon M. Merleau-Ponty encore, toute perception est une expression. En effet, nous avons vu que chaque fait perceptif est appréhendé d'une part par le système sensoriel du corps et en même temps chaque perception est singulière au sujet, ce qui introduit donc la notion de **subjectivité**. « *Entre ma sensation et moi, il y a toujours une épaisseur d'un acquis origininaire qui empêche mon expérience d'être claire pour elle-même* » ²³. Elle peut être illustrée par l'expérience de la main droite qui touche la main gauche. Finalement, les deux mains font l'expérience simultanément du « je touche, je suis touchée ». Elle démontre la capacité de réversibilité, sans laquelle il n'y aurait pas de subjectivité.

Le fait perceptif parle de nous en tant que sujet pourvu d'une histoire personnelle et **d'émotions**. « *La perception est une interprétation, sa cohérence est une construction dont*

²¹ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p96

²² M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p51

²³ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p250

les règles dépendent des facteurs endogènes et des actions que nous projetons »²⁴. La perception est notre façon personnelle d'entrevoir notre environnement dans la relation à nous-même et aux autres comme un filtre, elle est donc **partielle, orientée et présente une intentionnalité**.

Selon F.GIRONIMI²⁵, « *l'expressivité du corps rend compte de la capacité qu'a l'homme à exprimer à un autre homme, ses sentiments, émotions, ses affects, ses passions et ses pensées* ». L'expressivité est ce qui permet d'extraire du monde interne les informations et de les faire apparaître dans le monde externe, en présence d'autrui. « *La physiologie du mouvement d'orientation est donc aussi une physiologie de l'expression. Autrement dit elle est projection et pas seulement réception* »²⁶. La perception s'accompagne du vécu qui correspond à « ce qui a un sens pour moi ». Les expériences que nous faisons sont liées de manière intrinsèque à nos affects : cela se situe donc dans l'éprouvé corporel.

Les concepts de schéma corporel et d'image du corps peuvent nous aider à saisir le lien interdépendant entre la structure physiologique du corps et l'expressivité, la subjectivité du sujet qui explique la perception de soi.

En effet, M.Merleau-Ponty définit le corps comme notre « *être au monde* ». Pour lui, notre schéma corporel se fonde sur la structuration anatomique et physiologique. Il se nourrit de l'expérience et chaque expérience nouvelle est modulée en fonction des expériences antérieures donc de la perception de nous-même et de notre environnement. « *La perception est prédictive* »²⁷, au sens où, les conséquences des actions futures sont prédites en évoquant celles du passé grâce à la **mémoire**.

3) **Les concepts de schéma corporel et image du corps** :

a) **Schéma corporel** :

Le schéma corporel est la résultante de toutes les actions, explorations auxquelles l'individu recourt pour utiliser son corps et ses potentialités, pour connaître son corps dans l'espace et dans le temps. Il se base sur des expériences kinesthésiques, posturales, toniques dans la relation à autrui. C'est la connaissance unanime et universelle de notre corps qui aboutit vers six ans à la capacité de figurer le corps humain. Le schéma corporel est une

²⁴ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p101

²⁵ F.GIRONIMI, *Expression du corps et thérapie psychomotrice* in thérapie psychomotrice – Le mouvement humanisé- n°117 – 1999, p98

²⁶ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p204

²⁷ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p 125

organisation du corps perçu consciemment comme une entité globale qui diffère de la mise bout à bout des différentes parties de celui-ci.

- **Définitions :**

Au fil des années différents auteurs ont essayé de donner une définition au « schéma corporel ». Une base neurophysiologique est souvent considéré comme essentielle à son édification. Cela renvoie au fonctionnement des différents systèmes sensoriels. Par exemple, P.Bonnier le définit comme « *la figuration topographique que chacun posséderait en soi* »²⁸ qui interprète donc la réalité suivant la propre perception de la configuration spatiale du corps. A.Pick tente de concilier les composantes psychologique et physiologique par l'hypothèse de l'image spatiale du corps en y ajoutant une composante visuelle. H.Head y ajoute une dimension temporelle. Chaque nouvelle posture est mise en relation avec les postures précédentes.

- **Ambiguïté :**

P.Schilder utilise le terme « *modèle postural du corps* ». Pour lui, nous créons le schéma corporel autant que l'expérience immédiate l'enrichie, ce qui donne un aspect dynamique. Il en vient à la conclusion que « *la connaissance et la perception ne sont pas le produit d'une attitude passive, mais qu'elles sont acquises par un processus très actif, dans lequel la motilité joue son rôle* »²⁹ ce qui est en lien avec la perception orientée et expressive que chacun exerce sur son environnement.

Le schéma corporel devient « *un résumé de notre expérience corporelle, capable de donner un commentaire et une signification à l'intéroception et à la proprioception du moment [...] une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps et qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace* »³⁰. Il n'est plus conçu uniquement comme la représentation du corps mais comme « *un schème des actions possibles* »³¹.

Finalement, bien que construit à partir de la structure anatomo-physiologique humaine, le schéma corporel est étroitement lié à cet « *être au monde* » dont parle M.Merleau-Ponty.

²⁸ B.M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p20

²⁹ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p29

³⁰ D.Nasio in E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, DUNOD, p 37

³¹ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p247

b) **L'image du corps** :

L'image du corps serait la façon dont « *le corps a de se rendre présent à notre espace mental* »³². L'image du corps possède une partie inconsciente et une partie consciente. Cela nous amène aux notions **d'image de corps** et **d'image du corps**, notions qui nous viennent de H.Bergson. L'image de corps est la perception immédiate du corps à travers soi, c'est donc le vécu corporel qui appartient au domaine du conscient, ici, le corps est perception. L'image du corps qui est la manière dont le corps est affectée par cette perception, c'est-à-dire la représentation que l'individu a de son corps, concept qui se situe donc dans le non conscient.

Pour F.Dolto³³, l'image du corps est propre à chacun, reliée à l'identité, subjective et libidinale au sens freudien du terme.

Elle détaille trois modalités de l'image du corps qui sont **l'image de base** qui renvoie à une structure permettant de se sentir exister de façon continue, une « *mêmeté d'être* » qui peut être mis en parallèle avec le « *sentiment de continuité d'existence* » de D.Winnicott. La deuxième modalité étant **l'image fonctionnelle** qui est l'image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir, c'est cette image qui est en lien avec le schéma corporel et l'identité. Enfin **l'image érogène** est associée à l'image fonctionnelle du corps, c'est le lieu où se focalise le plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Ces trois images sont reliées entre elles et sont dynamiques.

L'image du corps se développe en s'étayant en lien avec des fonctionnements physiologiques variés, comme le schéma corporel, « *elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes* »³⁴.

c) **Synthèse** :

D.Nasio fait la synthèse suivante : « *je tiens l'image du corps pour la substance même de notre moi. Nous ne sommes pas notre corps en chair et en os, nous sommes ce que nous sentons et nous voyons de notre corps. Notre moi est l'idée intime que nous formons de notre corps, c'est-à-dire à la représentation de nos ressentis corporels, représentation changeante*

³² S.RESNIK, *Corps et existence. Réflexions cliniques sur l'autisme et la psychose*, In P.DELION, *Corps, psychose et institution*, P133-142

³³ F.DOLTO in E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, DUNOD, p40

³⁴ E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, DUNOD, p47

et influencée sans cesse par notre silhouette visible dans le miroir. J'ai la certitude d'être moi-même quand je sens mon corps vibrer et le regarde se mouvoir. »³⁵. Cette définition peut finalement se confondre avec une partie de celle du schéma corporel.

Nous percevons le monde à travers notre corps, une perception objective n'existe donc pas, elle est toujours colorée par nos expériences antérieures et est modifiée par celles à venir. De même³⁶, F.GIRONIMI, nous dit que l'auto-perception est « *impossible sauf dans un contexte dualiste, à séparer le corps de l'esprit et à fonder la perception sur un esprit désincarné* » ce qui va à l'encontre des fondements de la psychomotricité qu'a posé J.De Ajuriaguerra notamment dans son expression « *le déroulement de l'acte implique un fonctionnement physiologique, mais l'acte n'est pas qu'une addition de contractions musculaires, il est aussi appétence et prise de contact, domination ou destruction. L'action ne se pose pas comme l'activité d'un esprit désincarné...* »³⁷

Finalement le concept de schéma corporel et d'image du corps peuvent être liés à la perception de soi. « *Nous avons appris à sentir notre corps, nous avons retrouvé sous le savoir objectif et distant du corps cet autre savoir que nous sommes corps. Il va falloir de la même manière réveiller l'expérience au monde tel qu'il nous apparaît en tant que nous sommes au monde par notre corps. Mais en reprenant aussi contact avec le corps et avec le monde, c'est aussi nous même que nous allons retrouver puisque si l'on perçoit son corps, le corps est un moi naturel et comme le sujet de la perception* »³⁸

B. La perception de soi dans le développement de l'enfant :

Dans le développement psychomoteur, nous pouvons noter trois étapes fondamentales dans la perception de soi. Les **interactions précoces** permettent d'inscrire l'enfant dans une existence qui est la sienne et en relation avec autrui. La découverte de son corps propre et l'investissement de sa motricité vont lui permettre **d'expérimenter des jeux unificateurs** qui fonderont **son identité**.

³⁵ D.NASIO in E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, DUNOD, p17

³⁶ B.CARRERA, *Philosophie et psychomotricité : fondements, jalons et représentations autour de la pratique psychomotrice*, support de cours IFP Bordeaux 3^{ème} année, p22

³⁷ J. De AJURIAGUERRA, in G.LABES, F.JOLY, *Julian De Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*, Volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité, Editions du Papyrus, Montreuil, 2008, p18

³⁸ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, p 239

1) Les interactions précoces :

a) sa communication :

Lorsque le bébé vient au monde, il né immature (néoténie) mais a des compétences qui lui permettent d'entrer en relation avec son entourage. C'est la première forme de relation d'objet.

Le monde du bébé se construit sur les modalités binaires de plaisir/déplaisir. Ces affects qu'il manifeste corporellement (pleurs, détente tonique...) sont perçus par l'entourage qui leur donne une signification à travers un autre canal sensoriel.

En effet, W.Bion propose une hypothèse du fonctionnement mental. Le bébé ne peut s'exprimer que de façon corporelle au début de la vie, par sa motricité. Il projette ces éléments au dehors, ce sont les « éléments bêta ». Ils sont accueillis par l'entourage qui essaie de les comprendre et de leurs donner une signification. Ils sont ensuite, retournés au bébé sous la forme d'éléments pensables : les « éléments alpha ». Par exemple, un bébé pleure, son entourage peut l'interpréter comme une expression de faim.

Lorsque ces réponses sont suffisamment adaptées et stables, cela participe à la formation d'un premier sentiment d'enveloppe. G.Haag parle de ce schéma comme une boucle, dont la répétition permettra progressivement au bébé de comprendre et d'anticiper, de faire des liens entre ce qu'il sent (ça va/ça ne va pas) et la venue de son entourage.

Il en va de même pour les émotions. En effet, le parent imite l'expression, souvent les mimiques faciales, du bébé en miroir mais de manière modifiée avec amplification, ou ajout d'une mimique en lien avec l'émotion supposée, c'est à ce moment-là qu'il ajoute un commentaire sur le sens affectif supposé. Il donne une intention sur une intention ce que les sciences cognitives nomment « intention de second niveau » prélude à la méta-représentation. Le bébé n'a pas conscience à moment-là que le parent l'imité.

Cependant les neurones miroirs de l'enfant sont informés par l'observation du visage parental et peut entraîner une imitation renforcée qui provoque une réaction chez le parent.

L'entourage différencie les sensations qui viennent de l'extérieur (par exemple un bruit) et celles qui viennent de l'intérieur. Il décrit les propres sensations du bébé de manière « objective » tout en projetant ses propres ressentis ce qui introduit la subjectivité. L'entourage produit une interprétation provenant de son corps sur celui du bébé : c'est le mécanisme d'identification projective.

b) Vers la conscience de soi dans la relation :

Ce sont les fluctuations des postures (bercements, portage) qui sont sous-tendues par les fluctuations affectives qui permettent à l'enfant d'intérioriser l'expérience d'autrui. D.Winnicott s'est intéressé aux conditions nécessaires pour un environnement facilitant notamment avec les concepts de « holding » et « handling ».

*« Au début de la vie toutes les émotions répondent à des variations du tonus tant viscéral que musculaire. »*³⁹ H.Wallon puis J.De Ajuriaguerra théorisent l'idée que le « dialogue tonico-émotionnel » est le premier moyen de communication du bébé. La naissance de la vie affective serait la symbiose entre les modalités physiologiques et affectives qui se basent sur le tonus musculaire définit par « *simples variations de sa consistance sans changement de formes, ni allongement, ni raccourcissement comme c'est le cas avec les contractions phasiques exigées par l'action sur les objets extérieurs* »⁴⁰. Chaque émotion en lien avec un éprouvé corporel tend à se garder en mémoire dans ce dialogue. Petit à petit, l'entourage et le bébé créaient ensemble des codes que chacun est à même de comprendre, ce que D.STERN théorise comme « l'accordage affectif ».

Le tonus lie émotion et sensation. Petit à petit, l'enfant va pouvoir intégrer des nuances sensorielles par l'apprentissage profond tonico-émotionnel en présence de l'entourage afin de réguler ses tensions et donc son tonus. Ces sensations ne sont pas brutes mais intégrées dans l'histoire affective de l'enfant. J.De Ajuriaguerra rappelle que « *notre corps n'est rien sans le corps de l'autre* ». C'est par l'investissement dont le bébé est l'objet par son entourage qu'il devient capable d'investir son propre corps.

Théo est un petit garçon de deux ans que je rencontre au CMPEA. Il est né avec un pied bot et a des séances de rééducation en kinésithérapie. Il peut marcher sur la pointe des pieds et perdre son équilibre lorsque la surface du sol change. Nous lui proposons en début de séance, d'enlever ses chaussures et ses chaussettes. Au début, marcher pieds nus semble perturber Théo mais il ne montre que peu d'intérêt pour eux.

Au fur et à mesure des séances, il peut participer à « dire Bonjour à ces pieds », il peut les intégrer à des jeux de découverte en les touchant ou bien en marchant sur des tapis à différentes textures.

³⁹ JC.CARRIZ, *Le développement de l'enfant*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n° 117,1999, citation de H.Wallon, p 20,

⁴⁰ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p37

Le tonus fonde le premier sentiment de consistance, fondateur du narcissisme : il n'y a pas de récepteurs sensoriels sur les os, le dur est d'abord expérimenté grâce au tonus. L'enfant va progressivement découvrir son corps, l'éprouver, et agir sur son environnement grâce au développement progressif d'une motricité plus spontanée. Il va se percevoir lui-même comme un être pourvu de limites corporelles édifiées, différencié des autres.

2) Les miroirs :

Pour se découvrir et découvrir son environnement, l'enfant joue. Les premiers jeux seront dirigés vers son corps propre et petit à petit ils tendront vers des jeux avec des objets différenciés de lui-même en passant par une étape avec un « objet transitionnel » (D.Winnicott) qui a pour statut d'être entre l'environnement et le soi, faisant parti à la fois de l'un et de l'autre.

La perception de soi est dépendante en partie de la conscience de soi. Cette conscience de soi s'édifie comme vu précédemment par la découverte du corps propre, par la motricité en relation. Afin d'accéder à cette perception de soi comme unifiée corporellement et psychiquement, plusieurs auteurs ont mis en évidence l'importance des miroirs.

Le premier miroir dans lequel l'enfant peut se « voir » est le regard de son entourage. Par ce regard, l'entourage le voit, l'identifie et le reconnaît comme existant, comme étant un individu à part entière.

Puis là où H.Wallon voit le stade du miroir comme une étape essentielle dans la conquête du corps propre, J.Lacan décrit le stade du miroir qui se déroule à environ huit mois pour l'enfant, comme moment fondateur dans la perception de soi. L'enfant se découvre unifié corporellement et psychiquement comme sujet unique avec une identité propre. Cette étape est un « *processus affectif d'identification* »⁴¹ et est pour lui, celle qui va permettre au sujet de régir tous ces rapports avec lui-même et autrui.

Selon J.Lacan donc, l'enfant est dans les bras d'un proche devant un miroir, celui-ci reflète les deux images. L'enfant qui a construit la conscience de son proche peut le reconnaître dans le miroir et déduit que l'autre image est la sienne. Ici, l'enfant a accès à la position subjective, le moi s'élabore. Ce reflet est fondateur de l'image du corps, il se reconnaît dans une image unique et singulière, c'est la fin d'un vécu dit « de morcellement ».

⁴¹ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p92

Après cette reconnaissance de lui-même dans le miroir, symbolisant l'apparition du « je », R.Zazzo présente l'expérience de la tâche considérée comme une preuve comportementale irréfutable d'une conscience de soi. Un enfant avec une tâche sur le front passe devant un miroir et s'aperçoit de la tâche. Si l'enfant a intégré l'expérience du miroir, il enlèvera directement la tâche sur son corps propre, sans essayer de l'enlever sur l'image que lui renvoie le miroir.

L'enfant peut, à ce moment-là, avoir accès aux notions de contours, d'une enveloppe corporelle qui va également représenter un contenant psychique. Le corps représente un lieu d'où percevoir, où penser.

3) L'identité :

a) Espace corporel et espace psychique :

Pour A.Ciccone et M.Lhopital⁴², la construction de l'espace corporel est contemporaine, simultanée et indépendante à la construction d'un espace psychique. Cette idée de construction suppose que ce n'est pas inné mais que c'est le fruit d'une maturation. Le corps n'est pas l'instrument de la psyché mais son partenaire, il y a un lien d'étayage entre le champ corporel et le champ psychique.

« Le bébé qui aperçoit que sa main lui appartient est en même temps en train de construire sa capacité à relier ses sensations, les perceptions, de former des pensées, il est en train de construire son espace corporel et d'individuer son espace psychique. Le Moi n'est pas d'abord un Moi corporel mais un Moi psychosomatique indifférencié et qui se différencie peu à peu en un moi corporel et un moi psychique articulés, emboîtés, s'étayant l'un l'autre. ».

Le sentiment d'enveloppe, d'avoir un espace corporel et psychique délimité, provient de l'accumulation des expériences d'avoir été contenu, porté, enveloppé psychiquement et corporellement et également d'avoir été compris ou reconnu dans ses expériences de déplaisir. Cette construction d'enveloppe est une construction imaginaire, illusion étayée par l'expérience de la peau.

La notion d'enveloppe corporelle psychique a été développée par D.Anzieu (dans son livre Le Moi-Peau). La peau est pour lui une métaphore psychique mais il se base également sur ses fonctions réelles physiologiques : une peau qui enveloppe « comme un sac ». Cette

⁴² A.CICCONNE et M.LHOPITAL, *Naissance à la vie psychique*, DUNOD, p141

peau reçoit les sensations, des impressions cutanées. Elle délimite donc l'espace interne de l'espace extérieur à soi.

E.Bick a quant à elle développé le concept d'« enveloppe psychique ». « *La peau psychique est constituée par l'introjection de la fonction contenant de l'objet externe, par l'introjection du lien à l'objet externe dans l'expérience contenant. L'objet contenant internalisé est éprouvé comme une peau et la peau est vécue comme une frontière, maintenant rassemblé par le sentiment de soi* ». ⁴³

A.Bullinger propose un concept de « Moi-tonique » qui semble opérant pour les psychomotriciens. Le tonus et la proprioception forment une sorte de liant. Le travail d'intégration tonique permet l'unification des sensations. Le tonus forme une enveloppe qui relie un espace psychique émotionnel et un espace corporel.

L'intégration de la limite entre les sensations internes et celles qui viennent de l'extérieur va permettre d'organiser ces perceptions. Ce sentiment d'enveloppe va permettre à l'enfant de se sentir permanent.

b) **Origine du sentiment de soi :**

Selon D.Winnicott, le soi est l'identité la plus « enracinée » corporellement et psychiquement. Le soi « désigne de manière très générale ce qui définit la personne dans son individualité » ⁴⁴. Le terme « soi » est apparu dans l'idée de le différencier du Moi qui, depuis les théories freudiennes, prend un sens relativement restreint par rapport à celui qui lui est donné dans le langage courant. « *Le soi représente la personne en tant que lieu de l'activité psychique dans sa totalité [...] Le soi est assimilé à l'objet de l'investissement narcissique. On peut dire que la représentation de soi est une construction du Moi.* » ⁴⁵ L'origine du sens de soi fait débat.

Selon certaines théories, au début de la vie, le nourrisson ne distingue pas son corps propre du monde extérieur. Le bébé découvre les différentes parties de son corps de manière fortuite, elles sont perçues comme les objets de son environnement. Son corps est confondu dans celui de l'autre, comme un prolongement de lui-même. Selon H.Wallon, son corps n'est

⁴³ A.CICONNE et M.LHOPITAL, *Naissance à la vie psychique*, DUNOD, p 267

⁴⁴ J. GUILLAUMIN, *Le soi comme fondement de la fonction de synthèse du Moi ?*, revue française de psychanalyse 1997/2, n°61

⁴⁵ J. GUILLAUMIN, *Le soi comme fondement de la fonction de synthèse du Moi ?*, revue française de psychanalyse 1997/2, n°61

donc connu et vécu que dans la relation. La maturation progressive permettrait à l'enfant de construire au fur et à mesure son espace corporel différencié.

Pour P.Rochat⁴⁶, neuropsychologue, le nourrisson fait dès la naissance (et même in utéro) des expériences polysensorielles précoces du corps propre, ce qui développe une connaissance implicite du corps qu'il appelle « sens écologique ». Le sens écologique peut être défini par « *un sens implicite du corps comme entité différenciée, située et agente dans l'environnement* ».

Chaque expérience est vécue selon plusieurs canaux sensoriels, le bébé est capable de mettre en lien les différentes informations reçues.

Certains auteurs comme D. Stern pensent que le sens de soi est inné : « *la capacité d'appréhender les caractéristiques amodales à travers les différents sens (transmodalité) aiderait le bébé au départ à se constituer une expérience unifiée du monde et à commencer à développer un sens émergent de soi et de l'autre* »⁴⁷.

B.GOLSE fait la synthèse en expliquant que même s'il existe une subjectivité d'emblée, il faut tout de même que cette subjectivité se développe, s'éprouve, s'expérimente et se vive pour qu'elle devienne stabilisée. AM.LATOURE parle du corps potentiel, c'est l'idée qu'il y a des compétences innées chez le tout petit mais qu'il faut les expérimenter pour qu'elles soient intégrées, dans un environnement facilitant, avec un objet primaire (l'entourage), qui vient soutenir les capacités d'interactions de l'enfant.

La construction d'un sujet est un « *long voyage* »⁴⁸ pendant lequel le corps devient le lieu de départ de notre motricité et le lieu de notre identité. « *On ne naît pas soi, on le devient* »⁴⁹.

c) **L'identité :**

L'identité en psychologie est définie par la conscience que l'on a de soi-même, elle suppose l'incarnation du corps par un moi, différencié de l'autre, en tant qu'individu unique.

⁴⁶ P.ROCHAT, *Conscience de soi et des autres au début de la vie*, Enfance, 2003/1 vol. 55, p 39-47

⁴⁷ B.GOLSE *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, 4^{ème} Edition, MASSON, p250

⁴⁸ C.POTEL, *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, p74

⁴⁹ C.POTEL, *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, Eres, p74

A.Mucchielli donne la définition suivante : « *L'identité est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence.* »⁵⁰

L'enfant ne pourra se construire comme sujet que s'il est représenté, dans l'esprit de ses parents comme différent et séparé de l'adulte. L'identité peut être matérialisée par le prénom que nous donnent nos parents à la naissance.

L'identité est une notion complexe et dynamique qui s'inscrit dans la dimension spatio-temporelle. Bien que le temps passe et malgré les changements permanents dont notre être peut faire l'expérience, nous restons le même. Nous sommes dans une même continuité d'être.

En effet, du sentiment d'une identité propre découle la permanence de soi ou « *sentiment continu d'exister suffisamment* » qui a été théorisé par D.Winnicott⁵¹ défini par la « *permanence d'une perception du corps liée à la compréhension du sens de cette perception* »⁵². Autrement dit, c'est la conviction qu'à tout instant nous continuerons d'exister même en cas de menace, c'est une sorte de sécurité intérieure.

4) Synthèse :

Le bébé est un être psychocorporel en construction. La maturation neuromotrice se noue avec des significations affectivo-relationnelles. Pour passer d'un fonctionnement automatique à un plaisir de fonctionner, il faut que l'enfant investisse la situation qui met son corps en jeu. Il faut investir la fonction d'investissement.

Plusieurs auteurs ont édifié une succession de « stades »⁵³ par lesquels l'enfant passe au cours de son développement.

Le corps subi (0-3mois) est une période d'éveil et d'exploration du corps propre en lien avec une personne privilégiée. Ensuite vient, **le corps vécu** (3mois à 3 ans), les capacités perceptives de l'enfant se développent, il expérimente avec les différents pôles sensoriels, les actions qu'il peut avoir sur son environnement proche ; J.Piaget parle de stade sensori-moteur.

⁵⁰ A.MUCCHIELLI, *L'identité*, Edition Puf, 1980

⁵¹ D.WINNICOTT, *Pédiatrie et psychanalyse* (1969) in E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, DUNOD, p 55

⁵² G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan, p 54

⁵³ <http://ww2.ac-poitiers.fr/ia86-pedagogie/spip.php?article1498>

Puis, il y a le stade de **corps perçu**, c'est l'époque pendant laquelle l'enfant acquiert une connaissance pratique de son corps et sa représentation grâce à ses perceptions au travers notamment de jeux symboliques. Le **corps connu ou représenté** (7 à 12 ans) est l'étape pendant laquelle il passe d'une perception globale de son corps à une connaissance topologique des parties de celui-ci, il est capable de se décaler de l'agir et d'utiliser des images mentales pour décrire ses actions. Pour finir, il y a le **corps maîtrisé ou régulé** où les fonctions psychomotrices sont opérationnelles et coordonnées entre elles en fonction de l'intentionnalité de l'individu à atteindre un but.

C. Le psychotique et son corps :

L'individu psychotique a un vécu particulier de son corps.

Il semble que « *le corps du psychotique n'est pas perçu* »⁵⁴ que cela soit en partie, ou en totalité ou encore dans le lien entre les parties et la totalité. Les individus psychotiques ont une grande difficulté à psychiser, mentaliser les expériences du corps, ils sentent mais ils n'éprouvent pas.

Au contraire, les perceptions peuvent être **étranges** et ne semblent pas être dans une réalité partagée qui peut se traduire par l'impression de manque de consistance corporelle, de morcellement du corps, des inquiétudes sur les organes intérieurs ou bien un désintérêt de l'aspect et des besoins physiques.

La perception de leur corps propre est singulière. Ils perçoivent des choses qui ne sont anatomiquement pas réalisables, par exemple « *des viscères qui seraient à l'envers* », au sens propre du terme. Ils peuvent également **créer la perception** (hallucination) ou dénier une partie de la réalité (qui peut être douloureuse), tout se passe comme si cela n'existait pas.

Finalement, quelque chose se trouble au niveau de la perception du corps et donc du soi et donne lieu à des **angoisses dites psychotiques**. De ce constat découle la mise en place de **mécanismes de défenses** et des manifestations qui peuvent être de l'ordre de **conduites compensatoires** qui permettent au sujet de contrôler cette non perception de soi ou/et donne lieu à **d'autres troubles psychomoteurs**. Le corps est un problème : c'est un lieu de souffrance, un instrument inadapté à ses besoins régressifs. Les angoisses et les mécanismes de défenses sont des concepts appartenant aux théories psychanalytiques.

⁵⁴ G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan

Lors d'une séance de psychomotricité, Maxime, âgé de huit ans, se lève de sa chaise sur laquelle il était assis et fond littéralement au sol. Je mets alors mes deux mains de chaque côté de ses épaules avec une pression ferme et l'aide à se relever. Une fois debout, dès que mes mains ne sont plus en contact avec lui, il « fond » de nouveau au sol. Il me dit alors qu'il a l'impression de « couler par terre » si « je ne le tiens pas ».

1) Les angoisses corporelles :

L'angoisse est de l'ordre du vécu et sans objet, face à laquelle il n'y a pas de solution. Nous pouvons alors observer une immobilité de l'esprit.

Les individus psychotiques ne sont en rien assurés de leur intégrité corporelle et éprouvent des angoisses liées à cette intégrité ou non intégrité du corps propre. Si les fonctions ne sont pas appropriées, subjectivées, les sensations ne se relient pas et donnent donc l'impression d'un corps propre qui ne serait pas habité. Le chaos sensoriel altère leur fragile sentiment du « moi », et provoque des angoisses qui n'arrivent pas à être pensées.

a) L'angoisse de morcellement :

L'angoisse de morcellement peut être définie comme la terreur de voir son corps tomber en morceaux. Elle « renvoie à la destruction, à la mort par la mise en morceaux ou éclatement. Cela correspond à l'éprouvé d'une expérience catastrophique de disparition et d'une menace visant à la cohésion et la continuité. »⁵⁵ D.Winnicott ajoute deux dimensions : celle de ne pas cesser de tomber et celle de ne pas avoir d'orientation. C'est le sentiment continu d'existence qui ne s'élabore pas et qui menace éminemment de s'effondrer. Cette angoisse de morcellement implique un prémisses de construction, une amorce de cohérence qui est en risque de se défaire. Les limites corporelles n'étant pas claires, il y a une menace d'annihilation définitive de cette limite par explosion, effondrement, menace de se diluer dans le monde extérieur.

Elle renvoie chez M.KLEIN, à l'angoisse de « désintégration » et « d'anéantissement » spécifique de la position schizo-paranoïde. W.Bion la nomme « *angoisse de vidage* »⁵⁶.

Cette angoisse de morcellement peut être mise en lien avec la façon morcelée dont ces patients perçoivent le monde et leur corps. C'est un vécu particulier aux individus psychotiques qui peut donc être mis en parallèle avec des troubles de l'image du corps.

⁵⁵ JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition, p 103

⁵⁶ W.BION, in A.CICONNE et M.LHOPITAL, *Naissance à la vie psychique*, DUNOD, p 51

« L'image dissociée que le patient a de lui-même peut être limitée ou au contraire envahir son monde vécu en totalité. Le monde et son corps n'ont alors plus de limites entre eux. »⁵⁷

Les neurophysiologistes rapprochent cela du concept de faible « cohérence centrale » comme l'impossibilité pour un sujet de percevoir son environnement de façon globale. Ce concept peut être rapproché de celui de démantèlement ou de morcellement de l'espace, concept appartenant à l'approche psychanalytique. Le démantèlement est un mécanisme édifié par D.Meltzer qui peut être défini par une opération de dissociation, une perception fragmentée de l'objet et de lui-même, il y aurait un primat du sensoriel qui ne déboucherait pas sur une possibilité de se considérer soi-même ou de considérer l'autre comme total.

Je rencontre Nathan, âgé de sept ans, dans un groupe thérapeutique dont la maxime « aide-moi à grandir seul » pourrait être un des objectifs de ce groupe. Lors d'une séance, Nathan trébuche et fait ce qui me semble être une « petite chute ». Sa réaction est impressionnante, il alterne entre mouvements brusques et posture de repli sur lui-même comme une position fœtale. J'ai l'impression qu'il a « éclaté » au sol, qu'il est éparpillé.

b) **L'angoisse d'effondrement** :

D.Winnicott nomme cette angoisse d'effondrement, « *angoisse disséquante primitive* »⁵⁸ chez les schizophrènes. Elle est liée à une expérience infantile qui correspond à l'angoisse de ne plus se porter soi-même, angoisse de chute sans fin, de ne plus être dans son corps.

Les déclinaisons restent multiples et personnalisées : angoisse de vidage, disséquantes, de morcellement que W.Bion nomme « *terreurs sans nom* »⁵⁹. Elles influencent la vie quotidienne des patients. Les repérer pour les soignants semble important afin de comprendre les comportements des patients, et veiller à mettre en place un cadre anxiogène à minima afin que le patient puisse se saisir de l'expérience thérapeutique proposée.

2) **Mécanismes de défense** :

Les mécanismes de défense dits psychotiques sont archaïques et renvoient à une phase de développement précoce. Ces mécanismes sont dits « normaux » mais dans le cas des psychotiques, nous parlons de points de fixation. Les individus psychotiques utilisent de manière prévalente, intense et coûteuse pour le psychisme ces mécanismes de défenses.

⁵⁷ G.PANKOW, *L'homme et sa psychose*, Flammarion 1993 in V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, p 212

⁵⁸ JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition, p 89

⁵⁹ JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition, p90

Ils ont pour fonction de « *maintenir et de prolonger un état de constance psychique en évitant l'angoisse et le déplaisir* »⁶⁰. Ils ont pour but de réduire les tensions internes afin de se protéger. Ces moyens de défenses, qui sont une forme de stratégie, aident à retrouver un équilibre émotionnel qui soit supportable.

a) Le clivage et le déni :

S.Freud définit le déni de la réalité extérieure et le clivage comme « *deux attitudes persistantes l'une à côté de l'autre sans s'influencer réciproquement, l'une tenant compte de la réalité, l'autre déniait et mettant à sa place, une production du désir.* »⁶¹ La réalité est insupportable, le psychotique détruit donc la réalité existante pour reconstruire la sienne.

M.Klein propose une théorie explicative dans laquelle elle utilise les concepts de position schizo-paranoïde et position dépressive décrite dans le développement normal de l'enfant.

L'individu psychotique marque une régression ou une fixation à la première des positions, ce qui marque l'impossibilité d'avoir accès à la seconde. Dans cette position, le monde est abordé de façon clivée en référence au sein maternel bon ou mauvais.

Pour M.Klein, l'enfant organise son monde en fonction des pulsions de vie et des pulsions de mort. Il perçoit un monde clivé, les éléments de son environnement ne sont pas dissociés de lui. En effet, il attribue par exemple au sein maternel, les propriétés gratificatrice et frustratrice, il le considère dans un premier temps comme deux objets distincts : le « bon » et le « mauvais » sein. Il incorpore le bon sein à l'intérieur de lui, au-dedans, et projette à l'extérieur de lui, au dehors, le mauvais. C'est la position schizo-paranoïde. Si cette position persiste trop longtemps, cela est considéré par M.Klein comme un signe de la schizophrénie. Dans le développement classique, l'enfant comprend que le sein est un seul même objet, il incorpore à l'intérieur de lui le bon et le mauvais, il accède à un moi global et unifié, c'est la position dépressive.

⁶⁰ E. SCHMID-KITSIKIS 2002, p 404 in J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press, p109

⁶¹ J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press p 110

b) L'identification projective :

Il s'agit d'un processus où le sujet « *introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler* ». ⁶² Quelque chose d'intolérable au-dedans est donc logée à l'extérieur.

L'identification projective consiste pour le Moi à prendre possession d'un objet extérieur qui devient une extension du Moi.

L'identification projective pathologique a des conséquences sur le changement de l'identité, perte de parties de soi, perte de certaines émotions, perte qui se traduit par un sentiment de dépersonnalisation (Rosenfeld). « *Quitter l'identité projective signifie en fin de compte, assumer sa propre identité, être soi-même, vivre à l'intérieur de soi.* » ⁶³ Le moi corporel est ici, dissocié du moi psychique. L'identification projective est de nature symbiotique c'est-à-dire que les limites entre le soi et le non soi ne sont pas encore établies de manière claire.

Lorsque je rencontre Mr.K, je le trouve très prévenant. Il anticipe ce dont j'ai besoin pour prendre un café par exemple et fait en sorte que j'ai tout à ma disposition. Au fur et à mesure, je me rends compte que ce qu'il me propose est au même moment que ses envies à lui. Il devance les miennes, il agit à ma place. Tout se passe comme si, nous étions la même personne, avec les mêmes envies au même moment.

3) Les conduites compensatoires :

En cas de souffrance trop intense, des tentatives de « *protections anti-émotions* » ⁶⁴ sont mis en place pour s'en protéger : froideur affective, vide émotionnel ; sorte de sidération émotionnelle.

B.Lesage parle de « *corps-écrin* » et de « *corps-écrit* » dont les définitions sont « *Le corps-écrin est la matrice du sujet porteur de structures anatomiques qui orientent et sensibilisent à certaines catégories d'expériences relationnelles, émotionnelles et imaginaires...Nous travaillons avec l'histoire, qui nous confronte au corps-écrit, qui mémorise la manifestation du sujet dans un monde avec lequel il tisse son histoire et la trace : traces extérieures du chemin réalisé et traces intérieures qui prennent parfois l'allure de cicatrices* ». ⁶⁵ Ces deux concepts semblent perturbés dans la psychose.

⁶² J.LAPLANCHE et JB.PONTALIS, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 1967, p92

⁶³ A.CICONNE et M.LHOPITAL, *Naissance à la vie psychique*, DUNOD, p222

⁶⁴ V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego

⁶⁵ B.LESAGE, *Etape d'un parcours psychocorporel*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°117, p 25, 1999

G.Pous⁶⁶ propose l'explication suivante concernant ces conduites compensatoires qui permettent de maîtriser la sensation. Les individus psychotiques sont soit dans :

- la maîtrise du vide c'est-à-dire de ce qui n'est pas senti, du vide du corps ce qui donne lieu à des états de catatonie. La catatonie est un trouble de l'activité motrice volontaire qui peut être défini par l'absence de sensations, une posture figée, ils ne disent rien, semblent absents de leur être ce qui donne une impression d'un fonctionnement automatique, fonctionnel et réflexe à leur corps.

- la maîtrise du plein c'est-à-dire des sensations corporelles variées, pénibles ou agréables. Le sujet donne un sens à ce qu'il vit.

Nous pouvons retrouver cette maîtrise du plein à travers différentes conduites.

L'hypertonie peut être définie par le recrutement tonique excessif et permanent d'un sujet, c'est souvent une barrière contre l'effondrement psychosomatique. L'hypertonie est riche en perceptions coenesthésiques. Il est vital de se sentir solide, cela permet de se sentir tenu en permanence.

Alexandre a une posture remarquable, il est comme projeté, arc-bouté en avant. Les chaînes musculaires postérieures sont contractées. Son tonus est rigide comme figé dans cette posture. Lorsqu'il est assis dans un fauteuil ayant un dossier et des accoudoirs imposants, il peut progressivement décontracter ses muscles grâce à ce contenant solide.

La recherche d'objets durs qui sont sélectionnés pour leurs formes ou leurs qualités et non pour ce qu'ils représentent. J-A.MUNOZ parle d'accrochage hypertonique, les objets sont choisis pour la sensation de dur qu'ils procurent.

La stéréotypie peut être définie par des mouvements répétitifs ont plusieurs fonctions, F.TUSTIN⁶⁷ en a décrit trois principalement qui sont de se procurer, se provoquer des sensations connues et maîtrisables, s'opposer à la variabilité, l'imprévisibilité de son environnement ou encore une fonction auto-calmante.

Mme A. participe à un atelier thérapeutique dans lequel un diabolo a été utilisé. Installés en cercle, l'idée était de se familiariser avec cet objet et ensuite de le passer à la

⁶⁶ G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan, p43

⁶⁷ F.TUSTIN, *Les états autistiques chez l'enfant*, SEUIL

personne à côté d'elle. Lorsque Mme A, a eu l'objet entre les mains, nous avons pu observer un repli sur elle-même, le groupe ne semblait plus exister, elle répétait le même mouvement inlassablement, le regard fixe sur l'objet tournant sur lui-même. Nous avons dû solliciter Mme A à plusieurs reprises afin qu'elle puisse le donner, ce à quoi elle exprima le plaisir de cette sensation.

La ritualisation est une attitude répétitive qui peut se rapprocher de la fonction maîtrisable de la stéréotypie. Le rituel est la reproduction de gestes ou d'actions dans un certain ordre et se répétant dans le temps et peuvent être rapprochés parfois des troubles obsessionnels compulsifs. Les individus psychotiques organisent, règlent leur vie au moyen de supports concrets comme leur montre, de manière à annihiler tout imprévu et garder un certain contrôle, ils sont dans une immuabilité.

La ritualisation des journées est également un moyen mis en place par les patients pour pallier à la confusion dans le temps. L'individu psychotique semble être dans une routine morbide, enfermés dans ces rituels sans qu'il y ait une production de sens sur ceux-ci. Nous pouvons parler de chronicisation lorsqu'il n'y a pas d'adaptation à un événement nouveau.

Mr.D est un patient souffrant de schizophrénie paranoïde. Sa journée est réglée à la minute près. Il vérifie souvent l'heure sur les pendules et dit qu'il préfère ne pas avoir de montre sinon il passerait son temps à la regarder.

Lorsqu'il arrive à l'hôpital, il déroule les actions dans le même ordre : il dit bonjour, va au café d'accueil pendant lequel, il s'assoit toujours à la même place, pose ses effets personnels au même endroit, il boit toujours le même nombre de gorgées de café à la fois.

Les odeurs corporelles fortes et désagréables ont parfois une fonction de mise à distance.

Peu importe les saisons, Mme A porte toujours les mêmes vêtements. Elle dégage également une odeur corporelle forte qui ne semble pas la déranger. Cela ne semble pas être un problème d'hygiène à proprement parler.

Les plaintes somatiques répétitives concernant la musculature ou plus localisées sur les organes renvoient à la notion d'hypochondrie définie comme des sensations interprétées de façon douloureuses et morbides. « *La douleur est appauvrissante dans la mesure où elle retient sur l'organe douloureux l'intérêt que le sujet portait précédemment sur d'autres*

fonctions, ou objets »⁶⁸. Finalement le patient focalise sa souffrance dans une maladie somatique ce qui décale le sens d'un point de vue trop personnel.

Mme C. est une patiente que je rencontre dans un atelier thérapeutique dans lequel le mouvement corporel est un des objectifs. Lors d'un temps où les patients peuvent exprimer leur « humeur du jour », Mme C a toujours mal quelque part sur une région localisée de son corps qui sont soit les épaules soit au niveau de la cuisse. Elle peut dire que cela la limitera dans ses mouvements. Finalement, lors de la mise en mouvement Mme C ne fait plus référence à ses douleurs qui semblent « oubliées ».

4) Les troubles psychomoteurs :

Un défaut de perception de soi peut entraîner des troubles psychomoteurs. Les grandes fonctions du développement psychomoteur peuvent être troublées. Par souci de clarté, je vais vous les présenter à travers différentes sous parties, mais il me semble important de préciser que ces fonctions ne sont pas indépendantes les unes des autres mais imbriquées entre elles.

a) Trouble de l'intégrité corporelle

Comme nous l'avons vu précédemment le premier sentiment d'enveloppe, de consistance et de cohérence se fait grâce à des interactions précoces adaptées et au tonus.

Chez le patient psychotique, nous pouvons observer une défaillance de la fonction contenante et de pare-excitation de l'enveloppe.

L'individu psychotique reste dans une limite floue entre ce qui est du dedans de son corps et du dehors, le « *Moi-Peau* » ne faisant pas fonction de limite. Cette limite est poreuse et perméable. Être à l'intérieur de soi, ne va pas de soi.

Notre corps est le point d'amarrage à la réalité, l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique du sujet n'étant que peu imperméables, le sujet psychotique est dans la confusion concernant ce qui émane de lui et donc ce qui n'est pas perceptible pour les autres, et la réalité partagée.

Il ne peut également se protéger efficacement des agressions venant de l'extérieur et faisant intrusion ce qui est à l'origine du sentiment de dépersonnalisation et des angoisses corporelles précédemment évoquées. C'est la fonction de pare-excitation qui fait défaut.

⁶⁸ G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan p 31

Il n'y a donc pas d'espace opérant pour contenir les affects ou bien pour rattacher les expériences à l'histoire personnelle du sujet.

« Chez les psychotiques tout se passe comme si cette enveloppe perméable n'assurait plus sa fonction de limite et de protection (ni d'accueil), le filtre est devenu passoire »⁶⁹.

Il en va de même pour les sphincters qui ne sont pas intégrés dans leur fonction d'ouverture et de fermeture, ils sont considérés comme possible lieu de passage d'effraction d'un objet extérieur ou bien comme le lieu de vidange de ce qui se trouve à l'intérieur. « Tout entre et tout sort, lui semble-t-il, contre son gré et à sa grande angoisse. Il se vide de sa substance et rien ne peut opposer aux invasions du dehors. »⁷⁰

b) Trouble du Schéma corporel et de l'investissement spatiale :

L'espace se décline dans toutes ces composantes internes et externes. L'espace du corps fait référence au schéma corporel et comme nous l'avons vu il est le point de référence de l'individu dans l'espace.

Chez les patients psychotiques le rapport du corps dans l'espace fait défaut. En effet, se repérer dans l'espace nécessite de se repérer soi-même, en coordonnant les différentes modalités, ce qui suppose une construction de limites corporelles définies.

- Analogie corps et espace :

AM.Latour parle « d'analogie entre corps et espace »⁷¹. Elle part du principe que ce que les individus psychotiques mobilisent avec les objets, les matières, ce sont les figurations de leurs états corporels qu'ils n'éprouvent pas, ne perçoivent pas. Cela permet une lecture corporelle de leurs mises en actes. Ils racontent leurs propres corps, il y a une analogie entre leurs corps et les jeux. Ils symbolisent de façon première et primaire en projetant sur l'espace des éléments qui concernent leurs vécus. « Il est saisissant de voir à quel point le corps se trouve être le moyen d'expression de déstructuration de la pensée⁷² ». En effet, « Le corps est le seul élément de réalité dont le sujet ne peut pas se défaire, à moins qu'il ne choisisse la mort »⁷³.

⁶⁹ G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan, p7

⁷⁰ G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan, p7

⁷¹ AM.LATOURE, *Le travail des analogies corps/espace*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°150, 2012

⁷² V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, p9

⁷³ V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, p9

- **Orientation du corps et dans l'espace :**

La structuration de l'espace se décline avec une organisation des gestes et des déplacements et la création de relations organisées et orientées entre l'individu, le monde extérieur et les objets entre eux.

A.Bullinger propose une théorisation développementale de la progression de l'instrumentalisation des différents espaces du corps que nous pouvons lier à certaines théories psychodynamiques comme celles de G.Hagg.

Le corps n'est pas orienté, les repères primaires (haut/bas, devant/derrrière, droite/gauche) sont fragiles et ne permettent pas l'établissement d'un axe et d'un centre corporel ce qui met en difficultés les individus psychotiques pour se repérer dans l'espace environnant.

L'Investissement du derrière du corps :

Nous pouvons observer chez ses patients, un investissement moindre de l'espace de derrière donnant l'impression qu'ils sont en deux dimensions. Ce serait l'espace du buste qui serait perturbé. G.Haag insiste sur l'importance de l'intégration du dos dans l'image du corps, comme objet d'arrière-plan qui soutient et organise les premières actions sur le monde extérieur. Elle passe notamment par ce qu'elle appelle le « *contact-dos* »⁷⁴ et les échanges de regards, lors des premières expériences de portage pendant les interactions précoces. Elle parle de clivage devant/derrrière pour ces individus.

Jonathan est un garçon de huit ans que je rencontre dans un groupe thérapeutique du CMPEA. Jonathan recherche dans chaque position un appui derrière son dos que cela soit un placard derrière lui lorsqu'il est assis au sol, ou bien le dossier d'une chaise. Lorsque cet appui n'est pas possible, par exemple sur un banc, Jonathan tombe systématiquement en arrière.

L'investissement d'un corps symétrique :

Avec la maîtrise de l'espace du torse, des coordinations entre les deux côtés du corps sont mises en place ce qui signe l'intégration d'un axe corporel et l'unification de l'espace de préhension. Le patient psychotique reste dans un clivage droite/gauche ce qui entraîne une difficulté de coordinations bimanuelles.

Mr D. utilise de façon prévalente son bras droit pour effectuer tous les mouvements. Lorsque la séquence motrice est plus complexe et qu'elle demande une coordination des deux

⁷⁴ G.HAAG, *Réflexion sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans les premières années de la vie*, p1

hémisphères du corps, nous pouvons observer alors que Mr D semble se figer, seuls ses avants bras sont mobiles et réalisent en miroir la même action. La dissociation semble non réalisable.

L'investissement du bas du corps :

Dans l'espace du corps, G.Haag parle de clivage haut/bas lorsque la formation de l'axe horizontale du bassin, avec l'appropriation des membres inférieurs dans l'image du corps n'est pas intégrée.

Lors d'un atelier thérapeutique pendant lequel est proposé un éveil corporel autour de la mobilisation des articulations, rares sont les patients qui peuvent bouger le bassin. C'est comme s'il n'était pas une articulation mobile, le haut et le bas du corps ne faisant qu'un bloc. Le bas du corps est réduit à la marche ou bien il reste immobile.

- **La somatognosie :**

Les patients psychotiques peuvent avoir une connaissance des différentes parties du corps (somatognosie), ce sont les attaches (les articulations) qui sont nommées de façon partielles.

- **L'organisation spatiale :**

L'espace est investi de proche en proche. Les patients psychotiques semblent être dans une impossibilité à percevoir le monde dans son ensemble de façon global.

Nous pouvons donc faire l'hypothèse que chez les patients psychotiques les premières intégrations concernant l'espace n'ont pas permis une élaboration d'un schéma corporel stable. Ils peuvent également être très attentifs à la proxémie, ils sont sensibles à la mise en place de repères identifiables pour eux dans l'espace ou alors font en sorte d'annihiler toutes espaces différenciés.

Mr D. installe son environnement de façon précise, la distance des chaises entre elles par exemple. Les éléments concrets matérialisant son espace personnel sont importants. Lorsque lors d'un atelier thérapeutique, il est demandé aux patients de s'asseoir au sol, un patient se trouve à moins d'un mètre de distance de Mr D., il ne manquera pas de lui demander de se décaler.

c) Trouble de l'organisation temporelle :

Le temps est une notion complexe dont l'ordre, la succession et la durée sont les trois concepts de base de la structuration temporelle. Toutes les composantes du temps se font dans

l'intimité des premières relations. D.Marcelli⁷⁵ parle de macrorhythmes pour désigner les temps forts d'une journée d'un enfant comme le moment de sommeil, celui de l'alimentation. Ces temps forts sont constitutifs du sentiment continu d'exister et des notions d'anticipations par exemple. A cela, il ajoute les microrhythmes qui correspondent à toutes les petites surprises que l'entourage peut insérer dans les macrorhythmes qui permettent à l'enfant d'intégrer les notions d'adaptation par exemple.

- **Le temps social** :

Il peut y avoir une désorientation dans le temps social et même une confusion entre les jours de la semaine ou les mois. L'inscription dans un temps générationnel peut être également compliquée.

- **L'inscription dans son histoire** :

Les individus psychotiques semblent être dans un temps divisé en différentes séquences mises bout à bout sans véritable liens entre elles. « *Le temps n'ayant plus de limites, l'histoire du sujet s'émiette ou explose. La dissociation envahit le psychisme et simultanément le corps lui aussi se disloque, perd ses limites et son enveloppe.* »⁷⁶ Au travers du sentiment de dépersonnalisation, le sujet ne se reconnaît pas lui-même comme un soi global et constant.

- **La maîtrise du temps** :

Mme A. arrive toujours en retard que cela soit pour le repas thérapeutique ou bien pour un atelier. Même si elle est présente à l'heure sur le lieu, elle accomplira de nombreux rituels. Finalement, nous l'attendons toujours. Mme A. ne semble pas s'en rendre compte, ou même ne pas s'en soucier. Elle semble comme hors de notre temps, elle vit dans le sien, la rencontre entre les deux peut se faire à travers quelques décalages.

Il ne semble pas y avoir de projection dans le passé, le présent et le futur comme si ces individus vivaient dans leur temps à eux. Leur présence à « l'ici et maintenant » semble être très friable, donnant l'impression parfois qu'ils sont inaccessibles.

⁷⁵ D.MARCELLI, *Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé*, Spirale 4/2007 (n° 44), p. 123-129

⁷⁶ V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, p224

d) Troubles tonico-émotionnel et trouble de l'intégration sensorielle :

Nous pouvons observer différents troubles concernant le tonus comme les troubles de l'intégration sensorielle, la difficulté pour les patients psychotiques à éprouver, les troubles de l'adaptation tonique, et les troubles du tonus à proprement parler.

- **Au niveau sensoriel :**

Dans la psychose, nous observons donc une prévalence du sensoriel sur ce qui est pensé, selon les courants l'hypothèse explicative diffère : les théories psychodynamiques pensent à un surinvestissement, les neuropsychologues parlent d'hyperfonctionnement.

Au contraire, nous pouvons observer des patients sans aucune perception sensorielle de leur environnement, comme désafférentés de celui-ci.

Un matin, il y a de grosses averses, Mme S. arrive à l'hôpital littéralement trempée. Je lui demande pourquoi elle n'a pas mis sa capuche, ce à quoi elle me répond qu'elle « n'a pas senti la pluie qui la mouillée ».

- **L'éprouvé corporel :**

La motricité se développe puisque le corps est programmé pour fonctionner, il fonctionne mais n'est pas source d'expériences psychomotrices pour ces patients-là. H.Wallon nous dit que « *le retentissement corporel ou plus exactement la résonnance tonique spontanée et massive des émotions est une fonction nécessaire et fondamentale d'adaptation du psychisme infantin, elle peut au contraire chez l'adulte devenir cause de perturbations ou même de troubles graves* »⁷⁷ Les expériences ne sont pas éprouvées, elles se déroulent sans affects.

La motricité, le tonus et ces sensations ne sont pas intégrées, habitées, investies. Le fonctionnement réflexe est un fonctionnement sans épaisseur représentative, imaginative ou fantasmagique ; il est le témoin d'un trouble dans le lien à soi, à l'autre et au monde.

*« Le fond tonique et les réactions toniques vont essentiellement exprimer et incarner l'histoire des bouleversements des relations affectives d'un sujet... Or, ce fond et ces réactions définissent « un état tensionnel », c'est-à-dire un état ou une expérience psychophysique pénible, son « mal-être », vécu par le sujet dans son corps à la fois comme organe moteur, support des activités praxiques et comme communication gestuelle et verbale, bref comme fonction tonique. »*⁷⁸ Il n'y a pas de pensées sur ces états. Ces sensations ne peuvent donc pas

⁷⁷ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p65

⁷⁸ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p65

entrer dans le système mnésique et colorer les expériences suivantes. Les patients psychotiques sont donc dans une répétition des mêmes sensations, ils focalisent sur une sensation qu'ils stimulent inlassablement par exemple kinesthésique, lumineuse...

- **La modulation tonique :**

Les troubles tonico-émotionnels correspondent aux répercussions toniques des émotions sur le corps. La difficulté d'intégration sensorielle dans un éprouvé corporelle a pour conséquence une faible modulation tonique. L'adaptation tonique suppose, selon H.Head⁷⁹, de pouvoir diminuer l'activité dans le temps, d'effectuer des réglages de l'intensité ou de la rapidité des éléments du répertoire moteur, et d'opérer des changements de stratégies. P.Delion fait l'hypothèse que les patients psychotiques restent dans un fonctionnement automatique, par rapport aux sensations comme par rapport au tonus, c'est un fonctionnement en tout ou rien sans nuance, sans catégorie, sans tri. Le tonus semble peu adapté aux situations ce qui donne un aspect figé sur un même mode de fonctionnement que cela soit dans l'hypertonie, l'hypotonie ou la dystonie.

Mme B participe à un atelier thérapeutique pendant lequel il y a un temps d'écoute musical. Pendant ce temps-là, il est proposé aux patients de s'installer confortablement à l'aide de tapis, couverture ou coussins. Bien que Mme B utilise des couvertures placées sous ses bras, nous pouvons observer que son bras gauche ne se « reposent » pas sur les couvertures. La paratonie de Mme B fige son bras dans une posture hypertonique qu'elle ne peut ajuster aux différentes situations.

- **Trouble du tonus :**

Nous pouvons observer des troubles du tonus postural défini par le tonus minimal permettant la station debout et donc le maintien des équilibres statiques et dynamique ainsi que du tonus d'action qui permet les mouvements sous commande motrice volontaire. Le tonus n'est pas investi comme une fonction qui soutient le corps, il n'y a pas d'ancrage, de sentiment d'être solide et consistant.

Rémi est un petit garçon de six ans : maladroit est vraiment ce qui peut qualifier sa façon de se mouvoir. Il peut courir d'une façon particulière comme si son corps ne s'adapte pas à la surface du sol, son corps ondule. A la suite de cette course, il tombe de toute sa hauteur donnant l'impression que « quelque chose » lâche.

⁷⁹ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p251

e) **Trouble de la communication avec autrui :**

Dans la communication, l'individu a pour intention de faire passer un message à un autre individu. La notion d'« autre » suppose que l'individu peut le reconnaître comme différent de lui. Or, dans la psychose, l'individu n'investit pas le monde et ses objets comme extérieur à lui. Tout fait partis de lui. Pour F.Joly, l'autre est « le chaînon manquant dans la psychose ».

Je vais vous présenter certaines troubles de la communication qui illustrent l'absence de prise en compte de l'autre ou bien la confusion avec lui.

- **Un défaut de l'imitation :**

Nous pouvons observer un défaut majeur de l'imitation. En effet, l'imitation suppose une différenciation entre soi et l'autre. Cette différenciation étant très peu construit du point de vue psychocorporel, ils sont donc en panne dans les activités d'imitation.

Nous observons d'autres conduites témoin de cette limite floue. Le patient psychotique est dans un mode fusionnel, de toute puissance et pense être à l'origine de tout ce que lui propose son environnement comme une « *simple expansion de son être* »⁸⁰.

Nous pouvons trouver une altération générale du contact et de la relation avec l'environnement extérieur. Les individus sont en difficultés pour percevoir les émotions d'autrui et ne peuvent se mettre à la place d'autrui dans un but de compréhension de son point de vue ce que les neuropsychologues nomment « théorie de l'esprit ».

- **Le mimétisme :**

Le mimétisme correspond à une conduite de l'individu à faire exactement pareil qu'autrui comme par exemple les écholalies ou les échopraxies ou même l'échotonie.

Pendant un éveil corporel dans lequel je guide oralement et physiquement les patients, Mme D reproduit mes gestes avec une grande précision. Elle reproduit même mes soupirs.

E.Bick a développé **le concept d'identité adhésive**. L'identité adhésive serait normale dans le développement précoce de l'enfant. Chez les patients psychotiques cela est défini par un individu qui adhèrent trop bien à l'environnement, témoin de la prégnance de la sensorialité dans leur modalités d'être, ils se collent à nous sans recherche d'une modalité relationnelle. Il

⁸⁰ J.BERGERET, *Psychologie pathologique : théorique et clinique*, BROCHE, p 194

n'y a pas de réflexions, de mentalisation, cela se répète à l'identique avec abolition de la différenciation autre et soi.

Lors des fins de séances avec Rémi, il rejoint son chauffeur de taxi habituel, il se précipite pour lui faire un câlin, enserrant sa taille de ses bras, posant sa tête sur son ventre, ce qui me donne l'impression que Rémi « entre dans » son chauffeur, qu'il se « colle » à lui. Pendant ce temps-là, il ne lui parle pas, et ne le regarde pas.

- **Le regard** :

Le regard particulier du psychotique peut être également une expression de ces manifestations. Il peut être interprété comme un trouble de la vision au sens figuré. Ce regard peut se traduire par deux manifestations, la première étant un regard qui bien qu'il vous regarde vous traverse complètement donnant l'impression de vide. Le regard ne semble pas être un moyen opérant d'accrochage à l'autre.

D'un autre côté, il y a un regard intense qui donne l'impression « d'entrer en nous », C.Luca-Bernier parle de « *regard absorbant (cannibalique) des psychotiques* »⁸¹.

Le regard du psychotique ne laisse pas indifférent, il vient questionner les questions identitaires que cela soit chez le patient ou chez celui qui est « regardé ».

- **Trouble du langage** :

La construction du discours est souvent désorganisée. La production du langage est soit plutôt lent et haché, soit logorrhéique. Le sujet s'adapte peu au contexte et à son interlocuteur.

Mme S. parle tout le temps, souvent des mêmes sujets qu'elle répète en boucle. Elle ne semble pas attendre une réponse aux informations qu'elle donne, être dans un dialogue. Elle rebondit sur le dernier mot qu'elle entend d'une conversation. Le contenu de son discours semble « hors contexte ». Toutes ces fins de phrases sont ponctuées d'un « tu sais » qui n'est pas adressé.

f) **Troubles de la fonction symbolique** :

La fonction symbolique est une notion témoin d'une évolution dans le développement. La fonction symbolique sur laquelle s'étaye la fonction de représentation, permet de faire appel à ces perceptions en différée en faisant des liens entre les situations.

⁸¹ C.LUCA-BERNIER, *Le travail avec les patients psychotiques : la formation en question*, Article INRP, 2003, p2

Dans le représenté, il y a deux niveaux : un premier classique de la fonction symbolique et un second dans lequel l'individu est capable d'être en lien avec les éléments qui entre en résonance pour lui et ce qui est représenté à ce moment-là. Le représenté permet de créer des souvenirs, un panel de possible qui donneront une intentionnalité aux expériences futures. « *L'individu psychotique peut « comprimer » mais ne peut pas réunir, peut « fusionner » ou « agglomérer » mais ne peut pas articuler* »⁸². Ceci peut être mis en lien avec une grande labilité des capacités mnésiques. Il semble qu'il y ait une absence d'inscription des événements vécus dans la relation qui peuvent se manifester par l'oubli ou bien la confusion.

Chez les adultes, le langage vient prendre une place importante dans le lien aux autres, à soi et au monde, là où les enfants peuvent utiliser leur motricité comme premier lieu s'expression de la vie intérieure. L'accès à la représentation et au langage permet à l'individu de penser ce qu'il vit et cela peut également lui permettre d'entrer dans une dimension imaginaire, il peut raconter des histoires.

La question du langage est présente dès l'éprouvé. Nous faisons sans cesse des commentaires sur nos éprouvés comme par exemple « j'ai chaud », « j'ai froid ». Le langage donne des représentations au corps. Le patient psychotique reste dans des impressions, ils sont en panne de mots. « *Les structures de l'ordre symbolique qui apparaissent au sein du langage et qui contiennent l'expérience première du corps sont détruites par la psychose et déformées dans la névrose.* »⁸³

Lors des temps de parole en fin de séance d'atelier, Mme G. répète toujours le même discours qui semble plaqué sur un ton monotone « ça va, je vais bien, je suis très contente de participer à ce groupe ». Un sourire qui semble crispé reste sur son visage ce qui donne l'impression d'un décalage entre ce qui est exprimé et les ressentis de Mme G.

Il existe une confusion entre représentation de chose et la représentation de mots ce qui pose la question de la compréhension du langage en tant que porteur de sens. Certains individus psychotiques ne semblent pas avoir accès au second degré ou à l'humour, les expressions semblent comprises au sens propre. Nous pouvons observer un décalage entre la compréhension et l'exécution de la tâche demandée.

⁸² J.BERGERET, *Psychologie pathologique : théorique et clinique*, BROCHE, p 194

⁸³ G.PANKOW, *Structure familiale et psychose*, POCHE

Au cours du repas thérapeutique, Mr E. est de service et demande ce qu'il doit faire. Un soignant lui dit de « rester planter » là, qu'il finira bien par « prendre racines ». Mr E. ne bouge pas, et regarde d'un air interloqué. Il a été nécessaire de souligner que c'était de l'humour.

A un autre moment, Mr E. s'apprête à aller en atelier ce qu'il ponctue de « c'est parti mon kiki ». Le soignant qui l'accompagnait a précisé que c'était bien une expression qu'il avait employé.

En conclusion,

L'idée est d'intégrer le rapport qu'entretiens l'individu psychotique avec son corps, Son rapport au corps est axé dans un souci de protection face aux agressions non maîtrisables. Il est donc évident que le soignant se doit de respecter les défenses mises en place comme le délire ou la mise distance, l'objectif étant non pas de détruire celles mises en place mais de l'aider à en construire de nouvelles moins invalidantes dans la relation à lui-même ou aux autres. Sensation, perception et représentation ne se succèdent pas mais se nourrissent et se transforment nécessairement par un détour par l'autre.

III. LE MOUVEMENT EN SEANCE DE PSYCHOMOTRICITE AU SERVICE DE LA PERCEPTION DE SOI

Être en mouvement, c'est d'abord être en vie, puisque même si le corps est inerte, il y a toujours un mouvement observable, celui de la respiration. « *Le corps en action est toujours en train, soit d'exprimer quelque chose, soit de faire quelque chose. Un corps est toujours le corps d'une personne et la personnalité a des émotions, des sentiments des tendances, des mobiles et des pensées.* »⁸⁴

A. Le cadre thérapeutique en psychomotricité:

La psychomotricité est une profession paramédicale dont le champ d'intervention aura selon M.SAMI-ALI « *pour limite inférieure la perception sensorielle et pour limite supérieur la projection fantasmatique* ». Le corps n'est pas seulement un support organique mais le support de l'identité de l'individu. « *Par la prise de conscience du corps, elle mobilise le patient aux niveaux sensoriel, affectif et relationnel, conscient et inconscient. Elle facilite l'identification des perceptions, l'émergence des émotions et de représentations. Elle propose la mise en mots de vécus corporels et peut relier ces vécus à d'autres pans de la vie du patient. Elle accompagne la mise ou remise en route des capacités d'introspection. Elle encourage la subjectivité.* »⁸⁵

Le corps est le premier support de symbolisation et d'expression donc peut être un support à investir pour le soin.

1) La thérapie psychomotrice :

La thérapie psychomotrice s'intéresse à ce que le patient psychotique puisse « *enfin habiter son corps, se l'approprie en son nom et ne le perçoit plus comme un chaos indifférencié, une enveloppe percée et en permanence menacée de l'intrusion ou encore un ennemi à attaquer ou à faire taire* »⁸⁶. La psychomotricité s'attache à faire exister les liens entre les éprouvés corporels et la symbolisation.

Le cadre thérapeutique peut être mis en parallèle avec le « *holding* » de D.Winnicott, le patient fait l'expérience que son environnement est stable, fiable, qui se maintient dans le

⁸⁴ P.HIRLDER in E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, Dunod, p35

⁸⁵ E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, DUNOD, p20

⁸⁶ J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press, p145

temps peu importe la destructivité mise en œuvre. Ce cadre inclue le soignant, suffisamment contenant et résistant lui aussi. La cadre thérapeutique est une dimension de la pensée du psychomotricien qui est réfléchi en fonction du projet thérapeutique. Ce cadre « *dans la tête* »⁸⁷ permet au psychomotricien d'avoir un accueil spécifique à chaque patient, de donner une direction aux séances en fonction du projet du patient. Ce cadre tient donc au-delà de la porte du bureau du psychomotricien. Il peut s'appuyer sur des éléments concrets tels que la continuité de l'horaire, de la salle par exemple.

Dans ce cadre singulier, il est important que le psychomotricien prenne le temps. L'instauration de la relation, l'habitué de l'individu à la rencontre proposée, vont petit à petit opérer des remaniements psychomoteurs. La mise en place de rituels, la répétition peuvent être nécessaires à l'appropriation des propositions par le patient. « *Ce qui pouvait être ni pensé, ni dit, ni même perçu parfois, est réveillé à travers le mouvement, le ressenti et les émotions en thérapie psychomotrice.* »⁸⁸. Le cadre est donc flexible et souple, le rythme de la prise en soin évoluera en fonction de l'ajustement du psychomotricien au patient, son point de départ étant là où en est le patient à ce moment-là.

Ce sont les intérêts du patient tout comme sa capacité à s'engager dans tel ou tel espace qui doivent orienter nos choix quant aux dispositifs de soin.

2) Le bilan psychomoteur et le projet thérapeutique

Le bilan psychomoteur est un outil du psychomotricien qui lui permet, sous prescription médicale, de poser une indication pour la pertinence d'une prise en charge en psychomotricité. C'est le premier temps de rencontre avec l'individu.

La passation d'un bilan peut être déjà orientée par une demande particulière ou bien il peut être un « état des lieux » plus global.

Le psychomotricien a dans sa boîte à outil, un ensemble d'épreuves standardisées qui sont des médiateurs afin de comprendre au mieux comment fonctionne l'individu, et où il en est dans son développement psychomoteur. Ils permettent l'évaluation du niveau et des potentialités du patient.

Selon H.Bucher, « *l'examen psychomoteur est un instrument de médiation, d'observation et d'analyse, il cherche à concilier une pratique qui utilise les instruments, le*

⁸⁷ P.LAFFORGUE in AM.Latour, *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, ERES, p9

⁸⁸ E.DESOBEAU, *Le corps et sa mémoire*, in Actes u VI' Congrès international de psychomotricité, coordination G.Hermant, Doin Paris, 1989 in V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, p215

langage, les concepts qui nous sont spécifiques dans une démarche qui laisse à [l'individu] une grande liberté d'être et qui tient compte, à tout moment, non seulement des réponses apportées à nos demandes mais aussi de la dialectique relationnelle qui s'institue. ». Le bilan psychomoteur doit être supportable pour les patients.

Le psychomotricien tiendra compte également de son vécu subjectif. « *Nous réagissons aux expressions, aux attitudes, avec une sensibilité extrême, en accord avec un code secret qui n'est écrit nulle part, connu de personne mais compris par tous. Que faisons-nous de toutes les informations que nous recevons, que notre compétence et/ou incompétence nous permet de saisir? [...] la difficulté à gérer une telle complexité est le creuset même de la psychomotricité* »⁸⁹

Nous pouvons comprendre le symptôme comme à l'origine de la souffrance du patient ou bien la souffrance est à l'origine de divers symptômes.

Les conclusions du bilan présentes différentes difficultés, une masse d'informations desquelles il doit être sélectionné des priorités. Un projet thérapeutique est établi, en fonction de la problématique du patient. « *Le projet thérapeutique du psychomotricien s'oriente alors vers l'unité corporelle, le contrôle tonico-émotionnel et le réinvestissement positif du corps propre du patient.* »⁹⁰.

Nous pouvons dégager trois axes principaux⁹¹ qui sont **s'occuper du corps, travailler à être ensemble** et enfin **s'occuper des objets dans une réalité partagée**. Chaque axe est présent dans la prise en charge de manière plus ou moins prépondérante, ils répondent aux trois thématiques de la psychose : **corps, relation et réalité**.

S'occuper de son corps correspond, chez les patients psychotiques, à s'apercevoir que nous avons un corps, de le découvrir au travers des capacités motrices et sensorielles, l'y habiter, l'intégrer.

Travailler à être ensemble correspond aux dimensions de l'interrelation, de la reconnaissance du soi et des autres, donc de la dimension de la communication.

Enfin, s'occuper des objets dans la réalité partagée correspond à l'investissement de l'objet concret. Certains patients sont pris dans un imaginaire privé qu'ils racontent, l'idée est de les amener vers une réalité partagée qui tient compte de la réalité physique.

⁸⁹ M.CONTANT et A.CALZA, *Les troubles psychomoteurs et le thérapeute en psychomotricité*, Masson, Paris, 1993

⁹⁰ V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, p8

⁹¹ Prise de notes de cours, AM.LATOURE, 3^{ème} année, IFP Bordeaux

3) **Le psychomotricien et la perception :**

a) **Posture du psychomotricien :**

Le psychomotricien est engagé psychiquement dans la thérapie, il y implique également son propre corps.

Il va avoir une fonction de contenant, de réceptacle sensible aux manifestations psychocorporelles des patients. Dans la relation, être réceptacle de la souffrance de l'autre ne signifie pas se laisser envahir par cette souffrance.

Le psychomotricien se situe dans une posture attentive et compréhensive, au travers de laquelle il accueille et transforme ces manifestations.

Par la pratique du commentaire, il fait des hypothèses, et essaie de mettre du sens sur ce qu'il perçoit du vécu de l'autre. Cela peut être concernant ses productions ou ses états : la confusion, le vide, l'agitation ou bien concernant l'ambiance émotionnelle : l'ennui, la peur, la colère, l'intérêt. En effet, selon S. Robert-Ouvray, « *le psychomotricien est le thérapeute du corps mais a son mot à dire* », il se situe dans la métacommunication (communication de la communication). Finalement le psychomotricien « *prête son appareil à penser les pensées* » (W.Bion). Les hypothèses ont pour soucis d'être au plus près du patient et de produire un lien, que le patient soit dans un éprouvé. La description et l'explication fonctionnelle du corps propre ne suffisent pas, les « tâtonnements » se situent dans l'imagé du vécu corporel partagé que cela soit des affects étranges ou bien agréables, ouvrant à de nouvelles formes de symbolisation.

Laurent, a deux ans, lorsque je le rencontre. Il ne parle pas et a un visage peu expressif, il ouvre et ferme toutes les portes sur son passage dans un état d'excitation notable. Lors d'une séance, il claque bruyamment la porte d'un placard, le psychomotricien tape alors avec sa main sur le banc à proximité, en disant qu'il est en colère. Après un regard interloqué de Laurent, la fin de la séance s'est déroulée en « jouant » cette colère qui a eu l'air de faire sens pour lui.

Cet ajustement autant corporel -tonico-émotionnel- et langagier, se doit d'être dans le « *suffisamment bon* » de D. Winnicott, la position juste n'existant pas. Cette posture est différente de la dimension du double, le psychomotricien se devant de garantir l'intégrité physique et psychique du patient.

J.De Ajuriaguerra écrit « *la référence au corps n'existe que dans la mesure où le sujet en est le possesseur.* »⁹². Cet accompagnement flexible s'adapte au moment présent, il apporte une attention à ce qui est en train de se passer. La psychomotricité ne se situe pas dans un « faire faire » mais plutôt dans un laisser être qui n'est nullement un laisser faire n'importe quoi. C'est l'individu qui est sujet de son travail et non objet du notre. Ce n'est pas parce que nous proposons des expériences corporelles que l'individu va investir son corps et se l'approprier, c'est parce que nous investissons avec lui ce que nous ressentons corporellement que lui pourra investir petit à petit.

Le psychomotricien dans un souci d'ajustement au patient c'est-à-dire en adéquation avec le niveau d'organisation du patient, choisira donc de travailler autour d'un abord sensoriel par exemple, le tout sensoriel n'étant pas possible, dans lequel il engagera des images et portera attention aux choix de ses mots lui permettant de figurer ses affects.

b) **Les perceptions du psychomotricien :**

Le psychomotricien engage dans la prise en soin ses propres perceptions : une vision de la réalité personnelle.

E.Husserl fonde le courant phénoménologique, il consiste en une exploration de la conscience en inhibant toute attitude subjective qui s'oppose à l'attitude dite naturelle. Cette posture permettrait la « *réduction phénoménologique* », posture qui permet un retour à la nature même du vécu authentique. La phénoménologie propose de différencier le « moi psychologique » qui serait le moi qui s'implique dans la séance et le « moi extérieur » à l'expérience qui se dégage de l'action.

En effet, le psychomotricien est acteur du travail thérapeutique. Il se situe dans un « faire avec », une mise en jeu de notre propre corps qui peut être un support identificatoire qui ne se « *contente pourtant pas de se poser comme modèle où [l'individu] serait invité, voir contraint à devoir adopter nos façons de jouer ou de nous mouvoir. Il reprend, modifie, transforme certaines propositions de [l'individu] plus ou moins gangrénées par la pathologie pour relancer la recherche d'un plaisir d'être* »⁹³. La mise en jeu de notre propre corps vient amorcer ou soutenir le mouvement de l'individu, dans la perspective rassurante que le psychomotricien se « risque » lui aussi, à des expériences motrices. Le psychomotricien ne se situe pas dans une neutralité bienveillante puisqu'il s'investit en « vrai » que cela soit dans les

⁹² J.DE AJURIAGUERRA, in S.ROBERT-OUVRAY, *Le corps étai de la psyché*, in Thérapie psychomotrice et recherche, n°117, 1999

⁹³ J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press, p 154

propositions ludiques ou bien l'utilisation d'outils concrets, l'étayage par la parole... « *Il s'agit bien d'une relation d'implication* »⁹⁴.

Son travail s'opère donc dans un dédoublement, pour être au clair avec son moi psychologique, le moi extérieur permet d'opérer un retour sur soi, une écoute sensible de soi, savoir comment cela s'est passé pour nous afin de porter un regard sur l'expérience vécue. Être dans une posture de recherche et de mise en sens, c'est ce qui fonde la posture soignante.

B. Intérêt d'un travail médiatisé par le mouvement

Un des enjeux de l'ouverture de cet espace-temps « *transitionnel* »⁹⁵ en séance de psychomotricité est que l'individu psychotique puisse être présent « *ici et maintenant* ». « *Mon présent consiste dans la sensation que j'ai de mon corps au moment où j'agis* »⁹⁶. Cet espace se situe dans un entre deux dans lequel « *contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure* »⁹⁷. L'accès à cet espace permet que la réalité devienne partageable. L'important n'est pas de se centrer sur une médiation particulière, mais bien tout ce qui se crée autour. Par exemple, l'utilisation de matières plastiques telles que la peinture, le dessin ou bien la terre, ne sont pas employées pour le côté esthétique de la production mais bien comme support concret de l'expression, de la créativité, de la restauration du lien à soi, à l'autre et à l'environnement.

Pour cela, le psychomotricien utilise des médiations qui ont pour définition « *se mettre entre* », elles servent d'intermédiaire entre l'autre et soi et permettent une attention conjointe. Le recours aux médiations va donner un axe de travail particulier, « *leur organisation se doit d'être envisagé en réseau, autour des dimensions essentielles que constituent le corps, le monde, des objets, la figuration et le symbolisme* »⁹⁸. La médiation permet d'aborder les problématiques du patient sans passer par un rapport direct, ce qui a une fonction pare-excitante.

⁹⁴ J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press, p158

⁹⁵ D.WINNICOTT, *Jeux et réalité, l'espace potentiel*, Editions Gallimard, Paris 1975

⁹⁶ E.FERRAGUT, *Médiation corporelle dans le soin*, Editions Masson, Paris, 2008, p 32

⁹⁷ D.WINNICOTT, *Jeux et réalité, l'espace potentiel*, Editions Gallimard, Paris 1975, p30

⁹⁸ JP.FAVRE, 1997, p36 in J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press, p 165

D'après C.POTEL, nous pouvons noter trois objectifs d'une médiation qui sont « *de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; d'aider à la transformation des éprouvés en représentations* »⁹⁹.

Pour mettre du sens au travers de la médiation, il faut qu'elle corresponde aux préoccupations du moment du patient. « *Proposer des représentations concrètes, une théâtralisation de l'espace, c'est proposer une interprétation, une traduction supportable et manipulable de ce que le soignant comprend de la préoccupation* »¹⁰⁰ du patient. Même si l'on reste ensemble dans l'espace de la salle, l'étayage reste variable dans son intensité et sa qualité, dans le respect du rythme de l'individu mais aussi dans l'idée de l'amener à être capable de « jouer » avec nous mais aussi « seul en notre présence ».

Pour R.Roussillon, « *le médium doit être interprète, transformeur, transmetteur, symboliseur entre la réalité psychique et externe et pour cela il doit être malléable, indestructible, sensible et transformable tout en restant lui-même* »

Ce concept de médiateur est opérant dans l'approche thérapeutique notamment des psychoses. En effet, la psychose se caractérise par une confusion entre l'externe et l'interne, une difficulté relationnelle, et la mise en échec de l'abord corporel direct. « *Les techniques les plus sophistiquées, les plus intelligentes dans le projet de permettre au patient de sentir son corps sont sans intérêt si elles ignorent que la difficulté n'est pas de sentir mais d'investir d'affects une sensation signifiante. Cet investissement ne peut se passer du transfert et du contre transfert. C'est ce double investissement qui va faire du corps et de ses sensations une référence dans la perception d'une continuité d'identité.* »¹⁰¹

1) Le mouvement :

Le mouvement est la « *modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture du corps avec changement de situation des parties entre elles, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace* »¹⁰². J.PIAGET démontre que l'intelligence, la pensée, les processus de symbolisation se construisent dans l'action, le mouvement, l'imitation, l'accommodation, l'assimilation et ne

⁹⁹ C.POTEL, *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, ERES, p367

¹⁰⁰ AM.Latour, *idées simples...à propos du travail en psychomotricité auprès des autismes*, in thérapies psychomotrices et recherches, n°142,2005, p 11

¹⁰¹ G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan

¹⁰² A.SERVANT-LAVAL, *Anatomie fonctionnelle*, 2010, p27

sont pas déterminés de façon innée, pas plus qu'ils ne seraient appris depuis une posture immobile.

« *La conscience de l'être est la chose par l'intermédiaire du corps.* »¹⁰³ Le mouvement est ici, envisagé comme support de la perception de soi, de la restauration du lien à soi, à l'autre et à l'environnement. « *Le mouvement fait partie intégrante de la perception.* »¹⁰⁴

a) **Les mouvements innés et les mouvements appris/acquis :**

Les **mouvements innés** utilisent uniquement l'information héréditairement fixée dans le but d'adapter l'organisme à son milieu. Ils se décomposent en deux sous catégories : les **mouvements instinctifs** qui sont régis par des mécanismes congénitaux qui font donc partis de l'apport à la naissance (respiration, tétée) et les **mouvements réflexes** qui résultent de l'activité d'un effecteur face à la stimulation d'un récepteur (réflexe tendineux, réflexe du grasping...).

Le corps humain est pourvu d'une organisation ostéo-musculaire qui est spécifique permettant des postures d'enroulement, des impressions sensori-motrices spécifiques, certaines amplitudes et directions à nos mouvements : certains sont douloureux, impossibles ou agréables. En effet, cet apprentissage se fait dans un contexte émotionnel, c'est ce que la psychanalyse nomme investissement libidinalisé.

Le bébé naît avec des compétences neuro-motrices c'est-à-dire avec un programme neurologique et moteur qui tend à se développer, c'est une donnée d'équipement. En effet, la corticalisation progressive va permettre à l'enfant d'avoir une motricité plus spontanée puisque le bébé naît immature sur le plan de la motricité, il présente une hypotonie axiale et une hypertonie distale. Le psychomoteur correspond à l'investissement par l'enfant de ses propres capacités motrices, le mouvement d'un enfant pourra donc différer d'un autre par la forme qu'il prendra.

Un mouvement est **appris** « *lorsque le corps l'a compris c'est-à-dire lorsqu'il la incorporé à son « monde », et mouvoir son corps c'est viser à travers lui les choses, c'est le laisser répondre à leur sollicitation qui s'exerce sur lui sans aucune représentation* »¹⁰⁵. Un mouvement n'est **acquis** que « *s'il est repris dans un nouveau mouvement de pensée et une pensée n'est située que si elle assume elle-même sa situation* ». ¹⁰⁶

¹⁰³ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 160 -161

¹⁰⁴ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p204

¹⁰⁵ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, 160 -161

¹⁰⁶ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, p151

b) **Entre automatisme, concrétude, volonté et abstraction :**

Les mouvements concrets et abstraits suivent les mêmes schémas physiologiques et biologiques. Le patient privilégie des mouvements concrets, habituels et des mouvements de saisies sur les mouvements abstraits et de désignation.

Les mouvements abstraits sont les mouvements qui ne s'adressent à aucune situation effective, ce sont des mouvements pour soi, déclenchés par aucun objet. Ils sont soutenus par une intention « gratuite » qui représente, projette, ou symbolise le corps comme objet dont la fonction est la conscience.

Les mouvements concrets nécessitent un but, une orientation claire et déterminée, ils se rapprochent du geste. **Les mouvements automatiques** supposent qu'ils soient inscrits dans la mémoire procédurale, limitant la pensée au moment où le mouvement est produit, le corps est ici un objet.

Les mouvements volontaires ont lieu dans un milieu, qui se déroule dans un espace défini dans lequel l'individu a un rapport avec lui. L'intention est à l'origine de ces mouvements. Il s'agit d'atteindre un but, il y a une mise en projet du mouvement, cela est différent de la simple adaptation à la situation.

*« Le mouvement concret, écrit Merleau-Ponty, est donc centripète, tandis que le mouvement abstrait est centrifuge, le premier a lieu dans l'être ou dans l'actuel, le second est dans le possible ou dans le non être, le premier adhère à un fond donné, le second déploie lui-même le fond ».*¹⁰⁷

Le mouvement est donc un acte moteur ou une modification de la forme de corps, qui peut être effectué en conscience ou non, il peut être personnel et individuel. Il relève de la motricité mais également de nos émotions, comme en témoigne l'étymologie du mot qui vient du latin « e-movere ».

2) **Le jeu dans le soin:**

Le jeu a pour définition une activité physique ou mentale sans fin utile à laquelle l'individu se livre pour le seul plaisir qu'elle procure.

Chez les enfants le jeu fait partie d'un processus développemental, il participe à l'évolution des compétences psychomotrices, intellectuelles, affectives, de créativité et de socialisation.

¹⁰⁷ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p47

Le jeu est donc un médiateur qui s'appuie sur la dynamique fondamentale de l'enfant pour explorer, comprendre, imaginer, combiner, communiquer, exprimer, et créer. Jouer, c'est mettre en forme dans le mouvement tout un savoir-faire et un savoir-être ; il permet la rencontre avec soi dans l'échange avec l'autre ou l'environnement. D.Winnicott parle de « playing », en jouant, l'individu se révèle dans toute sa spontanéité, mettant en scène ce qui l'anime.

Pour F.Joly¹⁰⁸, le « jouer » permet de travailler trois axes de réflexion dont le premier est « *le jeu est d'abord un produit* » c'est-à-dire qu'il propose un support dont la mise en scène peut être lu de différentes manières ; « *le jouer est ensuite un processus de production et de transformation* » ; enfin « *le jouer avec* » permet de « *modéliser et de définir un cadre et un processus thérapeutique originaux, un type de rencontre et d'expérience soignante spécifique* ».

Parfois, l'enfant nécessite un interlocuteur pour « **apprendre à jouer** ». Les patients en séance sont souvent dans une impasse qui ne trouve pas d'autres issues que le symptôme. « *Jouer, c'est accepter de loger momentanément sa réalité interne dans le monde externe et dans la perception de celui-ci, et suppose que le monde interne et monde externe (qui ne sont tous deux qu'un point de vue interne sur le monde) soient suffisamment différenciés.* »¹⁰⁹ Jouer, dans un cadre contenant, favorise le passage d'un vécu brut en une transformation symbolique.

Le jeu prépare l'accès au langage « *permettant l'articulation entre le fantasme et le langage* »¹¹⁰. Encore une fois, c'est parce que l'enfant sera baigné dans le langage de son entourage qui traduit ses propres préoccupations qu'il pourra l'investir. L'acquisition du langage verbal et sa maîtrise va peu à peu permettre à l'individu de mettre une distance avec le jeu afin d'explicitier par la parole ses éprouvés et d'en raconter des histoires. En effet, chez l'adulte, le langage prend une place différente, qui fait le lien entre l'éprouvé et l'élaboration psychique.

¹⁰⁸ F.JOLY, *Le paradigme du « jouer » dans les thérapies à médiation*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°98, 1993, p 50

¹⁰⁹ AM-LATOUR, *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, ERES, p 147

¹¹⁰ P.GUTTON, *Le jeu chez l'enfant*, BROCHE

3) Aller-retour entre Corps objet- corps sujet :

Il y a une dialectique incessante, un va-et-vient entre l'organisme et la psyché, ce sont deux modes de connaissances de soi, l'autre et l'environnement. Ce sont « *les mouvements eux-mêmes qui sont organisateurs de la perception du corps* »¹¹¹. C'est par l'expérience du corps que la conscience du corps est possible. Le mouvement d'abstraction est un mouvement de la pensée par lequel je peux par exemple, percevoir qu'un cube a six faces alors que je vois moins devant moi. C'est ce même mouvement qui entre autres permet de percevoir notre corps dans une globalité. « *Le mouvement progressif de la perception vers la prise de conscience du corps et c'est grâce à la multiplication des modes d'apparition par lesquels le corps tombe dans le champ perceptif que se crée le souvenir de sa présence. Il y a alors synthèse de la perception, unité du corps propre.* »¹¹²

Les deux polarités existent au sein de l'individu, nous fonctionnant selon un « *gradient corps objet/corps sujet* »¹¹³. Tout au long de notre vie, nous ne faisons pas toutes nos actions « en conscience », certaines se font sur un mode automatique. Par exemple, lorsque nous nous brossons les dents, nous avons un rapport objectal avec notre corps. De l'autre côté, lorsque nous dansons, c'est le corps sujet qui s'exprime. « *Le sujet « joue » de son corps en projetant ou évoquant une situation possible au lieu d'en être le jouet en subissant l'attraction de la situation actuelle* ». ¹¹⁴ Parfois à un mouvement naturel qui s'occupe du corps objectal, nous pouvons lui donner un sens figuré, ce qui donne une signification nouvelle au mouvement. Enfin, parfois, les mouvements ne peuvent se transformer à partir du corps propre qui est limité dans sa biomécanique, il est nécessaire d'inventer des instruments qui ouvrent encore le champ possible du mouvement. « *A tous niveaux, [le sujet] exerce la même fonction qui est de prêter aux mouvements instantanés de la spontanéité « un peu d'action renouvelable et d'existence indépendante* ». ¹¹⁵

Dans la psychose, la possibilité à faire des allers-retours entre ces deux postures corps-sujet et corps-objet se trouble. Les patients semblent fixés dans l'une des deux postures, sans « souplesse », modulation d'être : soit dans un « corps objet » donnant l'impression qu'ils sont déconnectés, le corps n'est plus leur moyen « d'être au monde », soit le corps est

¹¹¹ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p250

¹¹² P.ANDEZ, T.BENAVIDES, F.CANCHY-GIRONIMI, *Corps et psychiatrie*, 2^{ème} édition révisée et argumentée, Hures de France, p36

¹¹³ B.LESAGE, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, ERES, Toulouse, 2012, p61

¹¹⁴ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p47

¹¹⁵ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, p171

objet de toute leur souffrance, dans une hypersensibilité dont ils ne peuvent se dégager. Parfois, dans le mouvement perpétuel ou la décharge motrice, les patients psychotiques restent attachés à l'effet sensoriel.

Il y a une transformation du statut du corps, dans un passage du « *corps sujet d'intention* » au « *corps objet d'attention* »¹¹⁶.

Nous pouvons observer des patients dans des postures fermées, réduisant par là même les possibilités de mouvement du corps. En effet, la difficulté est liée à l'actuel, le patient psychotique manque de cette liberté qui consiste dans le pouvoir général à se mettre en situation. *C'est lui se « détend » dans la maladie* »¹¹⁷. Il n'est pas capable de « jouer » avec son milieu dans la mesure où il ne lui est pas donné de s'en détacher et de le modifier comme il l'entend. Il ne peut pas projeter son mouvement à l'extérieur sur un commandement gratuit.

Le corps est pour les patients psychotiques un outil comme les autres, il permet une intention d'action, prise sans vraiment avoir une intention de connaissance. « *Si le malade n'existe plus comme conscience il existe comme chose. Ou bien le mouvement est mouvement pour soi, alors le « stimulus » n'en est pas la cause mais l'objet intentionnel, ou bien il se fragmente et se disperse dans l'existence de soi, il devient un processus objectif du corps, dont les phases se succèdent mais ne se connaissent pas* »¹¹⁸.

L'enjeu dans l'utilisation du mouvement comme médiation en psychomotricité est de restaurer une certaine présence à soi, cette capacité de modulation afin de porter l'attention sur la spontanéité du patient. Cette spontanéité est une forme d'expression personnelle qui vient du sujet lui-même comme individu. Nous l'avons vu, la perception de soi est en lien avec l'expressivité. « *Chaque posture, chaque geste, est une façon d'être, de recevoir, de se présenter. Le corps dont la création est aussi celle du sujet, n'est pas un instrument de l'être, un objet qu'il manierait, mais son écrin, sa présentation. Il y a donc une expressivité fondamentale du corps qui n'est mise en signes.* »¹¹⁹ Dans l'expressivité, à la différence de l'expression, la visée communicative n'est pas essentielle. Le mouvement est donc un moyen de restaurer, d'étayer, cultiver le lien à soi, à l'autre et à l'environnement.

Le mouvement corporel insuffle un mouvement « dans la tête ». (Re)Trouver un plaisir dans le fait de « simplement » se mouvoir, en portant attention à soi, dans une souplesse d'être, une pensée, différente d'une action immédiate commandée par une situation.

¹¹⁶ B.LESAGE, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, ERES, Toulouse, 2012, p61

¹¹⁷ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, p 159

¹¹⁸ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard p141

¹¹⁹ B.LESAGE, *La danse dans les processus thérapeutique*, Eres 2012, p67

« Autrement dit, le corps, plutôt que trajet et moyen, peut être but: lorsqu'on demande à un sujet normal de lever le bras, le mouvement du bras est visé pour lui-même et le sujet le vise en tant qu'indépendant du monde donné, et suscitant au contraire un monde fictif, possible, virtuel. Il ne part plus de la situation, il la crée. »¹²⁰.

¹²⁰ M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995, p47

IV. AU CŒUR DE LA CLINIQUE :

A. Mr D., « Je suis dans mes pensées les plus profondes »

Mr.D est un homme né le 4 mai 1965, il a 49ans. Sa stature est moyenne, il a le teint bleu/gris, cela est dû à son traitement qui entraîne une photosensibilité, ses cheveux sont coupés courts. Il porte souvent les mêmes vêtements pendant plusieurs jours. Il fume depuis ses seize ans, quinze à vingt cigarettes par jour.

Mr. D vient depuis de nombreuses années (2005) à l'hôpital.

1) Présentation de la structure :

L'hôpital de jour est un lieu de soin qui accueille une population d'adultes présentant des troubles variés tels que des troubles psychotiques, des troubles graves de la personnalité, des troubles anxio-dépressif invalidants, des troubles déficitaires et des troubles bipolaires...

L'hôpital de jour a un rôle de relais après une hospitalisation à temps complet. En effet, les patients sont dits stabilisés c'est-à-dire qu'ils ne sont pas en phase aiguë de la maladie. Les soins effectués sont les plus souvent d'hospitalisation libre, cependant quelques soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'état sont possibles.

L'admission à l'hôpital se fait suivant les modalités de secteur en lien avec les structures extra hospitalières et les centres médico-sociaux. Elles sont réfléchies en réunion d'équipe, avec l'aval du médecin psychiatre.

Cet hôpital de jour a un rôle de réhabilitation avec pour objectif de favoriser la réinsertion sociale afin de prévenir et d'éviter une nouvelle hospitalisation à temps complet et d'accompagner les patients vers une autonomie sociale.

La réhabilitation psychosociale a pour définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé « *toutes les actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et d'atténuer les difficultés résultantes des conduites déficitaires* ». Les objectifs de l'institution sont d'« *améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'interventions professionnelles possibles* ».

L'hôpital laisse une grande place à la dimension sociale. Le temps de présence des patients sur la structure sont des temps où les patients peuvent être ensemble et échanger que ce soit pendant des temps informels comme « le café d'accueil », le « repas thérapeutique » ou pendant les temps d'atelier thérapeutique qui sont des prises en charge groupales.

En effet, l'espace de l'hôpital s'organise en salles d'ateliers thérapeutiques qui accueillent les patients en petit groupe. Ces ateliers sont co-animés sur un mode transdisciplinaire : les soignants sont réunis autour du projet du patient et chacun apporte un regard unique en lien avec leur spécificité. Une mise en commun des observations se fait après chaque atelier lors des transmissions. L'équipe soignante se compose du psychiatre, d'infirmiers, d'une psychologue, d'une ergothérapeute et d'une psychomotricienne.

Les patients peuvent s'inscrire aux ateliers pour lesquels ils sont intéressés, l'indication finale se fait dans un équilibre entre le choix du patient et ce qui est considéré par les soignants comme opportun pour lui en accord avec son projet de soin.

2) Éléments biographiques et anamnèse

Mr D. a eu un cursus scolaire classique, en 5^{ème}, il suit une formation de mécanicien puis devient carrossier. C'est à vingt-quatre ans que Mr D. a son premier contact avec la psychiatrie. Cette première hospitalisation fait suite à un accident grave de mobylette qui semble avoir été l'élément déclencheur de sa pathologie. Nous n'avons pas beaucoup d'informations sur cette période de sa vie, hormis le fait que cet incident marque une rupture avec son fonctionnement antérieur. Il est diagnostiqué schizophrène de type indifférencié.

Mr D. est célibataire et n'a pas d'enfants, il vit avec sa mère de soixante-dix ans qui l'aide à gérer sa vie quotidienne, dans un appartement. Pour Mr D. « si sa maman va bien, il va bien ». Son père est décédé depuis plus de dix ans. Il a une sœur et une petite nièce que sa mère garde de temps en temps.

Mr D. est sous curatelle extérieure qui gère tout ce qui est de l'ordre administratif et financier. Il est autonome dans ses déplacements et vient à l'hôpital en transport en commun. Il perçoit l'allocation pour adulte handicapé.

Il est suivi par un infirmier diplômé d'état (IDE) et le centre médico-psychologique (CMP) une fois par mois, et est surveillé mensuellement par NFS (numération de formule sanguine).

3) **Traitement médicamenteux** :

Mr D. a un traitement médicamenteux qui comporte du clozapim (Léponex) qui est un antipsychotique, indiqué pour les schizophrénies résistantes avec le dosage maximal. Ce médicament peut être responsable d'effets secondaires somatiques, des troubles de la parole et des réactions cutanées.

Mr D. prend également de l'alprazolam (Xanax) qui un anxiolytique de la famille des benzodiazépines qui permet le traitement symptomatique des manifestations anxieuses ou invalidantes. Son pilulier est préparé au mois par un pharmacien. Il dit prendre son traitement pour atténuer les voix qu'il entend, qui sont présentes tout le temps même pendant son sommeil, et dit être téléguidée par elles.

4) **Premières rencontres pendant les temps informels**

L'institution fonctionnant par ateliers thérapeutiques co-animés par des soignants, il n'y a pas de bilans psychomoteurs qui y sont réalisés. Cependant une observation pendant les temps informels a été possible, ce qui s'est révélé riche d'éléments concernant les capacités et le fonctionnement psychomoteur de Mr D.

a) **Projet thérapeutique** :

Le projet de soin de Mr D. au sein de l'hôpital de jour, a été défini à travers plusieurs axes au sein des réunions de l'équipe soignante. Les différents axes tels que maintenir l'autonomie sociale et quotidienne, éviter l'isolement, maintenir et stimuler les capacités d'adaptation et d'anticipation face aux nouvelles situations ou imprévues qu'il rencontre et enfin observer son état de santé psychique et physique afin de surveiller son évolution ou une recrudescence des signes pathologiques.

Mr D. vient quatre demi-journées par semaine à l'hôpital pendant lesquels il participe au café d'accueil et au repas thérapeutique. Il vient à plusieurs ateliers thérapeutiques comme l'atelier piscine, art corporel et l'atelier accueil.

b) **Observations psychomotrices** :

Mr D. est un monsieur soigné qui est bien intégré à l'institution, il est l'un de ceux qui viennent depuis le plus longtemps.

Mr D. a ses habitudes, toutes ses journées à l'hôpital se ressemblent. En effet, les actions qu'il effectue se déroulent dans le même ordre aux détails près. Dans l'espace, Mr D.

se situe aux mêmes places plutôt en marge du groupe, de façon « *à voir tout le monde* » dit-il, en effet, cette place ne permet pas que quelqu'un puisse être derrière lui. Il emprunte les mêmes itinéraires pour se déplacer dans l'institution. Ces rituels permettent de créer du continu dans le discontinu par l'utilisation de l'identique, la répétition et la redondance. Ils permettent de créer une « illusion de permanence ».

Lorsqu'il entre dans une pièce, Mr D. ne semble pas percevoir le groupe dans son ensemble. Pour être sûr d'être perçu par Mr D., il faut qu'il y ait un regard adressé individuellement, accompagné du « bonjour » oral traditionnel. Il communique peu avec les personnes présentes autour de lui, il initie peu le discours et répond de manière brève, lente et hachée, avec un vocabulaire simple aux questions qui lui sont posées. Cela est paradoxal avec les surnoms qu'il peut donner à certains patients. Mr D. a mis quelques mois à retenir mon prénom et au départ ne semblait pas me voir. Aujourd'hui il semble bien me reconnaître notamment depuis que je le rencontre au sein d'atelier thérapeutique.

Nous pouvons également observer un émoussement et une athymie, Mr D. présente un visage neutre. Des sourires peuvent se dessiner sur son visage, cependant ils semblent être le résultat d'un apprentissage de codes sociaux plus qu'une valeur de communication sur un état émotionnel.

Aussi il semble ne pas décrypter les diverses émotions chez les autres. Mr D. n'a pas accès au second degré, il utilise par contre un grand nombre d'expressions qu'il semble prendre au pied de la lettre. Il peut également utiliser des tournures de phrases enfantines ou des expressions familières. Mr D. peut demander de l'aide à l'autre, cependant ses demandes paraissent parfois désuètes, tant la réponse semble être évidente.

Les déplacements de Mr. D sont rythmés par ses actions répétitives. Il bouge d'un seul bloc, la chaîne scapulaire et le bassin étant peu mobile. Lors de la marche, je peux également observer une claudication, en effet, Mr D. se balance de droite à gauche, laissant apparaître une faible déviation de l'axe. Finalement Mr D. semble plutôt dans une hypertonie générale, avec une hypotonie de l'axe.

Mr D. est droitier pour toutes les actions, ou alors il les réalise en miroir. Mr D. connaît des chansons par cœur, ce qui est le témoin d'une mémoire opérante et de capacités d'apprentissages.

Mr D. est souvent décrit comme un « livre ouvert sur sa pathologie ». Nous pouvons percevoir de nombreuses attitudes d'écoute chez Mr D., dirigées vers son épaule droite. Mr D. présente des hallucinations qui ont un thème érotique et sexuel ; elles sont psychosensorielles. Il perçoit visuellement des personnes et les entend. Il peut également avoir des hallucinations cénesthésiques. Ces « personnes » le guident, « télécommande » ses actes ce qui est le témoin d'un délire d'influence.

Cependant Mr D. semble bien « cohabiter » avec ces voix, elles ne semblent pas être anxiogènes pour lui. Lorsque nous l'interrogeons sur le sujet, il peut dire qu'il est « dans ses pensées les plus profondes ».

Il présente des rituels de comptage et compare souvent sa montre à l'heure des horloges présentes. Il peut d'ailleurs me dire « *je ne sais pas comment vous faites pour vivre sans montre* ». La désorganisation de Mr D. se note par des moments de mutismes, de barrages, de fuites des idées dans son discours, il est happé par ces hallucinations et quitte ainsi la réalité partagée. Nous pouvons noter un ralentissement psychomoteur global, et parfois des postures catatoniques. « *La déstructuration psychique prend corps et envahit corporellement* ». ¹²¹

5) **Atelier Art corporel** :

Dans le cadre de mon stage de troisième année, j'ai pu avoir l'occasion de créer un atelier thérapeutique. Il me semble important de noter que Mr D. a participé ses trois dernières années à tous les ateliers des étudiants en psychomotricité proposés.

a) **Projet** :

L'atelier thérapeutique se compose d'un groupe fermé de trois patients (l'un d'entre eux a été hospitalisé à temps complet avant le début de celui-ci). J'anime l'atelier tous les jeudis matins pendant une heure, avec un soignant référent de l'atelier, à tour de rôle parmi la psychomotricienne, l'ergothérapeute, la psychologue et un des infirmières.

b) **Déroulement**

Il y a un **temps de mouvement** où plusieurs outils peuvent être utilisés tels que des ballons, foulards, les mikados ou bien des médiations diverses tels que les mimes, la danse... Ensuite vient un **temps d'expression** où il est proposé aux patients de mettre en sens, un lien entre le vécu de la partie mouvement et une symbolisation au moyen de supports concrets

¹²¹ V.DEFIOILLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grégo, p 57

comme la terre, le dessin ou la peinture. Ces deux temps sont encadrés par **un temps d'accueil** et **un temps de retour sur la séance**.

Les objectifs de cet atelier sont de **porter attention à son corps** (se centrer sur soi et ses sensations), de **représenter un vécu** et enfin de **symboliser par les mots**. Pour répondre à ces objectifs différents moyens sont mis en œuvre tels que la mise en mouvement (dialogue tonico-émotionnel et réalisation de gestes), travailler autour du schéma corporel et de l'image du corps ainsi qu'autour de l'organisation spatio-temporel.

6) **Séances et évolution** :

a) Ajustement :

Après un temps d'observation dans l'atelier, nous avons pris le parti qu'il n'y ait pas de contact physique entre les patients. Certains d'entre eux marquent nettement le besoin d'une distance de « sécurité » ou bien la tendance à être dans « un trop » près. De plus, la découverte du corps propre ne pouvait pas se faire de manière directe et nécessite un outil.

Enfin, la partie mouvement fut plus longue que la partie expression, et l'atelier s'est finalement concentré sur les deux premiers objectifs. Nous avons également ajouté la possibilité du support découpage et collage pour la seconde partie.

La tendance des patients à vouloir envahir l'atelier de rituels qui seraient immuables demande d'amener une créativité et une inventivité constante et permanente dans l'atelier tout en rappelant les différents temps restent en place. Il est également nécessaire d'accompagner les patients afin que l'atelier devienne de plus en plus un espace sûr dans lequel leurs mécanismes de défenses seront utilisés de façon moindre.

b) Temps d'accueil et de retour de fin de séance :

Concernant la dynamique du groupe, Mr D. est volontaire dans chaque proposition, et semble avoir un attrait particulier pour les propositions ludiques Mr D. a participé à toutes les séances. Nous pouvons nous demander si sa participation assidue n'est pas le résultat de son impossibilité aux changements lorsqu'une activité est intégrée à son emploi du temps.

Mr D. connaît tous les membres du groupe, et peut les désigner lorsqu'ils sont présents. Lorsqu'une personne manque à l'atelier Mr D. ne remarque pas forcément. Nous pouvons faire l'hypothèse que lorsque l'objet (humain ou élément de l'environnement) est présent cela existe et que cela n'existe plus lorsque l'objet est absent ce qui témoigne d'une permanence de l'objet non intégré. Le rituel serait alors un moyen pour Mr D. de se sentir exister, l'immuabilité lui permet d'anticiper et de reconnaître les éléments qu'il rencontre.

L'humeur de Mr D. varie peu, il répète toujours la même phrase, le discours est plaqué, les éléments sont banals : « *je vais bien, pas de mal bizarre, je suis content d'être ici* ». Il semble comme anesthésié ce qui constitue d'après V.Deffioles-Peltier « *un véritable bouclier contre la souffrance* »¹²². J'ai l'impression d'avoir un contact superficiel avec Mr D. Il parle peu de lui, son discours semble peu authentique de mon point de vue.

Petit à petit, Mr D. semble pouvoir des liens entre ses éprouvés. Il peut par exemple dire « *j'ai chaud... c'est parce qu'on a beaucoup bougé aujourd'hui* » ce qui diffère du début d'atelier dans lesquels Mr D. mettait en cause des facteurs extérieurs comme le chauffage par exemple.

c) Le mouvement par imitation :

La compréhension des jeux et des consignes est facilitée pour Mr D. par la démonstration (entrée visuo-gestuelle) d'une part, là où l'énonciation (entrée auditivo-verbale) est plus compliquée. D'autre part, il est nécessaire de s'adresser personnellement à Mr D., les adresses pour le groupe en entier étant généralement peu comprises. Nous pouvons également noter un décalage entre la compréhension et l'exécution. Mr D. peut d'ailleurs dire qu'il « réfléchit » ou bien qu'il n'a pas compris. Il peut faire des propositions adaptées qui sont en décalage avec le temps de la séance.

L'imitation a été utilisée dans ce groupe ce qui a permis que chacun puisse inventer un mouvement et que les autres les reproduisent en différé. Dans le premier temps, le corps de celui qui montre sert de référence ce qui induit quelque de chose de l'ordre de la fusion. Puis chacun récupère un vécu personnel qui lui est propre, son espace personnel avec des mouvements qui lui sont personnels et spontanés. Enfin l'imitation différée est la phase où le patient récupère son enveloppe il est son propre contenant. L'imitation doit rester un point d'appui et non devenir un mode fonctionnement dans lequel le patient ne peut plus se décaler. Les soignants doivent garantir l'unicité de chacun. Le groupe a permis à Mr D. de pouvoir faire l'expérience du semblable et du singulier, de se rendre compte qu'un mouvement ne peut être reproduit exactement de la même manière.

Mr D. présente des conduites de mimétisme. En effet, il est dans l'échopraxie, l'échomimie d'un autre participant ou de moi-même, les propositions sont reproduites en

¹²² V.DEFIOLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, p65

miroir. Par exemple, si j'expire profondément, il expire aussitôt. L'identité adhésive semble pouvoir expliquer les conduites de Mr D. Les conduites adhésives se définissent par une prégnance de la sensorialité dans le mode d'être. Cela abolie toute distance et toute profondeur, et donc toute différenciation entre le moi et l'objet.

J'ai pu d'ailleurs faire l'expérience de cette continuité à travers le regard de Mr D. : dans ce regard plutôt vide, j'ai la sensation que mon corps et le sien ne faisait qu'un ce qui est assez déstabilisant. Il peut d'ailleurs commenter par « on est pareil ». Dans cette relation, j'ai dû expérimenter, que cela soit par l'utilisation de la parole ou par ma propre posture. Comment se décaler et comment renvoyer à ce patient que lui et moi nous sommes bien différents ? Le groupe a également permis de faire office de fonction de tiers et de fonction de séparation.

d) Se mouvoir, de l'automatisme à l'expressivité :

Nous avons pu proposer des expériences motrices se référant aux schèmes moteurs de base, tels que des mouvements enroulement/extension, des mouvements symétriques, et des mouvements de rotation autour de l'axe du corps, ou encore un travail autour des appuis, des articulations. « *C'est l'intégration des schèmes de bases agissant pour leur propre compte, que l'enfant commence à intégrer son schéma corporel* »¹²³, l'organisation et la coordination de ces schèmes de base entre eux permettent le déplacement dans les trois plans de l'espace.

En séance, j'investis mon corps et celui des patients en verbalisant des hypothèses sur ce qu'il peut se passer pour le patient, lui permet progressivement de porter attention lui-même à son corps qui dans le cas de Mr D. ne semble pas perçu.

Mr D. ne semble pas être dans une mise à distance des autres patients ou de tensions agressives concernant la proxémie mais j'ai plutôt l'impression que nous pourrions « le traverser » sans que cela ne lui pose de problèmes. Il semble se fondre dans l'espace, être comme un objet parmi tant d'autres. Ses limites corporelles semblent peu claires. Il peut d'ailleurs se positionner devant une autre personne sans le percevoir. Mr D. me donne l'impression du vide, il semble comme coupé de lui-même que cela soit de son corps ou bien de ses émotions.

Paradoxalement, il me donne aussi l'impression de prendre plaisir à être en relation, Mr D. est sensible aux encouragements verbaux, et semble « lutter » pour rester présent dans le groupe.

¹²³ S.ROBERT-OUVRAY, *Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité*, 2^{ème} édition, Desmées de Brouwer, 2010, p46

Son corps semble figé ce qui se perçoit dans l'absence de modulation tonique que cela soit dans les déplacements dans l'espace ou bien lors de l'utilisation d'un médiateur. Ses mouvements sont saccadés et non fluides.

Le passage du debout au sol semble compliqué pour lui, ainsi que prendre son aise dans une posture assise au sol comme si il ne savait pas comment « installer » les différentes parties de son corps pour que cela soit harmonieux pour lui. Selon E.Bick, l'hypertonie fonctionne comme une seconde peau, la rigidité fait que le corps tient.

Concernant la mise en mouvement de Mr D., il peut réaliser une séquence motrice de gestes complexes de manière ajustée et même une forme de corps aux détails près, lorsque cette séquence semble avoir été apprise antérieurement. Elle ferait partie de la mémoire procédurale, il n'y a donc pas de création et peu de spontanéité. Mr D. présente des difficultés pour les séquences nouvelles et peu présenter un équilibre précaire lors de moments de flottement.

Mr D. est capable d'exécuter le mouvement, les troubles se situent dans l'initiation et la décision de ceux-ci. Cela peut être mis en lien avec l'absence de modulation tonique. En effet, le tonus opère la « *toile de fond du mouvement* »¹²⁴, il permet la préparation et l'harmonie du mouvement.

Par la mise en mouvement, l'objectif est que Mr D. puisse, dans une certaine présence à lui et dans le groupe, restaurer des limites psychocorporelles.

Au début de l'atelier, nous avons été dans la recherche de l'outil adéquat. L'utilisation du ballon semble cristalliser la mise en mouvement grâce à la mémoire procédurale, rappelant à Mr D. le football qu'il a pu pratiquer.

Je me suis donc dirigé vers l'utilisation du foulard qu'il semble investir pour se mouvoir de façon plus spontanée ou en proposant des mouvements en lien avec les propriétés de celui-ci, souple, léger et couvrant, l pourra inventer des séquences définies, ce qui vient dans l'instant.

Un éveil corporel en début de séance a été mis en place. Lorsque celui porte attention à mobiliser en détails chacune des articulations, puis insiste sur la globalité du corps. Mr D. a besoin de bouger la partie du corps évoqué pour la sentir. Nous pouvons observer des mouvements de plus grandes amplitudes et l'utilisation dans le mouvement de tous le corps

¹²⁴ B.LESAGE, *Dialogue corporel et danse thérapie*, Université Pierre et Marie Curie, 2003 : <http://www.chups.jussieu.fr> p28

par la suite. Lors d'une séance, les mouvements réalisaient avec le foulard semblent dessiner une « bulle » autour de lui, peut être un prémisses d'attention à « son espace ».

e) (Re) découverte du corps propre :

Les mouvements ont été également le moyen d'investir son propre corps. Pendant les séances, des automassages médiatisés sont proposés. « *Toute habitude est à la fois perceptive et motrice, parce qu'elle réside, [...] entre la perception explicitée et le mouvement effectif, dans cette fonction fondamentale qui délimite à la fois notre champ de vision et notre champ d'action. Quand le bâton devient un instrument familier. Le monde d'expérience tactile recule, il ne commence plus à l'épiderme de la main mais au bout du bâton. Le bâton devient un objet avec lequel il perçoit. C'est un appendice du corps, une extension de la synthèse corporelle* »¹²⁵. Ici, le foulard a permis l'exploration du corps. Il peut d'ailleurs dire par moments qu'il « ne sent pas ». L'utilisation d'objets durs style baguette de bambou a pu aider Mr D.

Il évoque la difficulté à utiliser son côté gauche et s'arrête au-dessus du bassin pour reprendre au niveau des genoux. De plus, il englobe le dossier de la chaise lorsque l'attention se porte sur le dos. Il évoque par exemple les reins pour désigner le bas du dos, ou bien l'estomac pour le ventre. Ces deux termes sont des organes internes... ce qui laisse penser que la peau ne fait pas office de fonction contenant ici.

Lors de jeux et au fil des séances, Mr D. est étonnant puisqu'il peut nommer toutes les parties du corps et initier des mouvements avec le foulard à partir de ses parties du corps. Il peut faire preuve d'une agilité certaine concernant les praxies fines, il utilise une main ou bien les deux exécutent la même action en miroir.

En effet, Mr D. peut progressivement porter attention à son corps partie par partie, la mise en jeu globale restant compliquée. Il semble comme oublier certaines parties du corps lorsque l'une d'entre elles est mobilisée de façon plus prévalente ce qui entraîne des troubles de l'équilibre ou bien des postures catatoniques. Cette tendance à être dans « *une cohérence locale* »¹²⁶, plus que centrale peut être mise en lien avec cette dissociation autant physique que psychique et qui fait partie des symptômes repérés la maladie de Mr D. Nous pouvons également faire un lien avec une image du corps possiblement morcelée.

¹²⁵ M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, p 177

¹²⁶ A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition Odile Jacob, Poche, p104

Mr D. n'investit pas l'espace derrière-lui, il ne peut ajuster sa posture en se reculant. Il a la possibilité de proposer un mouvement dans lequel le foulard passe derrière son dos ce qui remet en question l'acquisition de la permanence de l'objet. Il est important en séance de faire exister ce derrière et le bas de son corps en l'investissant pour Mr D. sur notre propre corps et en l'invitant à prendre conscience de ceux-ci.

Il a été proposé à Mr D. de réaliser des parcours. La réalisation de ceux-ci, ont permis à Mr D. de créer un espace dans lequel il a pu se mouvoir de différentes manières, que cela soit en passant dans un élément, sous ou encore au-dessus. Durant ces séances, Mr D. a dû passer dans un cerceau, il a semblé porter une attention soutenue dans cette action, prenant soin de détailler les parties du corps qu'il touchait avec ce cerceau. Il a pu faire de même lorsqu'il a réalisé ce parcours en binôme. « *Le « se mouvoir » caractérise la capacité du sujet à construire et réaliser des mouvements par lui-même et pour lui-même, autrement dit à disposer de son appareil locomoteur comme constitutif du Soi, média essentiel de la prise de conscience de Soi et du Monde, et enfin support incontournable de l'interrelation réciproque du soi au monde* »¹²⁷

f) Eprouvés :

R.Roussillon définit le travail psychique de contenance propre à la symbolisation primaire en deux points, le premier étant le fruit d'un travail d'attention, créant une double limite entre ce qui vient de l'intérieur et de l'extérieur. Le second étant de permettre l'émergence d'éléments émotionnels constitutifs ce qui fait sens pour le sujet.

Chez Mr D. « *l'attention perd ses qualités associatives tandis que l'émergence émotionnelle peine à se situer à ce point de contact instable mais précieux entre perception interne et externe entre un ressenti subjectif, corporel et une résonance pour autrui* »¹²⁸.

Pour Mr D., le mouvement a été un moyen pour qu'il puisse porter conscience à son corps, qu'il puisse « contenir ses expériences ».

Au fur et à mesure, Mr D. peut s'autoriser à faire des commentaires sur certains de ces phénomènes corporels par exemple il associe le bâillement à un effet psychologique sur la télépathie dont il est objet. Ces perceptions corporelles sont évidemment en lien avec sa pathologie.

¹²⁷ N.RAYNAL, *Expérience du corps propre et conscience de soi chez le jeune adulte schizophrène, Evolutions psychomotrices*, n°94,2011

¹²⁸ D.MELLIER, *Comment tricoter un manteau pour la psyché ?* in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°145,2006

g) Partie expression :

Pour la partie expression, la demande est toujours la même : « vous allez pouvoir utiliser un des supports, pour faire un dessin, en vous inspirant de la partie mouvement ». Mr D. s'applique à mettre en lien la partie mouvement dans ses dessins, il utilise les feutres avec persévérance pour toutes ses productions. Il peut prendre son temps pour le commencer. Le récit de son dessin décrit concrètement les éléments présents sur son dessin, pièce par pièce. Les mots sont comme dits précédemment concrets, il ne se raccroche pas à un vécu éprouvé et ressenti. Mr D. peut avoir accès au symbolisme puisqu'il peut représenter des objets de la séance et le mouvement sur son dessin. Cependant la pensée abstraite ou l'imagination ne sont pas investies. Les éléments dessinés sont matériels. Je peux remarquer qu'il ne peut se décentrer de son point de vue marquant un déficit de la théorie de l'esprit.

Au fil des séances, la partie expression semble être un moment compliqué pour Mr D. qui a besoin d'un étayage et d'un accompagnement plus présent afin qu'il puisse rassembler sur une idée. Nous pouvons observer dans ses productions, de nombreux éléments peu en lien avec la séance, qui concordent avec ses attitudes d'écoute au moment de la réalisation.

7) Conclusion

L'adulte souffrant de psychose n'est pas un enfant en bas âge, il n'est plus en développement, il a trouvé un équilibre avec sa pathologie. Dans le cas de Mr D., les symptômes bien que présents semblent discrets, la souffrance est fine dans le sens où Mr D. semble s'être coupé de son lien à lui-même, aux autres. Son monde est maîtrisé par la mise en place de ses rituels qui lui permettent de contrôler les sensations, elles sont connues et toujours les mêmes.

Participer à l'atelier a permis à Mr D. dans l'espace de la séance de tendre à ce que cette ritualisation morbide puisse être mobilisée de manière moins prégnante dans l'idée de restaurer un prémisses de lien à lui grâce à des médiateurs nécessaires.

Après plusieurs mois de prise de connaissance du cadre proposé, des autres participants et de moi-même, Mr D. a pu ainsi au fur et à mesure prendre plaisir à se mouvoir sans but apparent, avec son corps comme point de référence à une certaine créativité, faire des liens entre ce qu'il a pu sentir et l'état dans lequel il se sentait au moment présent.

Mr D. reste surprenant. L'observation clinique m'a permis de pouvoir théoriser certaines de ses manifestations qui d'une séance à l'autre ne tenait plus. Par exemple, concernant son équilibre précaire à certains moments et sa capacité à être stable et ajustée dans d'autres

moments. Mr D. illustre la dysharmonie et la nécessité d'une pratique théorisée en psychomotricité.

Ce changement constant est aussi le témoin d'une déstructuration psychocorporelle présente, plus ou moins intense, suivant les moments. Mr D. présente des difficultés à faire des liens entre ces éprouvés, perte du sens de son histoire personnelle et de garder en mémoire la trace psychocorporelle des moments de présence à soi, aux autres et au monde.

B. Thomas, A fleur de peau... :

Thomas est un garçon de sept ans, né le 16 septembre 2007, que j'ai rencontré dans le cadre de mon stage de troisième année depuis octobre 2014.

Thomas présente un retard staturo-pondéral, ses cheveux sont bruns coupés courts. Il est scolarisé en milieu ordinaire, en classe de cours préparatoire (CP) qu'il a redoublé.

L'expression « à fleur de peau » correspond à Thomas tant pour imager sa motricité aisée que pour décrire ses irritations épidermiques présentes de façon répétitives.

1) Présentation de l'institution :

La première consultation au Centre Médico-psychologique pour enfants et adolescents (CMPEA) se fait le 15/04/14, Thomas est adressé par la psychologue scolaire avec le motif suivant *harcèlement pendant plusieurs mois* (jusqu'à une fracture du coude) de la part d'un garçon plus âgé l'an passé. Thomas a donc changé d'école en milieu d'année. Un deuxième motif est *qu'il ne veut pas grandir* et qu'il a des *difficultés scolaires*.

Le Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents (CMPEA) reçoit les demandes de consultation pour les enfants qui font l'objet d'inquiétude de la part de leur entourage (école, médecin, services sociaux, famille).

Cette première consultation donne lieu à un bilan ou à une prise en charge individuelle puis vient une réunion de synthèse dans laquelle est posée, avec l'avis du médecin, l'indication d'un soin en CATTP. Il s'en suit un accueil de l'enfant ou un retour en CMPEA dans un dispositif d'attente.

Ces deux structures offrent des soins institutionnels précoces tout en laissant une place à la fréquentation des lieux habituels de l'enfant (école, garderie...).

Pour ce qui est de Thomas, c'est avec le psychomotricien que s'est déroulé la première consultation en présence de la maman, nous n'avons pas rencontré le père au sein la structure. Il s'en est suivi plusieurs séances d'abord mère/enfant puis Thomas seul. L'institution ayant dû annuler plusieurs réunions de synthèse, l'indication du psychiatre pour une prise en charge en psychomotricité s'est faite de manière informelle.

Le CATTP assure le traitement des enfants psychotiques, prépsychotiques, des états limites, des retards invalidants qui risquent d'évoluer vers une déstructuration de la personnalité. Ces enfants peuvent présenter également des retards d'acquisitions ainsi que des carences affectives et/ou éducatives. Ils sont âgés de trois à dix ans.

Il a pour objectif de « *maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe* »¹²⁹. Ses missions sont donc de permettre à l'enfant l'accès à une relation à l'autre dans laquelle il puisse être et se reconnaître comme sujet ainsi que lui permettre de réorganiser sa personnalité sur des bases qui puissent lui offrir l'accès à l'utilisation de son intellectuel, à la mise en place de ses capacités et son envie d'apprentissages.

Cette structure offre un lieu de soin intermédiaire entre le CMPEA et la prise en charge globale d'un hôpital de jour ; il permet d'installer un travail de soutien auprès des familles, en lien avec les écoles et les services sociaux.

Le CATTP fonctionne en équipe transdisciplinaire et permet des prises en charge individuelles et collectives. L'équipe se compose d'une secrétaire, d'un médecin psychiatre, d'un psychomotricien, d'une éducatrice spécialisée, d'une psychologue, d'une orthophoniste, d'infirmières.

2) Anamnèse et éléments biographiques

Thomas vit avec ses deux parents. Il associe son papa à des activités telles que la chasse dans laquelle il prend beaucoup de plaisir à le suivre, Thomas aime la nature et veut devenir « policier dans la nature pour empêcher de tuer les animaux ». Sa maman est plutôt associée à des activités faites à la maison et notamment celle des devoirs. Il a une sœur aînée qui a douze ans, sœur qui peut lui lire des histoires ou lui donner « des claques sans être punie ».

¹²⁹ Arrêté ministériel du 14 mars 1986

Thomas est peu autonome pour les activités de la vie quotidienne notamment dans la toilette. Le rapport à la nourriture reste compliqué notamment par le biais d'une sélection alimentaire précise. Il joue au foot dans un club à raison d'un entraînement par semaine.

La grossesse s'est déroulée sans problème, l'allaitement a duré pendant deux mois et a été qualifié de « long » par la maman.

La mère se décrit comme « speed », elle a été en couveuse pendant sept mois, et peut exprimer que « sa propre mère n'a pas été une mère pour elle ».

La maman est très présente, la question de l'école ne semble pas simple pour elle, elle aussi a eu des difficultés dans sa scolarité. Elle peut être assez autoritaire et peut dire que parfois elle « pète un câble », et parle d'aller consulter pour elle-même.

Au niveau médical, Thomas a eu plusieurs bronchiolites pendant sa petite enfance, il a dû être hospitalisé pendant dix jours seul, cela a été une épreuve pour la mère.

L'entrée à l'école a marqué la complexité de la séparation pour Thomas, notamment avec des soucis de propreté recrudescents. Thomas a eu une sucette pendant longtemps et a actuellement un doudou pour s'endormir.

Il a été suivi par une orthophoniste en grande section.

3) Différents bilans et réunions :

Thomas a effectué un bilan psychologique lorsqu'il était âgé de 6 ans et 4 mois. Plusieurs tests ont été réalisés tels que le CAT et le Rorschach. Les conclusions disent que Thomas est dans une certaine immaturité, ses capacités intellectuelles sont dans la zone limite faible, nous pouvons noter une dysharmonie cognitive. Selon les conclusions du CAT et du Rorschach, nous pouvons noter une angoisse de destruction, un morcellement, un retard évolutif, des capacités cognitives en dessous de son âge, des préoccupations angoissantes et une grande confusion mentale.

Une Réunion d'équipe éducative s'est déroulée le 5 Décembre 2014 afin de faire le point au niveau scolaire. Thomas avait demandé à être présent à la fin. La maîtresse, la psychologue scolaire, la maman, le psychomotricien et moi-même étions présents.

La maîtresse note des progrès dans les acquisitions en deuxième période scolaire, en première elle le trouvait plus anxieux. Depuis la rentrée, il semble avoir pris ses marques, cependant l'attention n'est pas là, il n'est pas disponible. Quand les notions sont mécaniques, Thomas fait des acquisitions mais il ne peut y mettre du sens qu'avec difficultés.

Concernant la lecture, l'année dernière Thomas avait fait des progrès mais maintenant il se remet à inventer des mots au lieu d'utiliser les stratégies apprises. Des phrases qui chantonnet peuvent l'aider. L'apprentissage de la lecture est superficiel. Il ne fait pas de différence entre le singulier et le pluriel par exemple. Il n'est pas capable de remettre les mots dans l'ordre pour faire une phrase.

En classe, Thomas peut lever le doigt rapidement pour participer mais lorsqu'il est interrogé, il ne sait pas répondre : « Je ne sais pas, je ne veux pas ». Il a souvent beaucoup d'affaires par terre, et il peut marmonner seul.

Il n'a pas un comportement gênant en classe. Le regard de l'autre peut lui être difficile mais il le cherche paradoxalement en faisant le clown. Il semble ne pas savoir quand quelqu'un rigole, si c'est parce que son comportement est drôle ou si c'est parce qu'on se moque de lui.

Lorsqu'on l'interroge sur l'école, il évoque le regard des autres avec des enfants qui peuvent le fixer et qui disent des méchancetés. Il peut dire qu'il n'a pas envie d'apprendre. La maman évoque l'histoire de harcèlement de l'année dernière et se sent coupable, « elle s'en est aperçu trop tard, Thomas n'en a rien dit ».

Thomas oublie souvent un de ses effets personnels à l'école et est toujours le dernier pour rentrer de la récréation pendant laquelle il se défoule beaucoup (jeux de foot, courir, monter sur les modules...). La maitresse a l'impression que parfois Thomas est tellement pris dans le jeu qu'il ne peut pas s'arrêter pour aller aux toilettes ce qui entraîne des accidents encore présents aujourd'hui.

A la maison, les devoirs sont faits le matin avec la maman. Pendant ce temps-là, il rigole, et la maman a l'impression qu'il se moque d'elle. Ces sont des « pleures/rires mélangés ».

A la fin de la réunion, la maman demande de l'aide parce qu'elle ne sait plus quoi faire. Elle mentionne qu'il y a un projet d'orthophonie pour février mais Thomas a clairement exprimé qu'il n'en voulait pas.

4) Bilan psychomoteur:

Lorsque je rencontre Thomas, la prise en charge avec le psychomotricien vient de reprendre en séance individuelle après les vacances d'été, à raison d'une fois par semaine, le mercredi après-midi pendant trente minutes au CMPEA.

J'ai pu réaliser un bilan psychomoteur de Thomas. La passation du bilan psychomoteur s'est déroulée aux dates du 27/01/15, 03/02/15 et 10/02/15, Thomas étant nauséux pour la dernière date.

La situation du bilan semble mettre mal à l'aise Thomas. Il préfère les jeux en mouvement plutôt que les jeux à la table ainsi que montrer avec son corps que de dire avec les mots. Il peut rester attentif le temps d'une activité, mais est vite happé par son envie de bouger. Il semble interroger ses limites tant par ses actions impulsives qu'en testant celles de l'adulte.

Il fait souvent référence à la note possible qu'il aurait pu obtenir concernant les activités effectuées ceci semblant montrer une appréhension face à l'échec. Il est dans un fonctionnement binaire, où son référentiel est son propre point de vue.

Thomas semble être dans la maîtrise de la relation, il peut solliciter l'autre en lui « faisant faire » des actions afin de servir ses exigences, l'autre étant plus objet que partenaire de jeu.

Il sait exprimer clairement ses envies par des mimiques ou des mots simples, il peut être persévérant dans celles-ci quitte à refuser les propositions de l'autre. Il peut également aménager le contexte à sa façon pour que ces propositions soient a priori réalisables pour lui.

Concernant sa motricité et son tonus, Thomas se situe dans le stade sensorimoteur, sa gestuelle correspond à une décharge motrice avec des comportements moteurs variés dans un but orienté peu manifesté. En effet, ses coordinations générales et oculo-manuelles, ses praxies fines lui permettent de se mouvoir, il peut dissocier le haut et le bas du corps et la réalisation de séquences motrices complexes est opérante.

Il reste cependant dans une hypertonie globale donnant à ses mouvements un aspect brut et une certaine raideur. Il m'est d'ailleurs impossible d'observer la détente pendant l'épreuve du tonus, Thomas me signifiant qu'il ne peut pas « être tout mou ».

Nous pouvons noter la présence de syncinésies à diffusion tonique présentes des deux côtés du corps ainsi qu'une présence nette de syncinésies oro-chirales notamment pendant des épreuves graphiques.

Le schéma corporel est encore en cours d'intégration particulièrement concernant les notions d'articulations.

Concernant sa latéralité, la réversibilité est encore en construction comme en témoigne la persévérance de l'imitation en miroir. Thomas a repéré la droite et la gauche sur lui-même, il est droitier, sa prise du stylo est tridigitale et il inscrit ses actes graphiques dans les codes de l'écriture.

Thomas est « en panne » concernant les repères spatio-temporaux ce qui se traduit par des difficultés à se repérer, à anticiper et planifier ses actions ainsi qu'à en intégrer les conséquences.

Dans la figure de Rey-A, pour la copie Thomas organise les éléments de proche en proche dans la précipitation sans percevoir la forme globale de la figure ; la reproduction est une restitution très partielle et désorganisée témoin d'une analyse visuo-spatiale non efficiente.

Les éléments concrets de l'environnement (humains et objets) sont un point d'appui nécessaire pour Thomas pour la compréhension de celui-ci. Les notions abstraites telles que le temps symbolique ou l'imaginaire sont peu présentes. Thomas ne peut s'appuyer sur ses ressources internes pour faire des liens entre les éléments, il se situe dans une impulsivité générale.

Thomas semble avoir investi le temps des séances de psychomotricité et peut exprimer que les moments de fin sont compliqués pour lui et il essaye de les faire durer.

L'indication en psychomotricité est donc opportune pour pouvoir accompagner Thomas et le soutenir dans la possibilité de faire des liens entre ses expériences, qu'elles puissent faire sens pour lui dans une pensée intégrée laissant une trace mnésique.

Il est important de rassurer Thomas et l'étayer dans sa dynamique de construction de limites tant corporelles que psychiques afin d'apaiser ses angoisses internes qu'il projette dans l'espace.

Permettre à Thomas de créer une continuité dans le temps et d'acquérir des repères dans l'espace afin d'accéder à la notion de représentation semble également être un axe de travail.

5) Les séances en psychomotricité et leur évolution :

J'ai choisi de vous parler de l'évolution de Thomas au fil des séances de psychomotricité en fonction de temps forts comme l'accueil, l'investissement de parcours et de livres et la fin de séance.

a) L'accueil :

Les séances commencent par un temps au bureau, où Thomas peut raconter ce dont il a envie et où lui est rappelé ce qui s'est passé pendant la séance précédente. Thomas vient avec un carton qu'il amènera à chaque séance afin que l'on puisse y noter le rendez-vous suivant.

Ce temps de verbalisation de début de séance est devenu un rituel, cela permet d'ancrer Thomas dans un temps continu, il peut petit à petit anticiper les séances prochaines.

Thomas a construit avec le psychomotricien (et l'aide de la maman), un arbre généalogique auquel il se réfère souvent. En effet, les repères dans le temps sont très succincts. Il confond saison et mois, il ne sait pas la date de son anniversaire, et ne semble pas repérer les liens de parentés entre les personnes qui l'amènent aux rendez-vous. Les mots prochain/dernier n'ont pas de sens pour lui. Par contre, Thomas est très accroché à l'heure de la pendule, il a repéré l'heure d'arrêt de la séance, et ne pas finir à l'heure semble être compliqué pour lui.

Nous pouvons repérer trois temps plus ou moins définis dans une séance :

- Le temps d'accueil
- Le temps de déroulement de la séance
- Le temps de séparation

Ce temps de séance se répétera de manière cyclique, il revient chaque semaine par exemple. Ce qui se joue pour le patient n'arrête pas son cheminement à la porte du bureau de psychomotricité. La répétition des séances peut faire référence au temps absence/présence des premiers soins maternels. Certains patients ont besoin d'un élément concret qui matérialise la séance comme ici, un carton de rendez-vous. Cet objet concret rappelle l'« objet transitionnel » de D.WINNICOTT ; il permet à Thomas de faire des liens entre les séances, de créer (et se représenter) un temps hors de la séance.

b) Le cadre thérapeutique :

Chez l'enfant, le jeu est le moyen de mettre en scène sur un objet ou l'extérieur les préoccupations internes de celui-ci. Pour Thomas, cela ne semble pas vraiment avoir la valeur de jeu mais plutôt une décharge sensori-tonique qu'il projette à l'extérieur dans l'espace, cela correspond à un stade antérieur dans le développement psychomoteur.

Au début des séances, j'ai l'impression de devoir constamment lui rappeler ce qu'il ne peut pas faire comme « se faire mal » par exemple. Cependant, même si j'ai l'impression d'être directive, la répétition de ces règles élémentaires semble lui permettre de prendre appui sur ce cadre pour pouvoir être moins dans une dimension de test de celui-ci.

Pour Thomas, il m'a semblé important de faire tenir solidement ce cadre, pour qu'il puisse investir les séances de manière plus apaisée. En effet, le cadre de la séance doit être

suffisamment solide et sécurisée afin que l'enfant puisse avoir confiance et suffisamment souple afin qu'il puisse s'exprimer librement dans une créativité personnelle.

c) De la maîtrise au compromis... :

Concernant son lien à l'autre, Thomas semble être dans un certain contrôle de la relation. Nous sommes souvent mis à distance.

Thomas me sollicite de plus en plus au fil des séances, ou plutôt il m'« utilise ». Je dois l'aider à installer les jeux, ces sollicitations n'ont pas le but de jouer ensemble. Je sers son envie, son désir et il accepte peu que nous ayons des exigences également.

Je dois sans arrêt trouver un compromis entre accepter d'être dirigée par lui, être l'objet de sa toute puissance et d'un autre côté, il me semble également important de lui renvoyer ma propre subjectivité. Je peux avoir des désirs, des envies différentes des siennes. Cela m'apparaît important pour qu'il puisse se décentrer de son seul point de vue et puisse être sujet de lui-même, sachant dire non à bon escient. Le « non » est un des premiers mots marquant la séparation entre soi et l'autre et donc une première étape pour grandir.

En effet chez lui, l'autorité est exercée par sa maman, Thomas semble être dans un fonctionnement de tout petit à la maison. D.Winnicott parle de trois étapes dans la subjectivisation et l'individuation. Au début de la vie, le bébé est dans une relation symbiotique avec son entourage, pendant la deuxième étape l'entourage est encore présent mais l'enfant accède à une séparation progressive afin d'accéder à la dernière étape où l'enfant possède une identité propre.

d) Du parcours à la cabane ... :

Thomas est, comme dit précédemment, dans une hypertonie globale qui peut être vue comme une conduite compensatoire qui vient pallier à son enveloppe corporelle qui semble poreuse. Les limites corporelles de Thomas ne semblent pas claires, son schéma corporel est peu construit. Il interroge souvent dans ses déplacements ce qui « tient », ce qui est dur en alternant des moments où il déplace des objets lourds et solides et des moments où il tombe apparemment volontairement.

Thomas met en place un jeu où lorsqu'il tombe il faut appeler le SAMU, je suis l'infirmière qui doit le soigner. Il fuit souvent cette phase-là, le touché léger est impossible pour lui, je lui propose alors des percussions pour écouter si les os sont bien durs et solides ce qu'il accepte. En effet, porter conscience à ce qui est solide dans le corps, le dur, la

charpente, le squelette osseux me paraît plus important que de me focaliser sur le fait qu'il se pose ou se détende ce qui semble complètement l'angoisser.

Thomas investit beaucoup en séance l'idée de construire un parcours.

Thomas construit ces parcours et nous en sommes les spectateurs. Il fonctionne de proche en proche et ne semble pas avoir une idée globale de ce qu'il va construire.

Il n'y a ni début, ni fin et Thomas semble plus intéresser par la construction que par « agir » ses parcours. J'ai l'impression qu'il est partout et nulle part en même temps ! Il ne peut finir la construction et ajoute sans arrêt des éléments.

Afin de l'étayer, ce sont nos mots qui viennent le contenir, le border. Nous essayons de mettre du sens quant à ce qui se passe pour Thomas du point de vue corporel mais également sur ce qu'il a envie de construire et par quel moyen. C'est une première mise en sens d'une pensée. L'idée est qu'il puisse petit à petit se décaler de cet agir et pour que ses désirs s'expriment par les mots, cela l'insérant dans un temps différent que celui de l'immédiateté.

Nous proposons à Thomas au fur et à mesure de construire une cabane.

Il construit un mur avec plusieurs épaisseurs qui sépare l'espace de la salle en deux, il peut y faire une petite porte, il peut m'inviter dans son espace là où le psychomotricien doit rester dans le sien. Il semble prendre plaisir à se cacher dans son espace et expérimente le fait de ne montrer que ce qu'il souhaite au psychomotricien. Par exemple, il fait un dessin qu'il décide de ne montrer que quand il sera fini ou bien il ne montre que sa main...

Petit à petit, Thomas construit ce mur, et derrière celui-ci il construit une cabane, dans laquelle il installe un endroit pour dormir. Cette cabane est pourvue à l'extérieure de nombreuses défenses contre des attaques possibles.

Nous pouvons faire l'hypothèse que la construction de cette cabane pour Thomas peut être le signe d'un début de construction d'espace corporel et psychique. Un premier espace personnel dont il est le chef d'orchestre.

e) Les histoires de liens... :

Thomas peut demander à ce que nous lui lisions des histoires en début de séance. Il ne semble pas accroché ni par le texte, ni par les images, comme s'il était ailleurs. Lorsque nous lui demandons de résumer l'histoire à la fin, il n'est pas capable de citer les personnages

principaux. Cela est retrouvé également lorsqu'il veut raconter un événement qui lui est arrivé, par exemple, s'il vient de perdre une dent, il peut dire qu'il a une pièce de deux euros, sans raconter le lien avec l'histoire de la petite souris, il faut le solliciter énormément et même combler pour lui les « trous », les « blancs ».

Thomas utilise souvent le « je sais pas », ce qui nous pousse à répondre pour lui, un peu trop rapidement sans lui demander ce que lui en pense. Thomas peut raconter une histoire en utilisant des mots comme si nous connaissions déjà l'histoire (ou comme si nous étions dans sa tête) par exemple, « j'ai mis ma main sur sa joue » ce qui signifie « je l'ai tapé » ou bien il peut en inventer « superastif ».

Pour Thomas les mots ne semblent que peu faire sens. La maîtrise du langage verbal signe l'entrée dans la symbolisation. Il est important de laisser le temps à Thomas d'organiser sa pensée et de mettre les éléments en lien sans « céder » à combler les vides pour lui. Il est important que Thomas puisse, grâce à des petits indices de notre part, faire les liens lui-même dans son Histoire. Par exemple pendant une séance, il a construit un pont à l'aide d'un tapis en mousse posé sur deux tables d'un mètre de haut, son idée étant de le traverser en trottinette. Il est important de le renvoyer à la sensation, à la perception et donc représentation concernant ce qu'il pourrait se passer, ici, le tapis ne pourra pas supporter son poids.

Aujourd'hui, Thomas investit l'idée de lecture d'histoires, les livres choisis portent en titre une émotion comme j'ai « peur », je suis « triste », je suis « en colère », je suis « heureux » ou « amoureux ». Thomas divise les livres en « bons » et « méchants » et préfère que nous lui lisions les trois premiers cités, il peut repérer le personnage principal et faire des commentaires sur les situations dans lesquelles ce personnage éprouve la colère, par exemple, en le comparant à lui-même, en commentant les moments où lui-même peut ressentir cette émotion. Il peut également « faire semblant » d'éprouver l'émotion en question.

f) Les fins de séance :

Les fins de séance signifient un moment de séparation où nous devons ranger les éléments du parcours utilisés. Ce sont souvent des moments de débordements et d'agir impressionnants de la part de Thomas, la salle est sans-dessus dessous, Thomas tape, cours, saute, tombe... Il peut d'ailleurs dire « J'aime bien rester ici ». La séparation reste un temps compliqué ce qui peut être mis en lien avec son anamnèse.

Il m'apparaît important de verbaliser le moment de rangement de la salle et de restaurer cet espace. Même si au départ Thomas ne participait que passivement à ces temps-là, il

devient de plus en plus actif. Petit à petit il peut lui aussi rassembler les objets utilisés pendant la séance. Il peut énoncer qu'il prépare « mentalement » ce qu'il va faire pendant la fin de son après-midi.

6) Conclusion :

Thomas est un enfant souvent perçu négativement par son entourage notamment par l'évocation de ses difficultés scolaires. Le CMPEA permet de nombreuses rencontres (entretien régulier avec la famille, réunions avec l'équipe éducatives) avec l'entourage de Thomas ce qui permet au psychomotricien de pouvoir mettre en évidence les capacités psychomotrices de Thomas et son évolution.

La prise en charge en psychomotricité semble être investie par Thomas de manière plus sereine au fil du temps. Il est important de pouvoir lui offrir un espace dans lequel il puisse exprimer ses préoccupations sans pressions sociales ou scolaires, là où il en est à ce moment-là. Thomas semble être sensible au soutien et à l'étayage proposés lorsqu'une relation de confiance est installée.

Pour la suite, une réunion d'équipe éducative serait organisée prochainement dans lequel sera discutée l'idée que Thomas puisse bénéficier de l'aide d'une Aide de Vie Scolaire (AVS). Le psychomotricien réfléchit à un projet dans lequel une augmentation des soins serait proposée à Thomas et ses parents dans le cadre du CATTP par exemple. Pour l'instant, la prise en charge en psychomotricité se poursuit.

Les symptômes psychomoteurs se situent dans un entrelât entre la psyché et la motricité, Thomas en est le parfait exemple. La thérapie psychomotrice vient entre autre, soutenir cet investissement lorsqu'il fait défaut ou lorsqu'il nécessite un étayage supplémentaire.

CONCLUSION :

Comment la psychomotricité peut-elle être pertinente afin de contribuer à la perception de soi auprès de patients psychotiques ? Voilà le fil conducteur qui m'a guidé dans l'écriture de ce mémoire. Grâce aux différentes rencontres avec les patients, ma réflexion s'est basée sur le fait que **le mouvement** pouvait être un point d'appui.

La psychose est une pathologie qui affecte l'individu dans sa dimension psychocorporelle au niveau de trois axes de l'être : le corps, la relation et la réalité. Cette pathologie présente deux symptômes constants qui sont la perte de contact avec la réalité et le trouble de l'identité.

La perception de soi est singulière, que cela soit par son absence jusqu'à des créations particulières. Nous ne pouvons passer à côté de la souffrance, du malaise présent chez les patients, petits et grands. Le travail auprès de des enfants et des adultes est différent. Les enjeux ne sont pas les mêmes, l'enfant est encore dans une dynamique de maturation, là où l'adulte s'est construit d'une façon qui lui est propre. Dans la mise en mouvement que cela soit au travers du jeu ou bien grâce à divers support, un lien à soi pourrait être abordé.

La perception de soi nécessite la construction d'un espace corporel et psychique délimité, ce qui est le signe de l'identité de l'individu. Le fait perceptif est un filtre par lequel nous percevons les éléments de soi, des autres et du monde, il est donc lié à l'expressivité.

Le mouvement est un moyen de connaissance du corps propre, un moyen d'expérimenter et de mettre en œuvre sa subjectivité, de laisser émerger une créativité personnelle. « *Le mouvement est au centre de ce qui serait la psychomotricité de l'être incarné* »¹³⁰

La psychomotricité s'attache à proposer aux individus, à porter attention et intention dans leurs vécus, en présence d'autrui. En effet, « être au monde », c'est être pour soi dans la relation à l'autre dans l'espace et le temps. Le psychomotricien engage dans la thérapie psychomotrice ses propres perceptions qu'il met au service de la compréhension d'un vécu qui se veut au plus proche de celui du patient.

¹³⁰ B.ANDRIEU, *Du corps à l'être*, thérapie psychomotrice et recherches, n°118, 1999

Les différentes rencontres et participations actives aux prises en soin m'ont permis d'avancer dans cette réflexion, en faisant des allers-retours entre théories et observations cliniques.

Les stages se déroulent pendant un an, permettant d'apercevoir des petits changements chez les patients. Cependant, il est nécessaire de laisser le temps qu'une rencontre puisse s'établir, ce qui n'est pas une mince affaire pour cette population. Prendre le temps, que la relation puisse être investie de confiance est la base pour permettre aux sujets de saisir pour eux-mêmes les propositions, pour qu'ils aient recours un petit peu moins à leurs mécanismes de défenses, que pour un temps donné leurs angoisses si présentes, soient mises de côté.

De plus, les deux institutions sont différentes. Dans l'une, les enfants viennent en séance de psychomotricité, là où les adultes participent à des ateliers thérapeutiques de groupe co-animés. Il n'y a pas de salle dédiée à la psychomotricité, et les temps informels sont nombreux. Différentes questions sont venues telles que comment être contenante et rassurante, comment être à l'aise et représenter cette stabilité qui semble leur manquer ? Cela n'a pas été sans un temps d'adaptation de ma part au départ. Il est nécessaire dans l'une comme dans l'autre structure, d'être au clair avec le projet de chaque patient dans l'institution et de son identité de professionnelle afin de les mettre au service du patient dans la séance.

Pour finir, je dirai que les questions et réflexions doivent rester ouvertes concernant la perception de soi afin que la singularité et l'unicité de chacun puisse être entendues.

BIBLIOGRAPHIE :

- B.ANDRIEU, *Incarner l'être dans son corps*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°118, 1999 : *Du corps à l'être*
- P.ANDRE, T.BENAVIDES, F.CANCHY-GIRONIMI, *Corps et psychiatrie*, chapitre : De la connaissance du corps à la représentation, Heure de France, 2004
- N.BAGNAROSA, *Un détour par le corps de l'autre : approche de personnes en souffrance psychique*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, juin 2014
- A.BELLANGER, « *Vivre et se figurer un corps : utilisation du mandala dans un atelier à médiation corporelle au sein d'un hôpital de jour pour adultes*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien, juin 2012
- M.BERNARD, *Le corps*, Seuil, 1995
- A.BERTHOZ, *Le sens du mouvement*, Edition ODILE JACOB, Poche, 2013
- A.BERTHOZ, *Le cerveau et le mouvement : le 6^{ème} sens*, conférence publiée sur canal U, la Webtv de l'enseignement supérieur et de la recherche, réalisée par UTLS-la suite, Février 2000
- J.BOUTINAUD, *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, 2^{ème} Edition actualisée, in Press, 2010
- JC.CARRIC, *Le développement psychomoteur de l'enfant*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°117, 1999 : *Le mouvement humanisé*
- A.CICONNE et M.LHOPITAL, *Naissance à la vie psychique*, DUNOD, 2001
- V.DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Edition Grego, 2010

- M.DE MELO, *Un lien à l'autre pour des liens à soi : le soutien identitaire dans le soin psychomoteur auprès d'adultes atteints de cancer*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, juin 2013
- L.GALTIER, *Le corps comme énigme ou impression et expression psychocorporelle*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°117, 1999 : *Le mouvement humanisé*
- F.GIRONIMI, *Expérience du corps et thérapeutique psychomotrice*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°117, 1999 : *Le mouvement humanisé*
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Autisme et autres troubles envahissants du développement : Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*, argumentaire, Janvier 2010
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS) et ANESEM, *Autismes et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, Mars 2012
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, Services Bonnes pratiques professionnelles et service Recommandations (ANESEM), *Autismes et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et coordonnées chez l'enfant et l'adolescent : recommandation de bonne pratique*, mars 2012
- P.JUIGNET, *Les schizophrénies*, Psychisme 2011, magazine en ligne
- B.LESAGE, *Jalons pour une pratique psychocorporelle*, ERES, Toulouse, 2012
- B.LESAGE, *Etape d'un parcours psychocorporel*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°117, 1999 : *Le mouvement humanisé*
- AM.LATOURE, *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, ERES, 2010
- *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Edition 4, texte révisé
- J.MAYER, « *C'est l'histoire d'un mouvement* ». *Place du mouvement dans l'expressivité du sujet atteint de démence de type Alzheimer*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de psychomotricien, juin 2013
- D.MELLIER, *Le travail de l'attention, comment tricote un manteau pour la psyché ?*, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°145, 2006 : *La perception, processus de l'expérience*

- M.MERLEAU-PONTY, *Phénoménologie de la perception*, GALLIMARD, 1945
- P.LAFFORGUE, *La pratique corporelle de la théorie dans la psychose*, in P.DELION, *Corps, psychose et institution*, ERES, « Hors collection », 2007, p119-124
- JL.PIEDINIELLI et G.GIMENEZ, *Les psychoses de l'adulte*, Armand colin, 2^{ème} Edition, 2011
- E.PIREYRE, *Clinique de l'image du corps : du concept au vécu*, DUNOD, 2011
- C.POTEL, *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*, ERES, 2012
- G.POUS, *Thérapie corporelle des psychoses*, Editions L'Harmattan, 1995
- S.ROBERT-OUVRAY, *Le corps étai de la psyché*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°117, 1999 : *Le mouvement humanisé*
- P.ROCHAT, *Conscience de soi et des autres au début de la vie*, *Enfance*, 2003/1 vol. 55, p 39-47
- I.SCHEIN et T.HAMALAINEN, *Mouvement apparent et non apparent en thérapie corporelle*, in *thérapie psychomotrice et recherches*, n°117, 1999 : *Le mouvement humanisé*
- B.VANDEWALLE, B.MEURIN, B.BUSSCHAERT, *Propos pour la psychomotricité autour de SPINOZA et de la philosophie perceptive de MERLEAU-PONTY*, in *Thérapie psychomotrice et recherches*, n°145,2006: *La perception, processus de l'expérience*
- D.WINNICOTT, *Jeux et réalité, l'espace potentiel*, Editions Gallimard, Paris 1975

TABLE DES MATIERES :

SOMMAIRE	4
INTRODUCTION :.....	6
I. LA PSYCHOSE.....	9
A. L'univers de la psychose.....	9
B. Les différentes psychoses.....	10
1) Les psychoses infantiles	10
2) les psychoses adultes :.....	12
C. Les modalités d'approches thérapeutiques :.....	15
1) L'approche pharmacologique :.....	16
2) Les approches globales recommandées :.....	17
3) Les approches globales non consensuelles :.....	17
II. LA PERCEPTION DE SOI :.....	19
A. Définitions de la perception de soi :	19
1) La perception objective :	20
2) La perception subjective :.....	21
3) Les concepts de schéma corporel et image du corps :.....	22
a) Schéma corporel :.....	22
b) L'image du corps :.....	24
c) Synthèse :	24
B. La perception de soi dans le développement de l'enfant :.....	25
1) Les interactions précoces :.....	26
a) sa communication :.....	26
b) Vers la conscience de soi dans la relation :	27
2) Les miroirs :.....	28
3) L'identité :	29
a) Espace corporel et espace psychique :.....	29
b) Origine du sentiment de soi :.....	30
c) L'identité :	31
4) Synthèse :	32

C.	Le psychotique et son corps :.....	33
1)	Les angoisses corporelles :	34
a)	L'angoisse de morcellement :.....	34
b)	L'angoisse d'effondrement :.....	35
2)	Mécanismes de défense :.....	35
a)	Le clivage et le déni :	36
b)	L'identification projective :.....	37
3)	Les conduites compensatoires :.....	37
4)	Les troubles psychomoteurs :.....	40
a)	Trouble de l'intégrité corporelle.....	40
b)	Trouble du Schéma corporel et de l'investissement spatiale :.....	41
c)	Trouble de l'organisation temporelle :	43
d)	Troubles tonico-émotionnel et trouble de l'intégration sensorielle :.....	45
e)	Trouble de la communication avec autrui :	47
f)	Troubles de la fonction symbolique :	48
III.	LE MOUVEMENT EN SEANCE DE PSYCHOMOTRICITE AU SERVICE DE LA PERCEPTION DE SOI	51
A.	Le cadre thérapeutique en psychomotricité:.....	51
1)	La thérapie psychomotrice :	51
2)	Le bilan psychomoteur et le projet thérapeutique	52
3)	Le psychomotricien et la perception :	54
a)	Posture du psychomotricien :	54
b)	Les perceptions du psychomotricien :	55
B.	Intérêt d'un travail médiatisé par le mouvement.....	56
1)	Le mouvement :.....	57
a)	Les mouvements innés et les mouvements appris/acquis :.....	58
b)	Entre automatisme, concrétude, volonté et abstraction :.....	59
2)	Le jeu dans le soin:.....	59
3)	Aller-retour entre Corps objet- corps sujet :.....	61

IV. AU CŒUR DE LA CLINIQUE :	64
A. Mr D., « <i>Je suis dans mes pensées les plus profondes</i> »	64
1) Présentation de la structure :	64
2) Eléments biographiques et anamnèse	65
3) Traitement médicamenteux :	66
4) Premières rencontres pendant les temps informels	66
a) Projet thérapeutique :	66
b) Observations psychomotrices :	66
5) Atelier Art corporel :	68
a) Projet :	68
b) Déroulement	68
6) Séances et évolution :	69
a) Ajustement :	69
b) Temps d'accueil et de retour de fins de séance :	69
c) Le mouvement par imitation :	70
d) Se mouvoir : de l'automatisme à l'expressivité :	71
e) (Re) découverte du corps propre :	73
f) Epreuves :	74
g) Partie expression :	75
7) Conclusion	75
B. Thomas, <i>A fleur de peau...</i>	76
1) Présentation de l'institution :	76
2) Anamnèse et éléments biographiques	77
3) Différents bilans et réunions :	78
4) Bilan psychomoteur:	79
5) Les séances en psychomotricité et leur évolution :	81
a) L'accueil :	81
b) Le cadre thérapeutique :	82
c) De la maîtrise au compromis...	83
d) Du parcours à la cabane ...	83
e) Les histoires de liens...	84
6) Conclusion :	86

CONCLUSION :	87
BIBLIOGRAPHIE :	89
TABLE DES MATIERES :	92