



Histoires d'hommes, histoires de schizophrènes : l'identité psychomotrice au service d'une identité pathologique

Mathilde Carbonnier

► **To cite this version:**

Mathilde Carbonnier. Histoires d'hommes, histoires de schizophrènes : l'identité psychomotrice au service d'une identité pathologique. Médecine humaine et pathologie. 2015. <dumas-01196165>

HAL Id: dumas-01196165

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196165>

Submitted on 9 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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège des Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Histoires d'hommes
Histoires de schizophrènes**

L'identité psychomotrice au service d'une identité pathologique

CARBONNIER Mathilde

Née le 3 avril 1992 à BRUGES (33)

Directeur de mémoire : LARROUY Philippe

Juin 2015

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de santé qui ont partagé avec moi leur savoir au cours de mes différents stages, ainsi que pendant ma formation. A ce titre, je remercie tout particulièrement mon maître de mémoire, pour son écoute et le soutien qu'il m'a apporté, ainsi que mes maîtres de stages respectifs pour m'avoir ouvert les portes de leurs pratiques.

Je souhaite également avoir une attention toute particulière pour mes relecteurs et leurs regards avisés sur cet écrit. Sans oublier mes chers camarades de formation, pour les moments de doute et de remise en question, pour les réflexions collectives et les temps de décompression nécessaires !

Enfin, il me semble incontournable d'avoir ici une pensée pour ma famille et mes amis les plus proches pour leur soutien tout au long de mon parcours.

Sommaire

Introduction.....	1
Problématique / Hypothèse.....	3
CHAPITRE 1 : L'identité en question	5
1. Définition, références théoriques.....	7
2. La construction de l'identité.....	10
3. Le sentiment d'identité.....	17
4. La place du corps.....	19
CHAPITRE 2 : être ou avoir ? La schizophrénie...	25
1. Petite Histoire de la folie.....	26
2. La schizophrénie, un exemple de psychose de l'adulte.....	29
3. Vivre avec la schizophrénie.....	39
CHAPITRE 3 : Quand la psychomotricité rencontre la psychose ; enjeux d'une relation thérapeutique	43
1. L'identité dans la pratique psychomotrice.....	45
2. L'identité du thérapeute.....	46
3. Profil psychomoteur de la schizophrénie.....	55
4. Enjeux d'une prise en charge en psychomotricité.....	57
5. Les outils thérapeutiques.....	60
CHAPITRE 4 : Histoires de rencontres, Histoires d'Hommes	63
1. Présentation de l'Unité pour Malades Difficiles.....	64
2. M. V, 26 ans schizophrène.....	66
3. Un exemple de groupe en Musicothérapie.....	78
Conclusion.....	86
Bibliographie.....	90
Table des matières.....	92

Introduction

« Mais vous savez, je ne suis pas fou, c'est eux qui me tiennent dans cet état avec leur pilules ! »

(Mr X, 26 ans)

Une apparente cohérence, une discussion ordinaire ou presque en feraient oublier le contexte même de cette discussion et puis... cette ambivalence, ce retour du discours teinté d'une forme de paranoïa, d'anxiété pathologique, vient replacer le cadre de cette réalité : la réalité de la rencontre en psychiatrie adulte.

*Mais alors, à quel moment peut-on s'interroger sur la place de l'individu par rapport à sa maladie ?
A quel point la pathologie est-elle présente dans son discours, dans sa personnalité, dans son identité ?*

L'anosognosie, c'est-à-dire la non conscience des troubles, est un des symptômes majeurs de la pathologie mentale, mais jusqu'à quel point le sujet n'est-t-il pas conscient de ses troubles ? L'hospitalisation, les traitements, l'enfermement, la rupture sociale et la stigmatisation ont des impacts sur le sujet lui-même et demandent des ressources adaptatives importantes.

Tout cela aborde en réalité la question de la place de l'identité de la personne dans la pathologie mentale. Ces questionnements m'ont amenée à une ébauche de réflexion dès ma deuxième année de formation lors d'un stage auprès d'adultes souffrants de troubles psychiques et /ou mentaux. Mais c'est réellement ma rencontre avec le public de l'Unité pour Malades Difficiles pendant ma troisième année qui m'a amenée à approfondir cette question de la place de la personne en tant que sujet dans le milieu psychiatrique.

Les personnes atteintes de pathologie psychiatrique véhiculent une image de dangerosité et de peur. On observe souvent dans le discours courant un amalgame entre 'folie' et 'violence'. L'existence même des Unités pour Malades Difficiles (unités fermées) vient conforter cette crainte de la dangerosité psychiatrique. Nombreux exemples pourraient être cités et développés pour expliquer ce discours, les différents cas d'homicides ou de crimes posant la question même de la part d'humanité ou d'inhumanité qui conduit à commettre ces actes là...

Pourtant, ce sont bien des hommes que j'ai rencontrés, des hommes atteints de troubles psychiatriques, des personnes en grande souffrance, mais avant toute chose des êtres humains qui tentent, à leur niveau, d'entrer en communication, d'exprimer et de partager... loin de l'image diabolique qu'on pourrait être tenté de leur attribuer.

La question de l'identité, dans un contexte pathologique ou non, touche de nombreux domaines. Elle est au croisement de la sphère individuelle et collective, dépendante de la culture, de la société, colorée de nuances historiques autant au sens de l'Histoire avec un grand « H » que de l'histoire de l'individu dans son temps, dans son environnement, dans sa famille. L'identité pose quelque chose d'une simplicité apparemment accessible à tous, chacun semblerait capable en soi de dire ce qu'est l'identité, et pourtant d'une complexité immense amenant les plus grands esprits d'hier et d'aujourd'hui à réfléchir sur cette notion.

Alors qu'en est-il lorsque l'on parle de trouble de l'identité, de structure pathologique, de défaillance identitaire ? La psychiatrie amène depuis ses débuts à débattre de cette question, à quel moment peut-on distinguer le pathologique du « normal » ? De nombreuses études ont été menées à ce sujet : questions éthiques et philosophiques, débats d'idées et paradigmes théoriques... A quel moment peut-on considérer que quelqu'un est « fou », qu'il est atteint au plus profond de son identité, au point de ne plus être responsable de ses actes ?

Sans entrer dans un débat éthique, l'enjeu de ce travail sera donc d'aborder la question identitaire dans la pathologie mentale, et plus particulièrement dans la schizophrénie en apportant un regard psychomoteur dans la réflexion.

La psychomotricité m'a amenée à rencontrer différents publics, des patients qui sont avant tout des personnes. Être psychomotricien, c'est aller à la rencontre de l'autre de façon authentique, avec la particularité que le corps du thérapeute intervient comme un véritable outil médiateur, malléable, au service de la thérapie psychomotrice. C'est donc évidemment avec son identité professionnelle mais également personnelle que le psychomotricien se propose d'accompagner la personne dans une meilleure connaissance d'elle-même à travers un réinvestissement corporel autant que possible.

Tout cela m'a conduit à orienter mon travail autour d'une problématique particulière : ***A quel point la schizophrénie est-elle présente au sein même de l'identité propre du sujet ? Quelle est la légitimité d'une approche psychomotrice dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie ?***

Je m'attacherai dans cet écrit à donner une vision, aussi riche que possible de références théoriques, de la notion d'identité. Dans toutes ses formes et ses représentations, nous verrons en quoi et pourquoi l'identité est constitutive du sujet dans sa globalité, mais également de quelle façon elle peut être perturbée, entravée voire envahie par la pathologie mentale, et plus particulièrement dans le cas de la schizophrénie.

Je tenterai par la suite de replacer la schizophrénie dans le champ beaucoup plus large de la psychiatrie en revenant en quelques points sur l'évolution de la prise en charge de la « folie ».

La description précise des signes cliniques ainsi que de l'impact psycho-corporel de la pathologie avec son retentissement sur la globalité de l'individu m'amèneront enfin à éclairer, par quelques notions théoriques et pratiques, l'apport de la psychomotricité dans la prise en charge des troubles schizophréniques.

Je finirai par la description de situations cliniques, vécues au cours de mon stage à l'Unité pour Malades Difficiles, qui ont contribué à nourrir et illustrer ma réflexion pour ce mémoire.

Tout ce travail dans l'objectif de donner des éléments de réponse à mon hypothèse qui est la suivante : ***La schizophrénie est une pathologie qui touche l'individu dans sa globalité en impactant son identité dans toutes ses dimensions (corporelle, psychique et sociale). Dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, la psychomotricité paraît légitime grâce aux outils dont elle dispose.***

Cette légitimité est définie dans le décret de compétence encadrant la pratique psychomotrice : « *Contribution par des techniques d'approche corporelle au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* »¹

Ma démarche dans de cette réflexion m'a menée à un questionnement plus personnel. Convictions intimes et représentations que j'ai essayé de mettre à contribution en illustrant cet écrit par différentes vignettes cliniques. Expériences qui ont marqué ce travail en le confortant quant à la direction empruntée ou au contraire en le remettant en cause par la complexité des notions qu'il interroge.

1 Décret n° 88-659 de compétences du psychomotricien, 6 mai 1988

CHAPITRE 1

L'identité en question

Cette première partie va me permettre d'examiner la notion d'identité selon les différents **courants théoriques** qui lui ont attribué son sens. J'évoquerais brièvement les définitions selon la psychologie sociale, la biologie, la philosophie, ou encore la conception psychanalytique de la construction de l'identité du sujet.

J'essaierai également de définir ce que l'on appelle le « **sentiment d'identité** », le fait de se ressentir et de se vivre comme un sujet à part entière, en tant qu'individu différencié et unique, mais aussi la place de l'autre et de l'identification à cet autre, ainsi que le sentiment d'appartenance qui, je le pense, a toute son importance dans le fait de s'affirmer en tant qu'individu.

Je parlerai enfin de la **place du corps**, de ce que l'on pourrait nommer l'identité posturale, l'enjeu des attitudes corporelles dans la relation à l'autre. Le corps est notre représentant au monde et à l'autre, il s'exprime et traduit par ses mouvements ou ses rigidités notre façon d'être, plus ou moins consciente. C'est en réalité le point de départ de mon mémoire que j'illustrerai par une vignette clinique d'une dame âgée atteinte de démence qui m'a beaucoup touchée lors d'un stage court dans un Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

La notion d'identité est complexe. Son utilisation de façon courante dans les discours quotidiens autant que dans les sciences humaines la rend relativement floue. De fait, il n'est pas facile d'en donner une définition simple. Un rapide regard sur les dictionnaires² laisse entrevoir deux sens majeurs : « *Rapport que présentent entre eux deux ou plusieurs êtres ou choses qui ont une similitude parfaite* » donc ce qui est **identique** ; « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* » et ce qui est **unique**.

2 Définition Larousse

1. Définition, références théoriques

- **Psychologie et psychologie sociale**

Selon la psychologie sociale, l'identité est un processus psychologique de représentation qui se traduit par le **sentiment d'exister en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui** ; il donne lieu à un sentiment d'estime de soi et de conscience de soi. Le concept d'identité désigne ainsi en psychologie sociale le point d'articulation entre la personnalité de l'individu et l'idée qu'il a de lui-même, et l'ensemble des facteurs qui, dans le contexte social dans lequel il est inscrit, agissent sur lui. L'identité implique donc une dimension de la relation sociale en fonction d'une représentation de soi. C'est donc la reconnaissance de ce qu'il est par lui-même et par les autres.

En psychologie, Erik Erikson³ conçoit l'identité comme une sorte de *sentiment d'harmonie* : l'identité de l'individu est « **le sentiment subjectif et tonique d'une identité personnelle et d'une continuité temporelle** » (1972).

Cette définition par la dimension subjective et tonique qu'elle souligne introduit la place du corps, de la posture. Cet aspect tonique place la notion d'identité sur la base d'une perception physique, solide, qui s'inscrit dans le temps et l'espace. C'est une notion que nous aborderons un peu plus loin dans ce mémoire.

L'identité trouve également un ancrage objectif dans la définition de nos caractères sociaux, dans le curriculum vitae qui éclaire notre parcours social, les papiers d'identité... Cette part objective de notre identité incarne une sorte de reconnaissance sociale et signe notre appartenance à la société.

³ E. Erikson, (1902 - 1994) est un psychanalyste américain, auteur d'une théorie du développement psychosocial en huit stades successifs.

Cet aspect qui inclut en fait tout l'aspect administratif et concret de notre place dans la société me renvoie à une rencontre que j'ai pu faire dans le cadre de maraudes sociales auprès de Sans Domiciles fixe. Ces maraudes, outre l'enjeu alimentaire, ont pour but de créer ou de maintenir un lien social avec ces hommes pour les accompagner lorsqu'ils le désirent dans des démarches de réinsertion socio-professionnelle. M. N. est un homme d'une cinquantaine d'année que j'allais rencontrer chaque semaine pendant plus d'un an.

Dans son discours Mr N. se définissait comme « un invisible de la société » ; sans papier, sans domicile, sans emploi, sans compte bancaire.... Il se considérait ainsi comme un « électron libre » sans nom et sans identité, simplement une âme errante dans les rues qui ne devait de compte à personne. Ce discours, malgré quelques aspects qui rappelaient une structure de personnalité psychotique avec des angoisses de persécution et de complot, illustre assez bien cet aspect de l'identité, avoir une place et être reconnu en tant qu'être social, avoir un nom...

- **Biologie**

Outre l'aspect subjectif, personnel de l'identité, une face objective peut également être mise en avant d'un **point de vue biologique**. En effet si l'on considère la génétique, qui inclue les caractères immuables donnés par l'ADN, les gènes qui nous sont attribués par nos parents déterminent une dimension physique qui nous est propre et non discutable : sexe, couleur des yeux, des cheveux, de la peau, taille du nez, forme de la bouche... De la structure osseuse à la taille de nos membres jusqu'aux détails les plus minimes de notre physique, cette réalité objective, propre à chacun participe pleinement à la constitution de notre identité.

Cet aspect concret et indiscutable de l'identité souligne l'apparente simplicité de la notion, il est en effet difficile de remettre en cause l'objectivité de cette approche biologique de l'identité.

Cependant cette définition, aussi simple et accessible qu'elle puisse paraître, laisse entrevoir les deux aspects de l'identité : le caractère de ce qui est unique et le caractère de ce qui est identique.

Chaque individu, par l'expression de ses caractéristiques biologiques, comme nous l'avons évoqué plus haut, est unique. Pourtant, par ces mêmes caractéristiques biologiques chacun d'entre nous s'inscrit dans une espèce identique, nous sommes tous dotés de gènes attribués par nos parents, de caractéristiques physiques.... Cela définit notre appartenance à une espèce, celle du genre humain.

- **Philosophie**

L'identité est une notion philosophique qui soulève la question métaphysique des **rapports entre le Même et l'Autre**, ainsi que celle du devenir, c'est un concept qui renvoie au réel lui-même.

L'identité d'un être ou d'une personne ne semble en effet pouvoir se définir qu'à travers la **relation** : relation à soi ou à d'autres êtres semblables (*ainsi, les citoyens partagent la même identité d'appartenance à la nation, qui comprend par exemple une langue commune*), mais aussi en même temps relation d'exclusion de tout ce qui est différent (*par exemple l'identité d'un citoyen d'une nation se comprend aussi par contraste avec celle d'un ressortissant d'une nation différente*).

Par ailleurs, l'identité de la personne pose le problème du multiple et du devenir dans le temps : *en effet, comment puis-je dire que je suis le même, alors que tous mes traits physiques et toutes mes idées ne cessent de changer et d'évoluer de ma naissance à ma mort ?*

Ce regard philosophique pose la question de la continuité psychique malgré le changement physique évident. Winnicott⁴ traite cet aspect de la question en le rapprochant de ce qu'il appelle le « *sentiment d'identité* », c'est à dire la continuité qui persiste à travers le changement : « *l'individu n'est plus identique, pourtant il est le même* ». Je tenterai d'éclaircir cette notion de sentiment d'identité un peu plus loin.

4 D.W. Winnicott, 1896 – 1971, pédiatre, psychiatre, psychanalyste anglais

- **En psychanalyse**

Dans sa théorie de l'appareil psychique, S. Freud⁵ distingue trois instances, le ça, le moi et le surmoi. Le ça constitue le pôle pulsionnel de la personnalité; il contient ce que Freud a appelé les pulsions, c'est-à-dire l'ensemble des désirs inconscients que l'individu devrait pouvoir assouvir. Ces pulsions, chargées de toute l'énergie vitale de l'individu, tendent non seulement à se réaliser, malgré l'état de refoulement dans lequel cherchent à les maintenir le moi et le surmoi mais également à devenir conscientes, c'est-à-dire à entrer dans le champ de la conscience malgré la censure dont elles sont victimes de la part de ces mêmes instances. Le surmoi joue le rôle de juge, de censeur à l'égard du moi, du ça et des pulsions mais aussi le rôle de réservoir des exigences culturelles et sociales enseignées par l'éducation et la religion. Il se constitue par intériorisation des exigences et des interdits parentaux.

Le moi occupe une position de médiateur entre le ça et ses revendications pulsionnelles d'une part, le surmoi et les exigences de la réalité d'autre part. Son rôle consiste en particulier à donner aux pulsions des formes socialement et culturellement acceptables, afin que l'énergie dont elles sont chargées puisse être régulièrement relâchée. On peut donc dire qu'il est chargé des intérêts de la totalité de la personne.

Le développement de la personnalité, selon Freud, est directement le reflet de cette dynamique de conflit entre les diverses instances qui la composent.

2. La construction de l'identité

- **La construction de l'identité dans le développement de l'enfant**

Pour le bébé, le sentiment d'unité corporelle apparaît comme le résultat de la rencontre des différents états toniques qu'il ressent, vit et traverse, soutenu par le regard, l'attention, la disponibilité physique et psychique des figures parentales.

5 S. Freud, 1856-1939, médecin neurologue autrichien, fondateur de la psychanalyse

La notion de contenance se fonde sur la base de ces expériences multiples. Julian De Ajuriaguerra⁶ développe cette idée lorsqu'il parle du dialogue tonico-émotionnel et de son rôle dans le développement de l'enfant et dans sa construction psycho-corporelle à la base d'un sentiment subjectif propre.

La rythmicité des temps vécus par le bébé se joue d'abord dans une forme d'alternance binaire entre les différents cycles (veille/sommeil, faim/satiété, tension/détente), on parle à ce moment de temps sensoriel. La rythmicité des sensations est alors l'un des premiers facteurs d'intégration temporelle et corporelle par la perception des différents états. Cette alternance entre les états se transforme en une **rythmicité tranquille et sécurisée** qui protège l'enfant, et qui est à la base du sentiment de continuité corporelle.

Cette rythmicité est sous-tendue par la qualité de **l'accordage affectif**, défini par D. Stern⁷, mis en place entre la mère et le nourrisson. Un environnement suffisamment contenant et sécurisant va permettre à l'enfant d'expérimenter librement, sans danger, et d'accéder petit à petit à un contrôle tonique de plus en plus fin, faire l'expérience de ses limites physiques.

Le concept de Winnicott avec la notion de « *mère suffisamment bonne* » rejoint cette idée de l'enjeu d'un environnement sécurisé pour un développement harmonieux.

De la même façon le cadre en psychomotricité est à mettre en lien avec ces notions ; l'enjeu est de mettre en place un cadre suffisamment contenant et sécurisant mais également relativement souple pour permettre au patient de réinvestir son corps et d'expérimenter de façon positive les différentes propositions.

L'espace ainsi identifié de la salle de psychomotricité permettait à M. F, patient plutôt mutique, de s'exprimer plus librement et spontanément.

6 **Julian de Ajuriaguerra**, 1911-1993, est un neuropsychiatre et psychanalyste français d'origine basque espagnole. Il est l'un des représentants d'une psychiatrie éclectique et humaniste.

7 D. Stern, 1934-2012, pédopsychiatre, professeur de psychologie et psychanalyste américain

- **Stade du miroir**

Le **stade du miroir** décrit par Lacan est un des éléments fondateurs de la constitution du « je », il se met en place de façon générale entre 6 et 18 mois. Le stade du miroir est à mettre en lien avec l'avènement de la subjectivité. C'est l'actualisation de la différenciation de l'autre ; en reconnaissant son reflet comme sa propre image, l'enfant admet son existence en tant qu'être unique et différencié de l'autre, et en particulier de l'objet maternel dans un premier temps. Au départ, l'enfant perçoit le reflet comme un être réel qu'il essaie d'attraper. Par la suite le reflet est perçu comme une image, image qui n'incarne pas encore l'image de l'enfant lui-même. Enfin, le reflet est assimilé à l'image propre de l'enfant.

Le stade du miroir constitue le passage de l'image d'un corps morcelé à la compréhension de l'unité du corps comme un tout organisé. Le tout organisé est un mouvement, c'est ce que J. de Ajuriaguerra appelait la « *mélodie kinétique* ». Cette mélodie kinétique représente l'aspect harmonieux de l'acte dans son déroulement spatio-temporel.

La constitution du « je » est donc un acte perceptif qui nécessite une médiatisation, l'image du corps propre (dont le reflet est le médiateur). A noter l'importance de la présence de l'autre : c'est la personne derrière qui attribue l'identité de l'enfant à l'image. Plus encore, le stade du miroir ne s'effectue pas nécessairement par le passage réel devant un miroir physique, le reflet de l'enfant dans les yeux de ses parents, de son entourage, participe pleinement de cette constitution. C'est son entourage qui attribue son identité à l'enfant.

Le stade du miroir constitue ainsi un des éléments fondateurs du sentiment d'identité, à mettre en lien avec un sentiment d'unité ! Le fait de se reconnaître, de reconnaître son reflet en tant que personne unique et unifiée pose ainsi les bases de l'identité de la personne.

C'est bien ce sentiment d'identité et d'unité qui est d'ailleurs défaillant dans les psychoses.

- **L'identification de l'autre, l'identification à l'autre**

L'action d'identifier consiste à reconnaître quelque chose ou quelqu'un pour le ranger dans une catégorie de connaissance, le classer pour pouvoir le retrouver, le réutiliser, se l'approprier.

L'identification de l'autre signifie que l'on met l'autre dans une catégorie. Il est difficile de ne pas situer l'autre par rapport à soi. C'est une étape importante, qui sert à faire du connu de l'inconnu. Cette identification peut influencer le processus de communication. Le fait d'identifier l'autre façonne nos conduites sociales.

Cette identification de l'autre est un processus presque automatique avec une influence concrète sur notre attitude, notre posture, notre façon de nous exprimer. En effet, de façon plus ou moins consciente nous adaptons notre comportement en fonction des personnes que l'on rencontre par l'identification que nous en faisons. Ainsi, nous n'avons pas la même posture lorsque nous passons un entretien d'embauche avec un interlocuteur que l'on identifie comme un probable supérieur hiérarchique, qu'avec des proches ou encore avec des enfants...

Ce processus d'identification est donc très dépendant du statut social, de nos représentations, du contexte de la rencontre et de notre propre perception de nous-même par rapport à l'autre.

De façon très concrète, je pourrais illustrer cette notion par rapport au statut de stagiaire. En effet, la rencontre avec le maître de stage, mais également de l'ensemble des équipes soignantes que nous pouvons être amenés à côtoyer, implique une identification de l'ordre de la supériorité hiérarchique, l'autre étant alors détenteur de la pratique clinique et provoquant ainsi une attitude plutôt respectueuse avec des questionnements et un positionnement de recherche et d'apprentissage.

De la même façon, les patients nous identifient en tant que soignants ce qui implique un comportement particulier, différent de celui qu'ils peuvent avoir entre eux. Je pourrais illustrer cela par l'utilisation du « vouvoiement » imposé entre les patients et les soignants à l'Unité pour Malades Difficiles, alors que les patients entre eux n'ont aucune difficultés à utiliser le « tutoiement ».

L'identification à l'autre, selon Laplanche et Pontalis c'est « *un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci, c'est-à-dire l'autre* ». La personnalité de chaque individu se constitue et se différencie par une série d'identifications. C'est un processus d'abord inconscient qui devient progressivement un désir conscient « *d'être comme* » ou « *ne pas être comme* » (contre identification).

Les figures identificatoires sont multiples : parents, modèles divers, groupe d'appartenance...cela se traduit par exemple chez les enfants avec les figures emblématiques, les idoles.

Toutes ces identifications permettent, petit à petit, à l'enfant d'évoluer et de construire les bases de sa personnalité. Cette évolution transparait d'ailleurs souvent à travers les figures identificatoires : personnage du dessin animé, grande sœur ou grand frère, parents ou copain d'école en passant par la célébrité du moment.

Ce processus a quelque chose de l'ordre de la réassurance : il s'agit de trouver en l'autre un aspect que l'on connaît, un point commun qui nous met en confiance et permet d'entrer en relation. En quelque sorte c'est faire de l'inconnu quelque chose de connu, l'inconnu représentant un danger potentiel pour la sécurité autant physique qu'affective. Le connu est alors ici quelque chose de maîtrisable, de gérable !

Cette notion me ramène à une prise en charge que j'ai pu faire dans le cadre d'un stage en cabinet libéral. Alice, 9 ans, est une jeune fille avec une problématique de maltraitance et d'abandon dans un milieu familial précaire, placée en famille d'accueil quelque temps avant notre rencontre. Lors de la première séance, Alice se montre tellement méfiante à mon égard qu'elle est dans l'incapacité de supporter ma présence. Je passe donc la première séance dans la salle d'attente avec l'assistante familiale avec qui je discute notamment de l'histoire de vie de cette jeune fille. J'apprends alors qu'Alice porte un intérêt particulier au football, sport que j'ai moi-même pratiqué pendant de nombreuses années.

Arrivée la séance suivante, Alice ayant appris mon intérêt pour le football m'interroge à ce sujet et me sollicite pour faire quelques échanges pendant la séance. Je citerai alors ces quelques mots qu'elle m'a glissés à l'issue de cette deuxième rencontre : « en fait on est pareilles alors je t'aime bien ! » qui illustrent parfaitement cette nécessité de faire du connu de l'inconnu. En s'accrochant ainsi à une caractéristique commune, cette petite fille trouve un moyen de rendre la rencontre acceptable, l'identification servant de cadre réassurant.

- **La place du social dans la construction de l'identité**

La vie des acteurs sociaux (individus pris dans une globalité) est organisée autour d'activités dominantes, de manière de vivre spécifique que l'on peut introduire par le terme de référents.

Il existe des **référents identitaires** qui peuvent être classés selon différentes catégories. Ainsi, on va parler de **référents écologiques** pour témoigner du climat, du milieu de vie de l'individu...

Les **référénts matériels et physiques** regroupent tout ce qui va être de l'ordre de la possession, l'agencement de l'habitat, les signes distinctifs, les vêtements... les **référénts historiques** sont de l'ordre des origines, des coutumes, ils prennent en compte la naissance, les croyances, les lois et normes trouvant leur source dans le passé... les **référénts culturels** sont représentés par la religion, le code culturel, les modes de vie, les habitudes... enfin, les **référénts psychosociaux** sont tout ce qui va permettre de relier l'individu à la société, son nom, ses différents statuts, son âge, son sexe, sa situation professionnelle, son ou ses rôles sociaux, son affiliation à un groupe...

Lorsqu'on parle d'identité en psychologie sociale et plus largement dans les sciences humaines, il faut inclure les notions de modelage, d'imprégnation et de formation des esprits et des mentalités collectives.

Ces notions de modelage, d'imprégnation et de formation de l'esprit peuvent être reprises au niveau familial. En effet, l'enfant s'imprègne de son environnement, interagit selon ce qu'on lui donne, et c'est son entourage qui va moduler l'interaction, en poser les bases, le cadre, la fréquence, l'intensité... Dans certains cas, on peut parler d'environnement défailant, voire pathologique. Par exemple dans des cas de carences sociales prononcées ou de relations (trop) fusionnelles avec la mère, il n'est pas difficile d'envisager l'impact développemental pour l'enfant. Bien sûr, ceci n'est pas une généralité, mais nous retrouvons souvent des corrélations d'antécédents familiaux ou de situation de précarité sociales ou affective dans l'histoire de vie des patients psychiatriques.

J'ai rencontré M. M au sein d'un Foyer Occupationnel de Jour pour adultes en situation de handicap. En plus de troubles autistiques et de caractéristiques psychotiques de sa personnalité, M. M était un jeune homme en grande difficulté dans la relation à l'autre, parfois intrusif ou au contraire complètement hermétique à tout contact. Son histoire familiale soulevait un lourd passé dans un contexte violent, maltraitant et des abus sexuels à répétition sur M. M par son père. On peut alors penser que cet environnement n'a pas permis à M. M de se structurer de façon harmonieuse et, sans parler de relation causale, a eu un impact sur le mode de relation qu'entretien M. M avec autrui.

Les acteurs sociaux sont fondamentalement influencés dès les premières étapes de leur vie. Avec ces influences, on va parler de **noyaux identitaires** ; ces noyaux vont constituer les individus et déterminer les référents identitaires. De la même façon qu'il existe différents types de référents identitaires, les noyaux identitaires sont de plusieurs types. Le **noyau culturel** inclue tout ce qui est de l'ordre des règles, des coutumes, mœurs et valeurs... c'est la partie intériorisée de la culture à laquelle on se réfère en permanence et de manière inconsciente dans la perception des choses pour les évaluer. Le **noyau groupal** incarne le système culturel du groupe ; tout groupe spécifique a sa culture propre. C'est un système de référence qui va servir de grille de décodage du monde, une sorte de système d'interprétation. Le **noyau individuel** est un autre système de référence représenté par notre propre structure de personnalité et qui va sous-tendre nos actes.

Donc, le système culturel, commun à tous les membres d'une société, et le système affectivo-moteur sont extrêmement liés. En clinique, il sera donc important de situer l'individu dans le groupe pour mieux le connaître et l'appréhender.

3. Le sentiment d'identité

A. Mucchielli⁸ parle de sentiment d'identité ou de conscience de soi. Pour lui cela correspond à l'idée de « *ressentir à l'intérieur de soi* » et « *d'unifier un ensemble d'états éprouvés* ». 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. Cette notion de sentiment d'identité se retrouve à la fois chez l'individu mais aussi pour les sociétés ou encore les cultures.

Ces aspects du sentiment d'identité personnelle sont à mettre en lien avec les nécessités fondamentales ou besoins de la nature humaine : besoin de sensations, besoin de points de repère, besoin de considération (reconnaissance), besoin de possession, besoin de connaissance et besoin d'objectifs.

⁸ A. Mucchielli, né en 1943, sociologue

Pour E. Erikson, en 1968, l'identité n'existe que par ce sentiment d'identité, sentiment qui repose lui-même sur un ensemble de sentiments et de processus. Ainsi, le sentiment subjectif d'unité personnelle, de continuité temporelle, de participation affective, de différence, de conscience ontologique, d'autonomie, de self-control, les processus d'évaluation par rapport à autrui et les processus d'intégration de valeurs et d'identification, sont à la base de ce sentiment d'identité.

Donc l'ensemble de ces approches considère le sentiment d'identité, très largement en lien avec la conscience de soi, comme découlant d'un ensemble de sentiments et de processus d'évaluation et d'intégration-identification.

- **Le sentiment de continuité de l'être de Winnicott**

Selon Winnicott, le sentiment d'identité est à rapprocher du **sentiment de continuité de l'être**, une continuité qui persiste à travers le changement. Chaque individu, par les processus physiologiques de croissance et les différents stades de maturité symbolisés par l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte ou encore la vieillesse, évolue inmanquablement et pourtant reste un être unique. « *L'individu n'est plus identique pourtant il est le même* ».

Cette notion de continuité d'existence contribue donc aux bases même de l'identité du sujet, elle comprend l'enjeu de l'inscription temporelle de chaque individu, la filiation donc l'inscription dans une génération, mais aussi l'inscription dans un mouvement plus large, celui de l'Humanité. Elle fournit les repères temporels mais aussi spatiaux de toute existence ; en effet, en tenant compte du fait que chaque événement se produit dans un espace et un temps donné, il n'est pas difficile de faire des liens avec l'existence de chaque être. Un bébé arrive à un moment donné et s'inscrit dans une lignée qui a sa propre existence dans une certaine époque et une certaine société.

Il apparaît donc évident que de nombreux éléments sont intriqués et indissociables dans le développement de l'identité, l'époque, la société, la culture, l'environnement physique et affectif mais aussi la perception propre de chacun. L'identité est donc une affaire de sens issue d'une contextualisation de soi.

- **Le sentiment d'estime de soi**

Le sentiment d'identité s'accompagne généralement de la notion **d'estime de soi** ; c'est-à-dire le sentiment de la valeur de l'être que l'on est. Ici encore, la notion d'estime de soi ne peut être considérée de façon isolée. C'est tout un contexte physique, culturel, affectif ... qui nourrit les expériences de chacun et renvoie une image plus ou moins positive ou négative engendrant elle-même des sentiments divers (honte, fierté, culpabilité, réussite...). Tout ceci contribue à un investissement narcissique par son entourage puis le sujet lui-même, en corrélation avec un investissement des relations, des actions... *Je ne pourrais citer de manière exhaustive tous les éléments mis en jeu, mais de manière simplifiée ; un enfant arrivant dans une famille stable, avec un statut socio-économique confortable, dans un environnement stimulant et sécurisant lui permettant de mener à bien les différentes expériences sensori-motrices nécessaires à son développement, a de grandes chances de se développer de façon harmonieuse et sereine en se constituant une estime de lui sur des bases solides.* Ceci est bien sûr un exemple bien simpliste mais qui donne un petit aperçu des interrelations existantes dans les différentes sphères identitaires.

Au contraire, en l'absence de ce narcissisme on peut entrer réellement dans les troubles de l'identité. On retrouve en effet bien souvent un passé familiale carencé et précaire chez nombre de patients psychotiques ou déficitaires. Bien sûr, cela ne peut être affirmé comme une vérité absolue mais il est cependant intéressant d'y porter une certaine attention. L'identité apparaît alors comme une forme élaborée du narcissisme, empreinte de subjectivité.

4. La place du corps

Notre corps est, nous l'avons vu, le vecteur de notre relation au monde. Il est ce qu'on donne à voir, notre représentant au monde, porteur des marques de notre histoire. L'identité se fonde sur nos expériences corporelles, notre sensorialité et par le biais des interactions qui viennent mettre en sens ces expériences.

- **Le dialogue tonico-émotionnel**

Nous avons abordé dans les processus de construction de l'identité le corps en tant que support de l'étayage identitaire. C'est bien cet étayage tonique qui va permettre au bébé de se différencier de l'autre. Initialement nommé dialogue tonique par Henri Wallon⁹, Julian de Ajurriaguerra parle de dialogue tonico-émotionnel comme d'un support essentiel au développement de l'enfant. « *Le dialogue tonique jette le sujet tout entier dans la communication affective et ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps... Le dialogue tonique est et reste le langage primaire de l'affectivité* »¹⁰

Le corps sert d'interface d'échange par toutes les modulations toniques qu'il perçoit et émet. C'est bien par ces échanges que la mère et le bébé vont entrer dans un premier mode de communication, en percevant les états de tensions du bébé, la mère va apporter les réponses qu'elle juge adéquates.

Parallèlement, le bébé va percevoir l'état tonique de la personne avec laquelle il est en contact et s'en imprégner. C'est donc tout un enjeu de perception et d'accommodation à l'autre par le biais du tonus qui se met en place. Pour s'approprier son corps, le sujet nécessite donc la présence d'un autre.

Cela peut être illustré en pratique avec l'attitude du thérapeute, le patient s'imprègne du rythme du thérapeute, se raccroche à celui-ci. Ainsi, quelqu'un de calme et détendu aura tendance à communiquer un message serein, contenant et sécurisant. Au contraire, quelqu'un de stressé, avec un seuil tonique élevé transmettra quelque chose qui est plus de l'ordre de l'anxiété, de l'insécurité.

À l'inverse, un patient tendu, angoissé, amène quelque chose de plutôt tonique dans l'échange qui peut influencer le thérapeute. De la même façon, un patient calme contribue à mettre en place un contexte de relation plutôt serein.

9 H. Wallon, 1879-1962, philosophe, psychologue, neuropsychiatre pédagogue et homme politique français

10 De Ajurriaguerra, Manuel de Psychiatrie de l'Enfant, 2^{de} édition, Masson, 1980

A. Bullinger¹¹ parle d'interdépendance des fonctions instrumentales et relationnelles qui fait de l'organisme un « *lieu habité que l'on dénomme corps* ». On perçoit bien ici, au-delà de l'entité physique, la nécessité d'un investissement affectif de l'autre pour amener à un investissement propre au sujet lui-même. Il existe ainsi une certaine répercussion corporelle des états émotionnels.

- **L'identité posturale**

Le corps marque le caractère unique de chaque individu par ses caractéristiques physiques propres, ses perceptions, sa sensibilité... mais également sa posture.

Habiter son corps n'est pas inné, c'est une capacité qui se développe dans la relation à l'autre à partir des éprouvés corporels. Il existe de véritables enjeux des attitudes corporelles dans la relation. En effet, la façon de se tenir, le regard, la modulation de la voix, l'état tonique sont des éléments posturaux qui témoignent de l'identité de la personne.

La posture est empreinte de l'histoire de la personne, de son vécu, de ses expériences, de son éducation. Chacun compose avec ce qu'il a reçu : patrimoine génétique, familial, culturel ont un impact sur la posture du sujet, sa façon de se présenter au monde et d'en recevoir les signaux.

S. Freud évoque aussi la place du corps. Pour lui, le corps est au fondement de la vie psychique : « *le Moi est avant tout corporel* ». Le Moi ne pourrait pas ne structurer sans un appui fondamental sur le corps physique.

Merleau-Ponty, lorsqu'il dit : « *mon corps comme être au monde* » replace le corps dans son rapport existentiel au monde. Il parle de postures habituelles privilégiées qui répondent à des projets du sujet sur le monde qui l'entoure. En fonction d'une situation, d'une intention, la posture sera adaptée, ajustée. Il existe ainsi des postures qui nous permettent une adaptation à l'environnement.

Que l'on soit plutôt tonique avec une apparence sûre, ou moins tonique dans une posture plus discrète, chacun façonne sa posture en fonction de son environnement, de sa façon de voir le monde et de s'y insérer, de son identité.

¹¹ **André Bullinger** (1941 – 2015), professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève a centré ses enseignements et ses recherches fondamentales sur le développement sensori-moteur du jeune enfant.

- **La mémoire du corps**

Notre corps s'imprègne de nos expériences sous tendues par les interactions avec l'environnement. Il sert ainsi de socle identitaire, base physique de l'inscription du sujet dans son identité propre.

Mais alors si le corps peut être atteint dans son intégrité physique en subissant ainsi des répercussions identitaires parfois dramatiques (*exemple des grands brûlés, traumatismes, amputés...*); il peut aussi, au contraire être le support identitaire restant lorsque c'est la personnalité même du sujet qui est défaillante.

Mme M. est une dame âgée de 82 ans que j'ai rencontrée lors d'un stage court en EHPAD. Elle a un passé de danseuse classique à l'Opéra ainsi que de professeur de danse et apparaît comme une dame qui continue à être coquette et élégante. Son dossier évoque une « démence avérée avec déambulation » à laquelle s'ajoute une aphasie marquée par un manque du mot important.

Mme M. est particulièrement sensible à la musique, et les airs entendus lors d'une séance d'écoute musicale ont suscité en elle un plaisir apparent. En effet, l'instant d'une chanson Mme M. s'est levée et nous a livré une interprétation touchante par sa justesse et sa sincérité. Pas un seul mot manquant de cette chanson qu'elle semblait porter en elle, et des pas de danse d'une légèreté et d'une aisance gracieuse, naturels et spontanés. Comme si, l'espace d'un instant, la démence et l'aphasie s'étaient effacées pour laisser ressurgir les souvenirs de Mme M., mémoire affective et émotionnelle atteinte par la musique et (ré)activation de la mémoire procédurale d'une technique inscrite corporellement, témoignage présent de l'identité passée.

Tout au long de son développement, le sujet façonne son corps à l'image de son être au monde, par ses attitudes, ses postures, ses activités... tout cela marque le corps au sens le plus concret du terme et signe une partie de l'identité du sujet et s'intègre sous forme de mémoire corporelle ou mémoire procédurale. Ici, la mémoire du passé, en s'exprimant par le corps, vient constituer un véritable lien identitaire.

Donc l'identité....

Il existe une quantité de définitions possibles de l'identité. Chaque science humaine, en fonction de ses théories de référence, en fonction des concepts qui lui servent à découper le monde, peut proposer une approche spécifique de l'identité.

Si l'on revient au sens premier du terme, on s'aperçoit de l'ambivalence et de la complexité de cette notion pourtant d'apparence simple et accessible. **L'identité est donc le caractère de ce qui est identique, en ce sens, l'identité est pris dans un ensemble** (le groupe, la famille...). **Mais l'identité est aussi incarnée par ce qui est un et unique !**

L'identité est donc un ensemble de significations apposées par des acteurs à l'encontre du groupe, de l'ensemble, sur une réalité objective et subjective.

La **réalité objective** est biologique, c'est l'empreinte génétique, qui inscrit la personne dans le social, elle est assignée par l'extérieur et elle est unique. La **réalité subjective** est la construction telle que l'individu le ressent. Elle est toujours en transformation car les contextes de références sont eux-mêmes en évolution. Elle existe à un moment donné, résultante de processus en lien entre eux.

Je pourrais conclure cette tentative d'éclairer la notion de ce qu'est l'identité en résumant, l'identité est en réalité une affaire de sens, issue d'une contextualisation de soi. C'est donc un lien direct que je peux établir avec la psychomotricité en exprimant que le sentiment d'exister repose sur des informations sensorielles, spatio-temporelles, physiques....

Nos sens nous amènent à des perceptions qui sont mises en lien avec des représentations elles-mêmes liées à notre façon d'être au monde, de percevoir, d'être en relation... dans notre environnement.

Dans cette société en quête de rentabilité, avec des progrès techniques de plus en plus rapides, la question de l'éthique, de la normalité est sans cesse remise en jeu. C'est donc en replaçant cette question de l'identité, de l'éthique de la prise en soin du sujet, dans le contexte de la pathologie mentale, et notamment la schizophrénie, que j'ai choisi d'y questionner l'enjeu de l'approche psychomotrice. Pour cela il me semble nécessaire de s'attacher aux bases même de l'histoire de la pathologie mentale afin de contextualiser les enjeux actuels de l'univers psychiatrique.

CHAPITRE 2

Être ou Avoir : la schizophrénie...

1. Petite histoire de la folie

- ***Chronologie***

La représentation de la maladie mentale n'est pas une entité figée, rigide. Elle est liée aux approches culturelles, sociales, religieuses, morales, des institutions et des courants de pensées. Ce qui est vrai pour une certaine époque, une certaine civilisation, une certaine société, une certaine ethnie est différente pour une autre. La psychiatrie a donc des liens avec la sociologie, l'anthropologie, la philosophie...

De l'aliénation à la maladie mentale, puis aux troubles psychiatriques, l'approche de la folie a évolué au cours du temps. À l'origine, la maladie mentale, considérée comme une malédiction, une possession démoniaque, ce qui peut encore être observé dans certaines tribus de nos jours, connaît aujourd'hui une certaine reconnaissance médicale et sociale.

Dans l'Antiquité les troubles mentaux sont des maladies comme les autres et ont les mêmes causes que les maladies somatiques. À cette époque, les travaux ont tout de même défini une ébauche des maladies mentales :

- La frénésie : folie aiguë avec fièvre et agitation,
- La léthargie : état stuporeux,
- La manie : délire et agitation,
- La mélancolie : tristesse et aversion pour les choses chères.

Au Moyen âge, la maladie mentale est liée à la possession démoniaque et au péché. Les premières institutions « asilaires » pour les fous apparaissent.

De la renaissance au 21ème siècle : en 1656 est fondé l'Hôpital Général de Paris en vue d'enfermer par lettre de cachet de l'autorité royale le plus souvent à la demande des familles : les malades mentaux, les insensés, les mendiants, les prostituées...

M. Foucault apporte sa pierre à l'édifice en disant : « *La constitution de la maladie mentale à la fin du 18ème siècle a dressé le constat d'un dialogue rompu. A partir du moment où l'homme moderne aliène le fou, le fou est aliéné de toute possibilité de dialogue avec un homme raisonnable. Lorsque l'homme raisonnable s'occupe du fou, il s'en occupe à travers le monologue de sa raison* »

Par cette vision, M. Foucault soulève l'enjeu de la relation et plus particulièrement les difficultés à être en relation, ce que nous pouvons trouver aujourd'hui définit en tant que « *pathologie du lien à l'autre* ». Cette définition souligne également selon moi l'enjeu sociétal de la pathologie mentale et l'influence de la stigmatisation, en effet c'est parce que l'Homme moderne aliène le fou que ce dernier est coupé de toute possibilité de dialogue. Il est alors catégorisé, privé de reconnaissance d'aucune forme de raison et destiné à être dépendant de l'homme dit raisonnable.

P. Pinel¹² bouleverse le regard sur les fous (ou « aliénés ») en affirmant qu'ils peuvent être compris et soignés. Il préconise le « *traitement moral* » du malade qui préfigure nos psychothérapies modernes. En 1800, après avoir enlevé les chaînes aux aliénés, P. Pinel écrit une classification des maladies mentales : le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Ce traité diffusé en Europe, marque la naissance de la Psychiatrie qui traite des maladies mentales.

30 juin 1838 **de l'Asile à l'hôpital** : une loi sur les aliénés est instaurée, valide jusqu'en 1990. Elle crée un établissement psychiatrique par département avec une certaine amélioration des conditions des malades. Ils peuvent alors y travailler et avoir des activités rémunérées. Les notions de placement volontaire et placement d'office apparaissent.

Après Pinel, **Kraepelin**¹³ montre un aspect où la maladie s'individualise au regard de son évolution. **La psychose pour lui est une altération profonde de la conscience du sujet (= trouble grave de l'identité) et de son rapport à la réalité.**

Il distingue deux psychoses chroniques :

- la psychose maniaco-dépressive (PMD)
- les démences précoces (elles deviendront les schizophrénies en 1911 avec Bleuler)

Dans l'étiologie : il distingue les maladies exogènes qui sont dues à des causes extérieures, en lien avec les événements de vie et qui sont curables ; des maladies endogènes qui sont dues à des modifications de la personne psychique, à des facteurs psychologiques transmis héréditairement.

12 Philippe PINEL (1745-1826), médecin chef à l'hôpital Bicêtre

13 Kraepelin (1856-1926), psychiatre allemand, pionnier de la psychiatrie scientifique

La psychose maniaco-dépressive et la démence précoce sont deux maladies chroniques et endogènes. Leur évolution est chronique et amène à une dégénérescence. Kraepelin en a un pronostic très mauvais et pense qu'un internement à vie est nécessaire.

On retrouve dans la description des maladies exogènes la place laissée à l'influence environnementale et son potentiel pathologique. Les facteurs endogènes peuvent être mis en lien avec ce que l'on retrouve sous les termes de « structures psychologiques fragiles » ou encore de critères pré-déterminants, de personnalité prédisposées.

S. Freud développe, à la fin du 19ème siècle, ses études sur les premiers cas d'hystérie auprès de JM Charcot. Il définit également la névrose ainsi que les notions de transfert et contre transfert. *L'objectif d'une psychanalyse consiste à ce moment, entre autre, à harmoniser ça et surmoi de manière à ce que le sujet (le moi) ne soit plus fragilisé par leur lutte incessante.*

Dans les années 1960 les mouvements de l'antipsychiatrie soutiennent l'idée que l'asile devrait disparaître et les malades devraient retrouver tous leurs droits de citoyen dans une société qui pourrait les accueillir et prendre en compte leurs potentialités créatrices. La psychiatrie est une institution non pas médicale, mais plutôt politique et/ou religieuse médicalisée s'attachant à résoudre non pas les problèmes ou les maux des patients qu'elle traite, mais bien les problèmes posés à la collectivité par le comportement de ces mêmes patients, et ce au moyen de procédés coercitifs (internements, traitements, mensonges) contraires aux principes de l'État de droit. Pour l'antipsychiatrie, la psychiatrie pose la question de la « relativité du normal et du pathologique », dichotomie « sain »/« pathologique » qui institue la notion de « norme »

- **Approche catégorielle des troubles psychiatriques**

La CIM et le DSM¹⁴ définissent la nosographie des troubles psychiatriques :

- les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, l'épisode maniaque, différents type de dépression, les troubles bipolaires)
- les troubles anxieux (la phobie sociale, les phobies spécifiques, le trouble panique, le syndrome de stress post traumatique avec différents symptômes comme l'agoraphobie ou syndrome comme les attaques de paniques)

14 Classification Internationale des Maladies & Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

- la schizophrénie
- les troubles de la personnalité
- la dépendance

En conclusion, la représentation de la maladie mentale est différente au cours de l'histoire. Elle évolue ainsi de l'idée de la possession diabolique, à l'aliénation mentale pour arriver à la notion de maladie mentale avant de parler de troubles psychiatriques selon les différentes sociétés et cultures.

Petit à petit, des causes à la maladie mentale ont alors été recherchées : dans l'histoire de l'enfant avec l'approche psychanalytique, à travers les neurosciences, la neuro-imagerie et la génétique. Puis des prises en charge de différentes natures ont été mises en œuvre : physique avec l'électroconvulsivo thérapie (ECT), médicamenteuse avec l'utilisation des psychotropes, par un espace de parole avec la psychanalyse, avec des psychothérapie de formes diverses (individuelle, de groupes, sous hypnose...), ou avec objectif à atteindre, encadrée dans le temps avec les thérapies cognitivo-comportementales.

La psychiatrie contemporaine s'appuie sur le modèle bio-psycho-social : la maladie mentale se retrouve à la conjonction d'une fragilité biologique, d'une faille dans l'aménagement défensif, et de l'influence de l'environnement social.

2. La schizophrénie, un exemple de psychose de l'adulte

Le terme «schizophrénie» a été proposé pour la première fois, en 1908, par Eugène Bleuler, un psychiatre zurichois qui contestait le terme de «démence précoce» de Kraepelin utilisé jusqu'alors. Il provient du grec «σχίζειν» (schizein), signifiant fractionnement, et «φρήν» (phrèn), désignant l'esprit.

Appartenant au groupe des psychoses, la schizophrénie se manifeste par une perte de contact avec la réalité et une anosognosie, c'est-à-dire que la personne qui en souffre n'a pas conscience de sa maladie (tout du moins pendant les périodes aiguës). Cette particularité rend difficile l'acceptation du diagnostic par la personne schizophrène et son respect du traitement.

La schizophrénie s'accompagne aussi généralement d'une altération profonde du fonctionnement cognitif et social, de l'hygiène, de la régulation des émotions, de la capacité à entreprendre ou planifier des actions centrées sur des buts. Ce trouble apparaît généralement au début de l'âge adulte et affecte environ 1 % de la population. Elle représente « *la grande énigme de la psychiatrie* »¹⁵. D'ailleurs, plutôt que de parler de la schizophrénie, nombreux ouvrages parlent préférentiellement du groupe des schizophrénies.

Le terme de psychose désigne en fait tout un groupe de troubles mentaux, en général sévères, caractérisés par l'altération de l'expérience de la réalité ; cette réalité étant remaniée pour apparaître sous forme modifiée, le délire.

Ainsi, les schizophrénies sont des psychoses chroniques caractérisées par l'association d'un syndrome dissociatif et d'un syndrome délirant. On parle également, pour désigner cela, de symptômes positifs (ou excédentaires) et de symptômes négatifs (ou déficitaires). Ces deux aspects sont présents en proportions variables selon les formes cliniques et les phases d'évolution de la maladie.

- **Sémiologie**

Le **syndrome dissociatif** ou dissociation est spécifique des schizophrénies, c'est une désorganisation de la personnalité qui a perdu son unité. Cette désorganisation se retrouve sous différents aspects (ambivalence, bizarrerie, détachement) et s'étend à tous les domaines (processus de pensée (cognitif), affectif et comportemental).

On parle alors de symptômes négatifs ou déficitaires car ils reflètent le déclin des fonctions cognitives normales et se traduisent par une altération des fonctions cognitives complexes d'intégration : altération des fonctions mnésiques, difficultés de concentration, pauvreté du langage spontané...

15 P.PICHOT, neuropsychiatre auteur de textes médicaux

Les troubles cognitifs, touchant les processus de pensée, peuvent se retrouver sous forme de troubles du cours de la pensée ou de troubles de langage. Dans le premier cas, la pensée est désordonnée, chaotique et floue. Le cours de la pensée est discontinu dans son déroulement, par moment ralenti voir même suspendu, les règles de la logique formelle sont ignorées.

Lorsqu'il y a des troubles du langage, la communication verbale peut s'en trouver très difficile avec des moments de mutisme, des bizarreries dans le langage touchant le débit verbal (ralentissement, bredouillages...), les mots (modifiés dans leur forme ou leur sens... paralogisme), l'utilisation de rationalisations pseudo logiques ou scientifiques.

Les troubles affectifs se retrouvent sous diverses formes, l'affectivité étant perturbée tant intérieurement que dans son expression. On peut ainsi se retrouver face à une certaine **indifférence affective** avec une froideur apparente, comme si la personne était insensible à ce qui lui arrivait. Les schizophrénies peuvent également engendrer des réactions émotionnelles inadaptées avec une expression paradoxale de l'humeur (parasitisme mimique : rire quand il est triste/ rire immotivé).

L'indifférence affective de Mr C m'est apparue, lorsqu'au détour d'un couloir, j'ai pu l'entendre qui effectuait un classement dans l'horreur des actes meurtriers de certains patients en évoquant ses passages à l'acte (viols à répétition) comme des actes presque anodins, sans réelle conséquence. L'absence de tout affect dans ce discours contrastait alors avec la gravité des faits évoqués.

Des troubles du comportement peuvent se développer sous forme de troubles psychomoteurs, d'actes désorganisés avec des répercussions sur les conduites sociales. Les troubles psychomoteurs apparaissent de façon relativement évidente à l'observation générale, réalisant un syndrome catatonique. Ce syndrome se traduit par des attitudes de retrait voir de refus du contact, des comportements stéréotypés (arpentés interminablement les couloirs..), une certaine inertie avec une **perte de l'initiative motrice** et des attitudes bizarres. A l'extrême, on peut se retrouver face à un état stuporeux voir grabataire, pouvant parfois faire place à des accès de fureur (crises clastiques).

Les actes désorganisés sont de différentes formes, pouvant être absurdes ou au contraire des comportements maniérés, on peut aussi observer l'existence d'impulsions, sources d'hétéro ou d'auto-agressivité. L'isolement progressif engendré par la schizophrénie, avec un retrait du monde et un repli de la personne sur elle-même ont des répercussions directes sur les conduites sociales, entraînant une certaine désadaptation, qu'elle soit familiale, scolaire ou professionnelle. Le rejet des différents groupes aboutissant à une vie marginale pouvant aller jusqu'à des situations de grande précarité (des études s'accordent sur le fait que nombre de personnes sans domicile fixe sont des schizophrènes, la question de la cause ou de la conséquence étant largement débattue).

Les déambulations aléatoires et continuelles des patients dans les unités de vie mettent en avant cette désorganisation sociale et la désadaptation progressive. La perte d'initiative motrice, la perte d'intérêt sont autant de facteurs qui contribuent à l'isolement des personnes. Ce retrait passe également par les attitudes (s'asseoir par terre, ne pas prendre en compte la présence des autres...) et la tenue vestimentaire. En effet, si certains patients prêtent attention à leur tenue et ont à cœur de garder leurs vêtements personnels, d'autres ne montrent aucun signe d'intérêt quel qu'il soit à maintenir une certaine « décence » vestimentaire, semblant totalement désinvestir les codes sociaux.

Nombreux symptômes négatifs peuvent ainsi être recensés. **L'aboulie** qui peut être décrite comme un déficit de la volonté, une perte de la motivation causée par la maladie, et à ne pas confondre avec une forme de paresse, et souvent en lien avec une forme **d'anergie** ou perte d'énergie pathologique. Également **l'anhédonie** où incapacité à éprouver du plaisir, **l'apathie** ou incapacité à réagir, **l'apragmatisme** qui est un déficit dans la capacité à entreprendre des actions ou encore **l'incurie** qui est consécutive à l'impossibilité à s'occuper de soi...

Les symptômes négatifs sont les plus résistants aux différents traitements d'actualité, ce sont, par conséquent, les principales cibles des traitements non médicamenteux. Ces symptômes négatifs ont des conséquences beaucoup plus délétères et handicapantes sur la qualité de vie des personnes schizophrènes que les symptômes positifs et affectent plus fortement leur entourage.

Le **syndrome délirant** quant à lui constitue plutôt le versant dit positif ou productif de la maladie. Il amène le sujet dans des vécus d'expériences angoissantes d'étrangeté au monde, avec des sentiments de déréalisation, ou d'étrangeté à soi, sous forme de sentiment de dépersonnalisation.

Le délire est dit paranoïde et les thèmes délirants sont divers avec une certaine prédominance à titre de persécution, d'empoisonnement ou de possession. Mais on retrouve aussi des délires de grandeur, de puissance, des thématiques mystiques de rencontre avec Dieu ou des récits de transformation corporelle ou sexuelle.

De même, les mécanismes délirants sont de plusieurs ordres, sous forme d'intuition ou d'interprétation, de productions imaginaires délirantes... mais ce sont surtout des hallucinations sensorielles (surtout auditive) et corporelles, ou sous forme d'automatisme mental (voix intérieur, commentaire des actes, vol de pensées, idées imposées...) ou encore un syndrome d'influence avec emprise de l'autre sur soi.

Mr X est un patient de l'Unité pour Malades Difficiles que je croise régulièrement lors de mon stage. Ce n'est pas un patient suivi en psychomotricité mais il participe à différentes activités thérapeutiques au sein du Pôle Ergothérapie. Mr X est un patient très envahit, il semble régulièrement absent, absorbé par autre chose avec des idées délirantes poly-thématiques dans une tonalité paranoïde selon son dossier. Parmi ses idées délirantes à thème d'érotomanie, de filiation, de mégalomanie... une m'a particulièrement interpellée ; en effet à son admission à l'UMD, Mr X était alors persuadé d'être une femme, d'avoir un vagin et d'être enceinte. On retrouve bien ici un récit délirant de transformation corporelle et sexuelle.

Ces symptômes se manifestent habituellement au début de l'âge adulte, et répondent positivement aux traitements pharmaceutiques. Ces symptômes sont ajoutés au fonctionnement normal de l'individu (ils sont en plus). Le terme « positif » ne veut pas dire qu'ils soient de bon ou de mauvais pronostic.

Des agissements bizarres peuvent également être perçus, par exemple fermer les stores de la maison par crainte d'être espionné, collectionner des objets de façon hystérique. La pensée du malade manque de fluidité et de flexibilité. Ses discours et ses comportements sont répétitifs, rigides. Le malade a du mal à fournir une pensée abstraite. Il a tendance à interpréter de façon erronée, ou selon des critères personnels des concepts abstraits.

- **Les principales formes cliniques**

On retrouve habituellement en clinique différentes formes de schizophrénies. Les quatre formes principales étant : la schizophrénie paranoïde, la schizophrénie hébéphrénique, la schizophrénie catatonique et la schizophrénie simple. D'autres formes ont pu être mises en évidence, telles que la schizophrénie dysthymique, les formes pseudo psychopathique ou pseudo névrotique, la schizophrénie indifférenciée..., mais ne seront pas développées dans cet écrit.

Schizophrénie paranoïde : C'est la forme la plus fréquente et reconnue comme la plus productive d'un point de vue symptomatologique avec, en premier plan le délire paranoïde. La schizophrénie paranoïde semble survenir plus tardivement que les autres formes et s'installe souvent dans les suites d'un, ou plusieurs, accès délirants aigus. Cette forme répond de façon positive aux traitements neuroleptiques et évolue habituellement par poussées, alternance entre phases délirantes aiguës et phases de rémission partielle. Elle est répertoriée dans la CIM-10 et dans le DSM-IV-TR.

Schizophrénie hébéphrénique : Initialement décrite par Hecker¹⁶, elle représenterait 20% des formes de schizophrénie. Elle débute chez le sujet jeune ou l'adolescent (et doit son nom à Hébédéesse grecque de la jeunesse). Le tableau clinique est dominé par le retrait social, la perte d'intérêt, l'apathie, l'indifférence affective, l'aboulie... avec un début insidieux et une évolution chronique. Le délire, bien que fréquent, n'est pas au premier plan, et le patient ne l'exprime pas spontanément.

¹⁶ Ewald Hecker (1843, 1909) , psychiatre allemande qui fut une figure importante dans les premiers temps de la psychiatrie moderne. Il est notamment connu pour ses recherches avec son mentor, le psychiatre Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899).

Cette forme déficitaire est souvent la plus rebelle aux traitements neuroleptiques et évolue vers un appauvrissement intellectuel et relationnel et donc une désinsertion psychosociale majeure. Répertoriée en l'état dans la CIM-10, elle est appelée schizophrénie désorganisée dans le DSM-IV-TR.

Schizophrénie catatonique : Cette forme se caractérise cliniquement par la prédominance d'un syndrome dissociatif, notamment psychomoteur avec négativisme, troubles moteurs (stéréotypies, échopraxies...), inertie maniérisme, par des phases de mutisme... le pronostic évolutif de ces formes semble être le plus péjoratif de toutes les schizophrénies. Fréquente au début du 20ème siècle, elle semble être devenue exceptionnelle à l'heure actuelle. La schizophrénie catatonique est répertoriée dans la CIM-10 et dans le DSM-IV-TR.

La schizophrénie simple : La schizophrénie a initialement été décrite par Bleuler, son existence est aujourd'hui discutée. Elle se caractériserait par une installation progressive et insidieuse d'un affaiblissement intellectuel et affectif, une perte de la volonté, une diminution des capacités à travailler et à veiller sur ses propres besoins. L'existence de cette forme fut discutée par Bleuler lui-même, voyant dans sa constitution plus un intérêt théorique que clinique. Elle est répertoriée dans la CIM-10 mais ne figure pas dans le DSM-IV-TR.

- **Traitement**

Le traitement pharmacologique repose essentiellement sur les neuroleptiques ou antipsychotiques. Ces médicaments sont au centre de la prise en charge car ils représentent le seul traitement efficace de la plupart des symptômes. Ils permettent à la fois le traitement de la phase aiguë et la prévention des rechutes. Ils ne guérissent pas la maladie, ils contribuent à une amélioration clinique en atténuant quelques symptômes. Ils présentent des effets secondaires dont certains sont corrigés par des traitements dits « correcteurs ». Ils peuvent être associés à d'autres psychotropes (par exemple : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs). Le traitement médicamenteux est un élément généralement indispensable mais pas suffisant et s'inscrit dans un processus de soin complexe.

Le traitement de la schizophrénie ne peut se réduire à l'emploi d'une seule méthode thérapeutique. Les psychotropes sont associés à des mesures non pharmacologiques visant à favoriser l'observance, à rendre acceptable le vécu du patient et à palier ses déficiences (restauration cognitive, amélioration des compétences sociales, réinsertion socio-professionnelle). Le traitement comprend généralement un volet socio-thérapeutique. ***Il est donc pharmaco-psycho-social.***

Différentes approches paramédicales et psycho-sociales contribuent aujourd'hui à l'accompagnement des patients schizophrènes. Ainsi, de la psychothérapie individuelle ou en groupe, en passant par une pratique corporelle, sportive ou artistique... tout un maillage professionnel se constitue au tour de la personne dans un objectif de prise en charge globalisée. Le traitement doit être initié le plus tôt possible, plus tardif il est, moins le pronostic est favorable : la rémission moins nette et plus longue à obtenir. De plus il est important de ne pas appliquer de façon stéréotypée une procédure de soin : le traitement de chaque patient doit être adapté à ses propres troubles. Il faut coordonner l'intervention de plusieurs catégories de professionnels.

Nous verrons en quoi la psychomotricité est tout à fait légitime au sein de cette approche non médicamenteuse.

L'hospitalisation apparaît comme une mesure nécessaire notamment dans la prévention du risque suicidaire ou homicidaire (surveillance permanente du comportement et suppression des objets dangereux). Également dans la nécessité de traiter rapidement des symptômes aigus ne permettant pas le maintien dans la communauté.

Elle permet l'établissement du diagnostic et l'évaluation des troubles par l'observation, ainsi que l'instauration d'un traitement psychotrope (surveillance appropriée et traitement des effets indésirables). La désorganisation majeure du comportement est aussi un motif d'hospitalisation (assistance pour les besoins élémentaires : alimentation, toilette, habillement). Elle permet alors l'établissement de liens entre l'équipe de soin et le patient (dont les troubles affectifs ne facilitent pas cela), qui favoriseront la prise en charge ultérieure et la séparation transitoire du patient et de son environnement (qui peut s'avérer parfois en tant que facteur aggravant).

L'hospitalisation vise alors une diminution de la symptomatologie par une observation fine du comportement du patient et de ses interactions avec les autres. Elle permet également une surveillance de l'observance de la prise du traitement, de son efficacité et de la tolérance du patient. Ce passage par l'hospitalisation permet enfin l'instauration d'une relation thérapeutique. L'environnement hospitalier, caractérisé par des règles précises de fonctionnement, les limites physiques qu'il procure au patient et l'attitude rassurante des soignants a un rôle structurant en soi.

- **Observance thérapeutique et patients chimio-résistants**

Il y a une réelle nécessité de lutter contre le défaut d'observance suscité par le déni des troubles. Un certain nombre de patients sont non observant, d'où la nécessité de réfléchir sur ce défaut d'observance. La mauvaise observance est la première cause de rechute dans la schizophrénie.

Différents facteurs sont impliqués dans cette mauvaise observance thérapeutique : déni de la maladie, croyances négatives liées au traitement, effets indésirables des neuroleptiques (les patients invoquent le syndrome parkinsonien, les troubles sexuels et la prise de poids), isolement social, attitude familiale négative à l'égard du traitement, manque d'information appropriée quant à la nature de la maladie et aux bénéfices attendus du traitement.

Les autres causes de rechutes sont caractérisées par l'évolution propre de la maladie, des facteurs pharmacologiques (dose minimale efficace), des facteurs psycho-sociaux (environnement pathologique), la consommation d'alcool ou de drogues...

Par ailleurs, les comportements violents peuvent être considérés comme des symptômes chez le patient et témoigner de l'inefficacité du traitement prescrit ou de sa mauvaise tolérance, d'où l'importance de prendre en compte l'histoire thérapeutique du sujet et de réévaluer les traitements régulièrement.

Enfin, l'association d'un abus de substance et de la schizophrénie, ou celle d'une personnalité borderline ou psychopathique avec la schizophrénie accroît la dangerosité. Il apparaît donc important de traiter les addictions et l'alcoolisme des patients parallèlement à leurs pathologies mentales.

Nombreux exemples viennent appuyer cette aggravation des risques en lien avec l'abus de consommation de substances psychotropes. Mr X, hospitalisé d'office à l'UMD il y a une dizaine d'année, est l'auteur d'un double homicide. Schizophrène, reconnu irresponsable pénalement de ses actes, il était alors sous l'emprise avérée du cannabis ce qui aurait contribué au maintien du contexte délirant.

Les patients violents ou présentant une dangerosité persistante sont souvent qualifiés de patients difficiles. Une grande partie d'entre eux est représentée par des patients schizophrènes chimio-résistants.

En résumé, que les patients soient chimio-résistants ou non, l'observance du traitement est indispensable pour, dans le meilleur des cas, aboutir à un état stabilisé. La schizophrénie étant une maladie d'évolution chronique, il n'y a pas d'espoir de rémission totale. Heureusement, les progrès de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse permettent à de nombreux patients de retrouver une situation de vie adaptée à la société.

Le traitement de la schizophrénie doit intégrer plusieurs modalités thérapeutiques. Les antipsychotiques sont un des éléments essentiels du traitement, mais pas le seul. Ils ont à la fois un rôle curatif et de prévention des rechutes. Ils doivent souvent être prescrits au long cours. Il faut s'efforcer d'obtenir une prise de conscience minimale quant à l'utilité des médicaments, gage d'observance et d'implication dans le traitement. Une réinsertion socio-professionnelle est généralement indispensable.

3. Vivre avec une schizophrénie

- **Impact pharmacologique**

Le traitement neuroleptique entraîne une certaine indifférence psychomotrice (impacte sur le dialogue tonico-émotionnel), une diminution de l'agressivité et de l'agitation, la réduction des symptômes psychotiques aigus ou chroniques (diminution ou disparition des hallucinations et du délire), des effets neurologiques et neurovégétatifs, des effets sous-corticaux prédominants. L'action sédatrice précède l'action anti-délirante.

Les effets indésirables (EI) sont de plusieurs ordres : **Neurovégétatifs** (hypotension, sécheresse buccale, dysurie, glaucome aigu, syndrome malin), **Neurologiques** (Dyskinésies aiguës, syndrome parkinsonien, akathisie, dyskinésies tardives, épilepsie), **Psychiques** (sédation, confusion, anxiété, indifférence psychomotrice, dépression), **Endocriniens** et **métaboliques** (prise de poids, diabète, hyponatrémie de dilution), **Sexuels** (impuissance, frigidité), **Cardiaques...**

- **Impact social**

L'univers de la psychiatrie est chargé de références et de fantasmes dans l'inconscient collectif. De nombreuses études ont démontré l'influence de la stigmatisation sur l'estime de soi des patients atteints de troubles psychiatriques, en particulier chez les sujets schizophrènes. Les personnes atteintes de pathologie psychiatrique véhiculent une image de dangerosité et de peur (Roelandt, 2010).

Le concept de stigmatisation a été défini comme étant « *la réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants* » (Goffman, 1975). Le stigmatisme se construit à travers ce que E. Goffman¹⁷ nomme l'identité sociale virtuelle. Elle correspond aux caractéristiques que nous prêtons à une catégorie de personnes (ici les « malades mentaux »), alors que l'identité sociale réelle correspond au véritable profil de la personne. Le stigmatisme représente alors un « désaccord particulier entre les identités sociales virtuelles et réelles ».

¹⁷ E. Goffman, 1922-1982, sociologue et linguiste américain

N. Sartorius¹⁸ en 2002 explique que la stigmatisation amène à l'auto-stigmatisation à travers un cercle vicieux où l'individu subit la discrimination et intègre les étiquettes qu'on lui donne. L'auto-stigmatisation est la « *réaction de l'individu appartenant à un groupe stigmatisé et qui retourne l'attitude stigmatisante contre lui* » (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2004). Selon Corrigan (2005), le sujet retournerait contre lui trois types d'attitudes : les stéréotypes, les préjugés et la discrimination. L'auto-stigmatisation aura différentes conséquences sur le fonctionnement du sujet, notamment un impact négatif sur l'estime de soi.

Dans le cas de la maladie mentale, la stigmatisation de la part de la société est historique, ancrée dans l'inconscient collectif. En France, au 17^{ème} siècle, commence ce que Foucault appellera le « grand enfermement » soit la mise à l'écart et le contrôle social des « anormaux et des fous ». Il faudra attendre les années 1960 pour que la psychiatrie connaisse sa grande révolution quittant ce que l'on appelait « l'asile » pour la ville avec des services de soins au plus près de la population. « *on est passé d'un modèle carcéral à une intégration dans la cité d'un aliéné devenu citoyen* » (OMS, 2008). Les stigmates de la maladie mentale sont toujours véhiculés au sein de la société via les médias et la désinformation de la population.

La schizophrénie est une pathologie fréquente, grave et universelle. Il s'agit donc d'un problème majeur de santé publique. La schizophrénie est massivement relayée par les médias qui donnent une image abusive du schizophrène, qui en font un personnage plus qu'une personne. Cette maladie est mal connue par la société actuelle. En effet, le terme « schizophrénie » est souvent utilisé, à tort, pour désigner une personne ou une entité aux multiples facettes, parfois antagonistes.

- **Répercussions identitaires**

Si je tente de résumer, la schizophrénie se caractérise par une rupture de contact avec le monde environnant, un retrait de la réalité ainsi que des distorsions de la pensée et de la perception. Ces désordres entraînent une **altération des fonctions qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie.**

18 Ancien directeur de la division de santé mentale de l'OMS

La schizophrénie par ses symptômes, les répercussions psycho-corporelles du traitement pharmacologique ou encore les enjeux de la stigmatisation, vient envahir le sujet dans son identité propre. Cette pathologie, angoissante et dévalorisante, évolue de manière chronique avec **détérioration de la personnalité et désadaptation psychosociale majeure**.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. La souffrance psychique vient perturber le sujet dans la globalité de son être, de ses rapports au monde, on est face à une véritable déstructuration psycho-corporelle.

La maladie pose la question de la continuité du sujet. Elle offre l'expérience d'une identité fragile. ***Jusqu'où peut-on considérer que le sujet est encore lui-même ?*** « *La maladie est comme un tiers qui fait écran dans la relation que le sujet entretient avec soi-même. Le malade n'est plus le sujet de sa propre existence, il est exproprié par la maladie, étranger à sa propre vie* »¹⁹

Être malade ? Ou avoir une maladie ?

L'individu malade fait l'expérience d'une violence faite au corps mais également une violence symbolique des discours, des regards et des jugements qui lui sont infligés par la société et les soignants.

La relation à soi comme la relation à l'environnement sont mises à mal. C'est l'identité même de la personne qui s'estompe au profit de l'expression symptomatique de la maladie.

Il existe donc réellement une problématique identitaire dans la schizophrénie. L'identité des patients schizophrènes étant souvent considérée comme déficiente, mais plongée dans le tourbillon psychotique, cette identité semble plutôt suspendue, syncopée. La psychose entrave le maintien de la continuité de soi, la personne semble bloquée dans un espace temps particulier, entre présent et devenir, coupée de son histoire passée et inaccessible à un futur quelconque.

19 La Maladie et l'Identité, Santé Mentale n°191, p82-86

A. Tatossian²⁰ dit, à propos de l'identité humaine que son secret est « *qu'elle peut et doit être racontable, même si on ne sait qu'au dernier moment de vie, à la dernière ligne du récit, qui était vraiment le héros* ».

L'identité du patient schizophrène semble bloquée dans sa propre intrigue avec une grande difficulté dans l'élaboration d'un récit de sa propre histoire. Cependant, cette suspension narrative n'est en aucun cas un état, et dans les modulations de l'évolution de la maladie, dans ses moments de « calme », les patients, par différents procédés vont tenter de reconstruire la narration au sein de leur propre histoire.

Dans ces moments d'accessibilité, peut-on soulever la question de la **place de l'alliance thérapeutique dans la reconquête identitaire ?**

Permettre à l'autre un vécu d'expériences, utiliser cette relation comme un ancrage véritable au monde commun, une « reconnexion » à la réalité, aux autres... autant d'éléments clés dans la restitution de l'identité propre du sujet. Bien que masquée, voire parfois envahie, par la pathologie, l'identité s'inscrit dans et par le corps, elle s'y exprime par les postures, les réactions toniques, les gestes inscrits dans la mémoire corporelle... on pourrait également considérer une certaine mémoire sensorielle qui, par le plaisir éprouvé à effectuer une certaine action va permettre au sujet de remettre en lien vécus corporel et émotionnel.

« Parfois l'identité ressurgit par bribes au milieu d'un corps qu'elle semble avoir abandonné »²¹

Par son rapport au corps, la psychomotricité approche au plus près les enjeux corporels et émotionnels de cette identité malade en s'intéressant au sujet en souffrance sans être obnubilée par la symptomatologie de la maladie.

20 A. Tatossian, 1929-1995, professeur de psychiatrie

21 La Maladie et l'Identité, Santé Mentale n°191, p82-86

CHAPITRE 3

Quand la psychomotricité rencontre la schizophrénie ; enjeux d'une relation thé- rapeutique

Si l'on reprend les termes de Catherine POTEL²² « *la psychomotricité est un dispositif de soin thérapeutique qui s'intéresse, en tout premier lieu, aux fondations d'une construction de la plus haute importance, un sujet humain. La mise en place de ces fondations constitue la condition indispensable d'une intériorité psychique.* »

« *C'est l'intrication profonde entre, d'une part l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, d'autre part la fonction contenant de l'enveloppe qui va constituer le socle, la structure de l'identité psycho-corporelle du sujet.* »

C'est dans cette intrication que se trouve la raison d'être d'une thérapie psychomotrice, s'adressant non seulement aux fonctions (instrumentales et constitutionnelles de repères) mais aussi à leur inscription symbolique essentielle pour le psychisme. L'exercice le plus difficile, en tant que psychomotricien, est de conserver les atouts humains et relationnels que nous offre la mise en jeu de nos éprouvés psychomoteurs, tout en définissant et en objectivant le plus possible nos approches avec rigueur.

La compréhension des modalités évolutives des pathologies psychiatriques sévères bénéficie ces dernières années de l'éclairage d'approches centrées sur la personne. L'évolution de la personne est alors distinguée de l'évolution de la maladie. Bien qu'elles soient très intimement liées, la personne en tant que sujet est placée au centre de la prise en soin.

Le modèle du « rétablissement » de Corrigan & Penn²³ (1998), à son niveau le plus basique, postule que le handicap psychique ne constitue seulement qu'un aspect de la personne. Le rétablissement d'un trouble est alors différent de la rémission des symptômes ou des déficits mais il incarne un mode de dégagement de la condition de « *malade psychiatrique* ». Cette condition amène à des notions d'institutionnalisation et de stigmatisation.

L'enjeu va être de reconnaître la maladie comme une partie du sujet mais non comme résumant le sujet. L'identité ne se résumant pas au statut de malade psychiatrique.

22 C.POTEL, Être psychomotricien

23 Schizophrénie : guérir, se remettre, se rétablir ? M.BRICE, N.FRANC, Santé Mentale n°191, p40-42

1. L'identité dans la pratique psychomotrice

L'identité naît et se nourrit de la relation. Sous le regard de l'autre, dans un échange tonique et une écoute corporelle allant au-delà des mots. C'est la base du concept développé par Julian De Ajurriaguerra lorsqu'il parle du « dialogue tonico-émotionnel »²⁴.

La psychomotricité, métier de la relation, utilise l'approche relationnelle comme premier outil de la prise de contact avec les sujets. **Le psychomotricien utilise la prise de conscience corporelle, par différentes médiations, pour participer à ce maintien identitaire.**

En accompagnant la personne dans un réinvestissement corporel, la psychomotricité considère le sujet dans sa globalité et lui proposant un regard différent dans lequel il peut se reconnaître comme sujet unique. Parce que le corps n'est pas un donné : il se construit, se déconstruit, s'abîme, se fait et se défait constamment, c'est un processus.

Le corps s'édifie et cette construction psycho-corporelle est celle aussi de l'identification qui est un processus qui conduit à l'identité au moyen de la relation et de l'interaction avec autrui et le milieu. La conscience de soi s'étaye sur le vécu corporel (c'est la dynamique de l'homéostasie qui cherche sans cesse l'équilibre).

*« Au travers des activités ludiques, c'est toute l'expression du corps et sa fonctionnalité qui se déploient au service d'une maturation et d'une construction « d'être soi ». Ainsi, si le psychomotricien est concerné par les acquisitions, les expériences, les structurations, il est, de fait, du côté de la construction identitaire, étant donné la portée symbolique des engagements corporels. »*²⁵

Habiter son corps n'est pas inné, c'est une capacité qui se développe dans la relation à l'autre à partir des éprouvés corporels, c'est ce que développe Winnicott lorsqu'il parle de la « mère suffisamment bonne ».

24 Définition dans le Chapitre 1, 4- La place du corps

25 C.POTEL, Être psychomotricien, p369

Lorsque la fonction familiale n'a pas pu fournir à l'enfant les bases permettant d'accéder à sa construction identitaire propre, une prise en charge en psychomotricité peut venir pallier ce manque. Les objectifs ne sont pas alors du côté de la réparation ou de la compensation mais bien d'un travail autour de l'acceptation, de l'adaptation du fonctionnement de la personne.

En pratique psychomotrice, des propositions sensorielles nous permettent d'étayer l'unité du corps, l'identité et la subjectivité fragile du patient.

Ainsi, c'est peut être en maintenant ou en retrouvant une expérience corporelle agréable que la personne va pouvoir continuer à se structurer et/ou retrouver la confiance et la prise d'initiative indispensables à son autonomie et au maintien de son identité. Autonomie et identité qui sont d'ailleurs au cœur de la démarche d'accompagnement thérapeutique.

2. L'identité du thérapeute

- **Se rencontrer soi-même pour rencontrer l'autre**

Par son engagement corporel, le psychomotricien se doit d'être authentique dans la relation à l'autre. La qualité de sa présence, l'écoute, la disponibilité, sont autant de caractéristiques indispensables dans la prise en charge. Or, la présence authentique n'est pas chose aisée et nécessite un réel travail du thérapeute, une réflexion sur lui-même, sur sa propre identité et sur l'enjeu de chaque rencontre avec sa charge émotionnelle propre.

« Être présent de façon authentique suppose donc un entraînement. Dans toute relation, notamment dans l'accompagnement d'une personne en souffrance, la juste présence est faite d'une motivation bienveillante, d'une attention à soi, et d'une intelligence dans l'écoute : il s'agit de permettre à l'autre de trouver son autonomie dans une relation de soutien. »²⁶

26 Anila TRINLE, *La présence, un savoir être à cultiver*, RABBEL éditions

L'enjeu est d'accompagner la personne avec ses difficultés mais également ses capacités, en tenant compte de nos propres difficultés et capacités. Chaque rencontre est différente et soulève un enjeu émotionnel, une implication nouvelle qui nécessite une grande capacité d'écoute et d'adaptation.

Pour accueillir la personne en souffrance, le psychomotricien doit être avant tout capable de s'écouter lui-même et d'identifier ses états en fonction du moment, de la personne rencontrée, de ce qu'elle lui renvoie sur un plan émotionnel. Cela ne signifie pas que le psychomotricien est infaillible, mais il doit être capable de mettre des mots sur ses ressentis afin que ces derniers ne viennent pas entraver la rencontre thérapeutique. Par ailleurs si le contre-transfert émotionnel est trop fort vis-à-vis d'un patient, insupportable et limitant dans la rencontre, le thérapeute est dans son droit d'arrêter une prise en charge.

Chaque rencontre, par son caractère unique, amène une part d'inconnu, des hésitations, des intuitions, des réflexions et des suppositions qui seront confirmées ou infirmées au fil des rencontres. Cela nécessite une alliance thérapeutique sûre qui ne peut se faire sans un engagement personnel, intime du thérapeute.

L'essentiel est donc d'être au clair avec notre posture, pour permettre aux limites d'être vécues dans leur amplitude et non pas en terme de limitation.

Le cadre thérapeutique est intriqué à cette notion de posture. En effet, élément indispensable, il est intimement lié à l'identité du thérapeute. Pour mettre en œuvre les moyens d'être présent à l'autre, il est nécessaire de regarder notre propre fonctionnement avant même de considérer ce que nous pouvons proposer aux autres. Quelqu'un de plutôt strict dans son comportement habituel aura par exemple un mode de fonctionnement relativement cadré, défini dans sa pratique. Au contraire, quelqu'un plutôt flexible permettra peut être plus de fluidité dans les limites du cadre.

En tenant compte qu'il est évidemment important de ne pas être dans un extrême ou l'autre, la personnalité du psychomotricien va fortement influencer sa pratique, sa façon d'aborder la personne, sa façon de communiquer avec l'équipe professionnelle. Notre posture est ainsi faite de notre histoire de vie, de nos représentations et des croyances qui les accompagnent. Elle est colorée par nos émotions et nos habitudes, marquée par nos attentes. C'est bien l'expression de notre vision du monde qui nous fait agir, penser, réfléchir, parler.

- **Enjeux de la relation homme-femme avec des patients psychotiques**

L'âge et le sexe du thérapeute sont également des facteurs influençant la rencontre. La psychose, incluant la schizophrénie, engendre une certaine perte du lien avec la réalité extérieure, mais également avec la réalité du corps pour les patients. La constitution défaillante des limites corporelles et psychiques se ressent alors dans la manière dont ces patients s'adressent à leur interlocuteur ou se comportent dans la relation à l'autre.

Les particularités de la relation dans la psychose sont donc à prendre en considération, sans nier l'aspect potentiellement sexualisé de la relation homme-femme. D'ailleurs, les patients psychotiques ont souvent des délires et des hallucinations à thématique sexuelle, des délires érotomanes, une désinhibition sexuelle pour certains et une sexualité très présente dans leur discours, tout cela étant la conséquence de leur pathologie psychiatrique.

Les défaillances de la constitution d'un Moi unifié et rassemblé, dans la psychose, entraînent en effet des particularités dans la manière dont le patient entre en relation avec les soignants, qu'il s'agisse d'un soignant ou d'une soignante.

Les rencontres au sein de l'Unité pour Malades Difficiles, secteur psychiatrique fermé accueillant exclusivement des hommes, ont souligné cette particularité de la relation homme-femme, notamment en tant que femme soignante dans ce contexte-ci. Le but n'est pas de formuler des généralités sur les relations homme-femme dans le cadre thérapeutique mais bien d'illustrer cet aspect de la relation dans ce cadre bien particulier que représente l'Unité pour Malades Difficiles.

Même si, lors de la rencontre avec les patients, je suis présente en tant que psychomotricienne, porteuse d'une fonction de soignante, avant d'être présente en tant que femme, mon statut de femme m'a confrontée à certaines difficultés dans la prise en charge des patients et a un impact sur le comportement de certains d'entre eux.

Les remarques concernant mes vêtements, l'observation des bijoux que je pouvais porter où les questions intimes sont choses fréquentes auprès de ces patients. Il m'est apparu alors difficile dans un premier temps de faire la part des choses concernant les remarques qui relevaient réellement d'une expression de la maladie, de celles qui étaient inadaptées et qui, dans un contexte « normal » m'auraient amenée à réagir de façon spontanée.

Les mises en gardes des soignants vis-à-vis de certains patients et/ou la connaissance de délits à thématique sexuelle sont nécessairement des critères qui ont influencé ma relation avec ces personnes.

Cependant, au fur et à mesure de l'avancée du stage, je me suis rendue compte que l'instauration d'une relation avec ces patients m'a permis petit à petit de connaître ces personnes et de me faire connaître. D'une certaine façon cette forme d'alliance pose le cadre de la rencontre, me permettant de reprendre Mr G lorsqu'il m'expose sa théorie de la fin du monde avec moi « quand il ne restera que 10 min, j'espère que nous serons tous les deux, seuls, dans la montagne » en lui soulignant l'impossibilité de la réalisation de cette idée par nos positions respectives de malade et de soignant. Ou encore de signifier à Mr P que ces multiples questionnements sur mes habitudes personnelles « qu'est-ce que vous faites le matin, pendant vos vacances... » ne sont en aucun cas adaptés à la forme de notre relation.

Outre la dimension érotisée que peut avoir la relation homme-femme dans la rencontre thérapeutique, il me semble important de souligner la dimension maternante que peut prendre la figure féminine dans la prise en soin.

La façon de parler, le timbre de la voix, la qualité du toucher, le regard... mais également la taille, la stature... sont autant d'éléments qui, malgré une formation professionnelle commune, différencient la pratique de deux personnes. Ces différences sont souvent d'autant plus marquées entre homme et femme. La question du toucher en est un exemple relativement parlant.

Dans l'univers psychiatrique, et notamment auprès de patients pouvant être violents, il est facilement observable que le personnel est majoritairement masculin. Au contraire, dans l'univers de l'enfance, les femmes thérapeutes sont parfois bien mieux acceptées que les hommes, par leur approche maternante.

C'est volontairement que je choisis des propos généralisant ne reflétant pas totalement l'évolution de la société et des mentalités, mais il convient tout de même de reconnaître que l'accompagnement thérapeutique masculin est différent de l'accompagnement féminin.

Au sein de l'UMD, et d'autant plus parce qu'il s'agit d'un contexte très particulier, la distance relationnelle entre les patients et le personnel soignant est en quelque sorte « réglementée ». En effet, les patients, en plus de vouvoyer les soignants, doivent leur serrer la main, mais cette règle est valable dans l'autre sens. Cette poignée de main est d'une part un geste symbolique de politesse, d'autre part, un moyen d'imposer de la distance entre les soignants et les patients. En dehors du toucher imposé par cette poignée de main, les patients ne peuvent nous toucher, ne serait-ce que l'épaule, et nous évitons, bien évidemment, en retour, de les toucher.

Mon observation m'amène à dire que cette poignée de main est différente en fonction du sexe du soignant qui la réalise. En effet, les soignants ont plus facilement tendance à ajouter un geste annexe à cette poignée de main, en touchant l'épaule par exemple, ce qu'une soignante se permettra difficilement de faire par la dimension érotisée que peut présenter la relation.

- **Quand les émotions entrent en jeu ; transfert et contre transfert**

Dans la relation thérapeutique, nous avons vu que le psychomotricien est impliqué aussi bien corporellement que psychiquement. Son rôle est d'observer tout ce que donne à voir le patient, tout ce qui traduit ses difficultés : ses mimiques, sa gestuelle, sa motricité, ses manifestations et modulations toniques, et la manière dont le patient entre en relation avec le soignant et avec les objets de l'environnement. Ses propres capacités vont lui permettre d'aider le patient à accéder aux représentations, à passer du vécu corporel à la symbolisation, en mettant du sens sur le contenu de la rencontre.

Le psychomotricien doit faire appel à ses propres ressentis corporels et psychiques, vécus dans la relation à son patient, pour pouvoir effectuer ce travail de contenance du patient. Le psychomotricien et le patient sont dans une relation d'échange thérapeutique, dans une rencontre qui va avoir un impact à la fois sur l'un et sur l'autre, en fonction de l'identité et de la personnalité de chacun.

En psychanalyse, le terme de « *transfert* » est utilisé par Sigmund FREUD pour désigner « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi entre eux [...]* ». Ce concept, employé notamment dans le cadre de la cure analytique, se mettrait en place dans la relation thérapeutique entre le thérapeute et le patient. En d'autres termes, le patient fait inconsciemment du thérapeute la cible de réactions affectives et de fantasmes. Par conséquent, le thérapeute va être soit la cible d'une affection exagérée (transfert positif), soit la cible d'une hostilité marquée (transfert négatif), et ce de manière automatique et indépendante du contexte. En ce sens, les émotions ressenties par le patient à l'encontre de son thérapeute sont sans rapport avec la situation actuelle de la rencontre thérapeutique. La manière dont le thérapeute va intervenir est décisive dans la résolution du transfert : elle rend compte en effet de ce que celui-ci a compris de la place que le patient lui donnait.

Comme il existerait une réaction transférentielle du patient vers le thérapeute, il existerait une réaction contre-transférentielle du thérapeute vers le patient. Selon RACKER, le contre-transfert est en effet « *l'ensemble des images, des sentiments et des pulsions de l'analyste envers l'analysant, en tant qu'ils sont déterminés par son passé* ». Ainsi, les propres vécus émotionnels du thérapeute lui permettraient de comprendre la position dans laquelle le met le patient.

En psychomotricité, le psychomotricien est dans une relation privilégiée avec le patient. Nous pouvons donc nous poser la question de l'existence des réactions transférentielle et contre-transférentielle.

Pour M. CONTANT et A. CALZA, le transfert et le contre-transfert en psychanalyse sont à différencier du contre-transfert émotionnel, en psychomotricité, qui serait présent dans tout travail thérapeutique. La psychomotricité est, pour eux, « *une situation relationnelle, pourvue d'une dimension transférentielle* »²⁷ et non une situation où se met en jeu « *un transfert objectal* »²⁸. En psychanalyse, le transfert sert à être analysé. Or, ce n'est pas le rôle de la psychomotricité.

M. SAMI-ALI évoque plutôt les notions de temps et d'espace : le transfert en psychomotricité serait alors l'expression par le patient de ses difficultés à l'Autre, dans le temps et l'espace de la rencontre. CONTANT et CALZA le rejoignent sur cette idée : il existe un mouvement spatio-temporel reliant le patient et le thérapeute, le patient jouant corporellement ses difficultés dans la relation à l'Autre, à travers la mise en place d'un cadre thérapeutique spatio-temporel. « *C'est bien souvent sur le cadre thérapeutique plutôt que sur la personne du psychomotricien que va se déployer l'essentiel des modalités affectives du patient* »²⁹.

Pour S. ROBERT-OUVRAY, « *le transfert du patient et le contre-transfert du psychomotricien exposent chacun des partenaires de l'interaction à ses éprouvés toniques, sensoriels et affectifs* ». Pour elle, il existe un réel dialogue tonique entre le psychomotricien et son patient : en séance, ce dernier peut, dans le cadre spatial et temporel qui lui est proposé, exprimer corporellement les tensions et problématiques auxquelles il doit faire face.

27 CONTANT et CALZA, *Abrégés Psychomotricité*, Éditions Masson (3ème édition, 2007), p. 54

28 Ibid, p.53

29 Ibid, p.54

D'ailleurs, nous pouvons repérer et ressentir chez les patients psychotiques, en fonction de notre propre vécu, des troubles de la modulation tonique avec, par exemple, une tendance à l'hypertonie ou des raideurs toniques, en réaction à une relation duelle trop angoissante, ou encore une forme excessive d'hypotonie dans une attitude presque fusionnelle avec le corps du thérapeute. C'est en s'appuyant sur ses propres ressentis émotionnels, sensoriels et corporels, ainsi que sur son histoire personnelle, que le psychomotricien va s'ajuster corporellement et psychiquement à ce que lui laisse voir le patient. C'est bien le niveau de son ressenti émotionnel qui va avoir un impact sur la manière dont le psychomotricien comprend les difficultés de son patient et y répond.

M. G est un jeune patient de 26 ans, psychotique avec des comportements en lien à une certaine anorexie mentale. M. G n'est pas suivi en psychomotricité mais il est présent lors de mon jour de stage au sein du pôle Ergothérapie. Dès mes premiers jours, M. G est un patient avenant, venant spontanément discuter avec moi pendant les temps informels et les moments de pause. Très attentif à sa présentation, « à être à la mode », M. G malgré un côté séducteur vis-à-vis de moi qui pouvait parfois me mettre mal à l'aise, est un patient qui m'a beaucoup touché. Cette rencontre m'a fait me questionner quand à mes ressentis vis-à-vis de ce patient ; en effet la différence d'âge étant faible, je n'ai pu m'empêcher de penser que j'aurais pu rencontrer M. G dans un tout autre contexte.

Une réelle réflexion par rapport à mes ressentiments m'a donc été nécessaire pour garder un contact professionnel auprès de M. G. Je pense qu'il s'agit bien ici d'une réelle expérience de contre transfert émotionnel. Le fait de discuter de ce ressentiment avec l'équipe m'a permis garder une position professionnelle face à M. G.

L'attention du psychomotricien n'est pas tournée vers l'interprétation du transfert mais vers l'observation de la relation établie entre son patient et lui. Son rôle serait alors d'accueillir les manifestations corporelles et émotionnelles du patient et d'y répondre de manière contenante, afin que ces manifestations parfois archaïques ne détruisent pas le patient.

L'âge est également un objet du transfert dans la relation. Une jeune femme pourra ainsi avoir une figure maternante notamment avec les enfants, une figure de femme objet de séduction régulièrement auprès d'adultes, ou une figure incarnant les enfants, petits enfants dans la rencontre de personnes âgées. Bien sûr une relation maternante peut être retrouvée auprès d'un adulte ou d'une personne âgée, ainsi que des comportements de séduction avec des enfants envers le ou la soignante.

Jules est un garçon de 11 ans que je rencontre en prise en charge dans un cabinet libéral. Placé en famille d'accueil depuis un très jeune âge, soumis à des complications cardiaques sévères très tôt dans son enfance, Jules est suivi depuis plusieurs années en psychomotricité pour apporter une solution à des troubles du comportement et de l'agressivité souvent présente dans sa relation aux autres. En effet, à plusieurs reprises j'ai pu me retrouver comme l'objet de transfert de l'agressivité de Jules en séance. Il peut ainsi lui arriver d'être débordé par un trop plein émotionnel, incapable de mentaliser, de mettre du sens sur ses ressentis. La décharge est alors tonique avec une hyper-agitation et une décharge d'agressivité sur les objets et sur les personnes.

Alors que je proposais un moment de détente à Jules sur le gros ballon en lui appliquant un massage dans le dos à l'aide d'une balle (le contact direct étant encore trop difficile pour lui), ce dernier, suite à un moment régressif où il prit le loisir de me comparer à sa « maman », eut un moment de retrait violent mettant fin à ce moment brutalement. Je crois à ce moment là qu'un ressenti s'est présenté à Jules, ressenti émotionnel qu'il n'a pas su gérer et qui s'est ensuite transformé en agitation et agressivité envers moi dans les jeux qui ont suivi. Les séances suivantes ont permis de verbaliser ces événements avec une phrase qui traduit bien le transfert qu'il a pu avoir envers moi à ce moment-là « ce n'était pas contre toi, j'ai pensé à ma mère ». comme si la proximité presque maternante lui avait été insupportable...

Toutes ses modalités de relations sont dépendantes des identités respectives des acteurs de la rencontre ainsi que du cadre institutionnel et thérapeutique.

3. Profil psychomoteur de la schizophrénie

Peu de tests ou de données existent pour spécifier et/ou évaluer la souffrance psychomotrice dans le domaine de la pathologie mentale. Certaines études³⁰ se sont cependant intéressées à l'évaluation des caractéristiques psychomotrices d'un sujet après la stabilisation d'une décompensation psychiatrique. L'appréciation se faisant donc, à travers un examen, des « *perturbations psychomotrices chroniques liées à la pathologie basale du patient* » et non son « *état psychomoteur* » au moment d'une crise (V. Defiolles-Peltier, 2000).

Ces études ont permis de mettre en avant l'existence de caractéristiques particulières en lien avec la pathologie mentale, et plus particulièrement d'objectiver l'existence d'une trace psychomotrice possible de la schizophrénie.

L'analyse statistique et le regroupement des critères significatifs des différentes études établies mettent en avant douze caractéristiques plus particulières qui vont dans le sens d'une objectivation d'un profil psychomoteur de la schizophrénie. Ces critères sont les suivants :

- Tonus et mouvement
- Ralentissement
- Sensation
- Image du corps
- Perception du corps
- Perception / reconnaissance des émotions
- Impulsivité
- Praxie et gnose
- Schéma corporel
- Régulation de l'énergie
- Expression des émotions
- Gestion des émotions

Trois grands domaines caractéristiques semblent alors se dégager et venir spécifier la schizophrénie avec des **particularités du tonus**, des **singularités dans la désorganisation corporelle** et des **altérations du système émotionnel**.

30 Thérapie psychomotrice n°169, Évaluation chez les adultes de la trace psychomotrice des pathologies psychiatriques, Laurent TREILLET, Isabelle MECHLER, Marion REIG & Nathalie ANNEHEIM

Les **particularités du tonus** se retrouvent avec une hypertonie posturale, des fluctuations toniques et une hypotonie de mouvement. Une des expressions de ce tonus particulier s'observe pendant la marche : la démarche est lourde, les bras ne montrent quasiment aucun ballant, le regard semble fixe, dirigé loin devant, avec peu d'adaptabilité du pied aux variations du sol. C'est une démarche bien particulière, le buste légèrement vers l'avant en général, la tête baissée et les pieds qui traînent. Ces patients donnent alors une impression d'errance, de ne pas regarder là où ils marchent, d'avancer de façon automatique mais sans fluidité dans le déroulement des mouvements.

Les singularités de la **désorganisation corporelle** sont présentes avec une certaine défaillance du vécu sensoriel, des perturbations de l'organisation gestuelle ainsi que des troubles du schéma corporel et de l'image du corps. Démuni de limite, le corps n'est plus perçu dans son rôle de contenant, pouvant aller jusqu'à être complètement confondu avec l'environnement physique et/ou humain proche. Les perceptions sensorielles (sauf défaillance de la fonction elle-même) venues de l'extérieur ne sont pas transmises ou peu reçues. On peut supposer que c'est le traitement de ces informations et leur mise en sens qui font défaut. Comme si les systèmes fonctionnaient les uns à côté des autres sans se voir et sans communiquer, échanger. Sans ces mouvements sensoriels, la perception du corps devient floue, impactant le schéma corporel et l'image du corps .

Quant aux **altérations du système émotionnel**, elles touchent l'expression spontanée et volontaire des émotions, la perception sur soi et la reconnaissance sur autrui ainsi que la gestion et l'adaptation de ces émotions. La froideur affective, les bizarreries du comportement, le faciès amimique... sont autant de caractéristiques que l'on accorde aux patients schizophrènes. On peut alors penser que de la même manière que les informations sensorielles n'aboutissent pas, l'expression émotionnelle ne trouvant pas de sens ne s'inscrit pas en retour sur le corps et dans le comportement du sujet. Comme une déconnexion du monde émotionnel, le sujet ne perçoit plus les émotions, ne les exprime plus et n'en décèle pas les signes sur autrui (ou n'en saisit pas le sens).

Il semble donc que la souffrance psychomotrice puisse constituer une trace d'une pathologie psychiatrique donnée. L'élaboration d'un profil psychomoteur de la schizophrénie, et les différents travaux continuant à se mener à ce sujet, constituent une base à la légitimité d'action des psychomotriciens dans le domaine de la psychiatrie adulte avec une place importante dans la prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire. Bien sûr ces altérations sont plus ou moins sévères suivant la phase de la maladie et son évolution.

La schizophrénie s'attaque à tous les liens : lien avec soi-même, son histoire, son environnement, ses proches... et donc à l'identité même du sujet. La vie psychoaffective et la vie sociale sont mises à mal.

4. Les enjeux d'une prise en charge

En considérant les répercussions psychomotrices de la schizophrénie, la médiation corporelle apparaît comme un moyen de rassembler, d'unifier, de mettre en sens, d'organiser son corps.

« L'image, béquille fondamentale pour le psychotique, vient offrir une certaine consistance par laquelle le sujet pourra s'inscrire à sa façon dans le lien social »³¹

L'ancrage corporel dans la relation vient soutenir une reconquête de soi en s'appuyant sur des expériences éprouvées avec et dans le corps. Petit à petit la thérapie psychomotrice soutient l'adulte pour réhabiter son corps alors même que la pathologie entraîne un véritable chamboulement dans la relation à soi. L'expérience vécue par le corps étant source de vie psychique.

En favorisant les sentiments d'unité corporelle et de continuité temporelle, l'approche psychomotrice participe activement à la restauration du sentiment d'identité. Ainsi un travail en psychomotricité permet d'appréhender les difficultés des patients schizophrènes en s'attachant à différents points :

31 Psychomotricité et psychose : un effet de stabilisation dans un cas de stabilisation ordinaire, Francis KATCHADOURIAN et Caroline MANET

- ✓ **S'occuper du corps** : apprendre à se l'approprier, s'apercevoir de ce qu'on l'on ressent et affiner ses capacités sensorielles et motrices. En s'appuyant sur des expériences corporelles, le psychomotricien accompagne le patient dans la mise en sens de son vécu et dans la réorganisation de son enveloppe corporelle.

L'enveloppe corporelle caractérise le fait que le corps est doté de frontières, constituées par la peau, les muscles et les fascias. Cet ensemble organique marque une limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps. Pour que cette enveloppe existe corporellement et psychiquement, elle doit faire l'objet d'un investissement perceptif et sensitif par le sujet, qui permet de contenir les éprouvés.

Elle s'élabore en partie grâce au tonus et à la proprioception, mais également par l'intégration d'impressions extéroceptives et plus particulièrement tactiles. Ainsi, elle est organisée et intégrée progressivement au cours des expériences perceptivo-motrices.

Lorsqu'on parle de la constitution de l'enveloppe corporelle, on s'appuie sur les notions du Moi-Peau de D.ANZIEU, mais également sur le concept de cuirasse musculaire développé par W.REICH, ou encore les paroles d'E.BICK qui parle de première et de seconde peau musculaire.

- ✓ **(Re) socialisation : Travailler à être ensemble** : c'est la dimension de l'interaction, de la reconnaissance du Moi et de l'autre qui est indissociable de l'investissement du corps propre. C'est aussi toute la dimension de la communication.

La pathologie, quelle qu'elle soit, entraîne souvent un rétrécissement des possibilités de relation et de communication. Or, la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, permet à l'individu d'être reconnu en tant qu'être humain, dans sa singularité. Un des enjeux de l'accompagnement psychomoteur auprès de patients schizophrènes va donc être dans le rétablissement de cette communication, pour retrouver une forme de relation.

Prenons l'exemple de l'agressivité, elle est souvent perçue de manière péjorative dans notre société. Pourtant dans le développement de l'enfant, elle est indispensable pour qu'il s'affirme et construise son identité. Cependant si elle est trop importante, elle peut perturber sa socialisation.

En psychomotricité, il n'est pas rare de rencontrer des patients qui présentent des comportements agressifs. Ceci est d'autant plus vrai dans les psychoses sévères, dont la schizophrénie.

L'agressivité est un mode d'expression et de communication de la souffrance. Elle apparaît souvent en réponse à l'angoisse lorsque l'individu ne peut trouver d'autre issue. Elle incarne alors l'expression spontanée et non canalisée d'une souffrance qu'il est important d'entendre.

- ✓ **Favoriser l'autonomie** : en s'appuyant par exemple sur la notion de réalité partagée avec la question de l'investissement des objets physiques, de la réalité concrète, physique, celle qui nous réunit.

En permettant au patient de se réapproprier son corps, l'enjeu de la thérapie est de lui permettre de percevoir ses capacités et ses difficultés et de réussir à les gérer de façon autonome. Dans la schizophrénie, par exemple, lorsque cela est possible si l'anosognosie des troubles parvient à être limitée, il peut être réellement intéressant de proposer un travail autour de l'anticipation des états de crise en aidant le patient à en déceler les prémices.

L'enjeu va être, petit à petit d'accompagner le patient dans un investissement psychocorporel par des situations qui racontent les différents vécus corporels. Il faut pouvoir comprendre, raconter, mettre en récit ce qui est mis en acte mais pas forcément éprouvé. Le cadre de la prise en charge permet un espace d'expérimentation stable, contenant et sécurisant, il s'agit bien de construire un espace corporel.

L'idée est d'accompagner le patient dans l'accès aux représentations de ses perceptions, d'intégrer ces mêmes perceptions et lui permettre d'en penser quelque chose, de le mentaliser de façon réaliste. Tout comme la mère filtre les éléments pour les rendre acceptables à son bébé, le thérapeute met du sens là où le patient se trouve en difficulté, c'est le principe défini par Bion, comme une remise en route de la fonction alpha de pare-excitation. Il peut avoir des expériences corporelles que l'on va mettre en sens pour soutenir la capacité de représentation. Il est donc nécessaire de se placer, en tant que thérapeute, dans une forme d'empathie, de disponibilité, un côté à côté plutôt qu'un face à face pour accompagner le patient.

La schizophrénie impose l'impossibilité de partir du fonctionnement mental pour ressentir son corps. La psychomotricité va alors se charger de passer par la motricité pour faire vivre des expériences et accompagner la personne dans la mise en sens de ces expériences.

L'expression corporelle suscitée reflète la personne entière. On a une sorte d'unité psychomotrice qui apparaît alors dans la vie de relation et dans l'expression corporelle, retranscrite à travers le mouvement et les attitudes. Si l'on considère que l'homme est dans son expression corporelle, il paraît légitime de penser l'approche psychomotrice comme un canal d'expression de l'identité propre du sujet avec sa maladie et non pas de l'expression de la seule maladie.

5. Les outils thérapeutiques

La psychomotricité, métier de la relation, utilise l'approche relationnelle comme premier outil pour entrer en contact avec les sujets, le corps est au premier plan. Le psychomotricien utilise ensuite la prise de conscience corporelle, par différentes médiations, pour participer à ce maintien identitaire.

Georges POUS³² écrit que « *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'affect 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* ».

La psychomotricité dispose de nombreux outils, elle peut utiliser diverses médiations (relaxation, peinture, musique, danse...), mais comme le signifie Georges POUS, les techniques les plus sophistiquées ne font pas tout, c'est bien le regard du psychomotricien qui vient spécifier son approche. Le sens donné aux actions, la réflexion sur la direction à donner aux séances et l'adaptation sont autant d'éléments indispensables. Le premier outils étant le corps, celui du psychomotricien autant que celui du patient, la prise en charge peut s'orienter selon différentes techniques.

32 G. Pous, Thérapie corporelle des psychoses, L' Harmattant, 1995

- **Le travail sensoriel**

Les sens relient l'intérieur et l'extérieur, ainsi, la conscience par la sensation peut relier à la réalité. Cependant pour avoir accès aux sensations, il faut pouvoir porter notre attention à notre corps. En favorisant ce travail de réinvestissement du corps par les perceptions, on peut permettre l'élaboration de nouvelle représentation. Cela a alors une influence sur la conservation et l'acceptation de son identité et peut relancer le processus du narcissisme. La stimulation sensorielle éveille l'attention et la présence au monde.

En pratique, des propositions sensorielles nous permettront d'étayer l'unité du corps, l'identité et la subjectivité fragile du patient. Un travail sur les odeurs, le toucher, le son ou encore avec images va mobiliser différents aspects de la mémoire de la personne et lui permettre d'accéder à une forme de sensibilité. Il s'agit de verbaliser les sensations, d'amener le patient à mettre des mots sur ses éprouvés pour lui permettre de se réapproprier ses fonctions sensorielles.

- **Tonus et posture**

Tonus et posture sont indispensables dans le développement psychomoteur, dans le mouvement, les déplacements, et dans la vie de relation. Cette position centrale du tonus est en grande partie due à son intrication profonde avec les émotions. Le tonus fonde la vie de relation et permet au corps d'être expressif. Il est alors récepteur et effecteur de l'expression émotionnelle, reflet de ce que vit le sujet dans sa relation à lui-même et à l'environnement.

La posture est empreinte de l'histoire de la personne. Nos mouvements, nos gestes, nos postures, nos mimiques, nos attitudes sont nécessaires à notre motricité relationnelle et sont liés à nos perceptions internes et externes.

« Le tonus joue un rôle prépondérant dans la prise de conscience de soi et dans l'édification de la connaissance du monde et d'autrui » M.STAMBACK.

Contrôler notre tonus, agir sur notre posture sont des paramètres relevant de l'expression de notre identité. Agir dans l'espace qui nous entoure, aller vers le monde c'est être « autonome », être acteur. Être acteur c'est pouvoir dire « je » car l'agir n'est pas réduit au mouvement physique mais bien liée aux mouvements internes qui nous permettent d'exister en tant qu'être humain. Un travail autour du tonus est donc légitime dans le but de rétablir le contact avec l'identité de la personne.

- **L'importance du cadre**

Le cadre en psychomotricité fait partie intégrante de la prise en charge. Il doit être contenant sans enfermer, suffisamment clair pour sécuriser les acteurs de la rencontre et souple à la fois pour permettre une adaptabilité et une certaine « *marge de manœuvre* ». Tout l'art du psychomotricien réside dans le but d'instaurer un cadre qui vise à contenir un « *être ensemble dans l'agi* ». Ce cadre passe par un lieu, un espace reconnu comme le lieu de la rencontre, que ce soit la chambre du patient, le domicile ou la salle de psychomotricité. L'aspect temporel est également à prendre en compte, avec si possible, la mise en place de séances régulières, une fois par semaine par exemple, le même jour et à la même heure avec une durée constante.

Enfin ce cadre peut être symbolisé au sein même de la séance avec la ritualisation de certains temps, par exemple le fait d'enlever les chaussures en début de séance, de finir par un temps de parole... Ceci permet de faire des liens entre les séances, d'instaurer une idée de continuité sécurisante qui permettra d'inclure des éléments de travail nouveaux sans susciter d'angoisse trop importante. À l'intérieur de ce cadre, le psychomotricien peut se servir de différentes médiations, en fonction des besoins de la personne rencontrée mais également des affinités du thérapeute vis-à-vis d'un support par rapport à un autre. En effet, il ne s'agit pas de proposer une médiation par la danse si le thérapeute n'investit absolument pas ce support et inversement ce n'est pas parce que le thérapeute investit un support en particulier qu'il conviendra nécessairement au patient.

Comme toute rencontre, il s'agit donc avant tout d'écoute et d'adaptation des compétences professionnelles et personnelles au profit de l'accompagnement du patient.

CHAPTIRE 4

**Histoires de rencontres, histoires
d'hommes**

1. Présentation de l'Unité pour Malades Difficiles

- **Présentation de la structure**

Les Unités pour Malades Difficiles sont des établissements de santé publique spécialisés dans la prise en charge des malades difficiles. On compte en France 10 UMD. Elles accueillent les patients qui présentent un « *état dangereux majeur ou imminent tels qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières* » (arrêté du 14 octobre 1986) ; leur état rendant incompatible leur maintien dans une autre unité d'hospitalisation.

Le décret du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, est le premier texte réglementaire qui fasse référence aux unités pour malades difficiles. L'article 12 stipule que les UMD « *assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique* ».

L'arrêté du 14 octobre suivant constitue la suite logique du décret avec l'établissement d'un règlement intérieur type pour ces unités, en plus de la définition de la notion de patient admissible, les modalités d'admission et de sortie ainsi que l'instauration de la Commission de Suivi Médical (constituée de deux psychiatres).

Par la suite, Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Mon terrain de stage est une UMD qui a ouvert en 1963. L'infrastructure est entourée d'une enceinte sécurisée, contenant cinq unités d'hospitalisation complète, ainsi qu'une unité d'Ergothérapie et une unité d'Electro-Convulsivo-Thérapie. Également une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP).

L'activité de l'UMD est régie par la Loi N°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (loi commune aux établissements psychiatrique). Et de manière spécifique, la loi 1986 sur l'organisation du suivi médical, encadre l'activité de l'UMD.

Elle accueille et traite des malades difficiles en provenance du territoire national (DOM TOM compris). Sont admis des patients hommes relevant de la procédure de Soins sans consentement sur Demande du Représentant d'Etat (SDRE), présentant des **troubles graves du comportement avec auto et/ou hétéro agressivité**, mais également des patients ayant bénéficié de l'article 122³³ du Code Pénal ; et des patients adressés par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) au titre de l'article D.398³⁴ du Code de Procédure Pénale.

En ce qui concerne la population, 60% des patients sont atteints de schizophrénie, troubles délirants ou troubles psychotiques. Les troubles de la personnalité représentent environ 20% de la population. Les 20% restants sont représentés par des troubles divers tels que des Troubles Envahissant du Développement (TED), troubles autistiques et psychose infantile, des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, et des troubles de la « préférence sexuelle ».

Dans ce contexte là, les missions de l'UMD, vont consister à faire revenir dans leur service d'origine les patients (en psychiatrie classique) avec les moyens dont elle dispose. Les patients vont donc bénéficier de soins psychiatriques et de prise en charge adaptés à leur pathologie avec des mesures de sûreté. L'UMD peut ponctuellement jouer un rôle de protection de la société vis-à-vis des patients dont les troubles ne permettent pas une réinsertion.

Le but premier pour L'UMD est d'inhiber le danger. C'est un lieu de soin, mais également d'actions thérapeutiques. Les buts recherchés sont de l'ordre de l'amélioration clinique, de la prise de conscience des troubles ainsi que de la nécessité de soins, la prévention des situations de violence, la recherche des facteurs précipitants, la mise en place de repères et de limites dans un enjeu de (re) socialisation, les sevrages en toxiques... La psychomotricité fait partie du parcours de soins, intégrée aux activités thérapeutiques du Pôle Ergothérapie.

33 Déclaration d'irresponsabilité pénale pour les troubles mentaux

34 Détenus atteints de troubles mentaux

- **Le pôle ergothérapie**

Le pôle Ergothérapie fait partie des dispositions non médicamenteuses mises en place pour contribuer à l'accompagnement des patients. C'est un bâtiment à part où les patients sont accueillis par groupes ou individuellement pour participer à diverses activités. Trois ergothérapeutes, une psychomotricienne, un éducateur spécialisé, un éducateur sportif, un art-thérapeute ainsi qu'un infirmier psychiatrique constituent l'équipe du pôle. Seul ou en co-animation différents ateliers sont proposés aux patients : cuir, poterie, jardin, éveil, chanson, psychomotricité, mime, rotin, art thérapie, musicothérapie... Il s'agit d'accepter l'adulte tel qu'il est et de l'accompagner à long terme par l'intermédiaire d'activités susceptibles de contribuer au projet de soin.

Pour intégrer les activités, les patients doivent avoir l'autorisation du médecin sous forme d'une prescription médicale, il peuvent alors choisir cinq ateliers en fonction des places disponibles et de l'accès ou non à l'outillage défini par le médecin.

Dans ce cadre si particulier que représente l'UMD, l'identité des patients glisse souvent vers l'identité du malade, parfois criminel, potentiellement dangereux et violent. L'individu est noyé sous la définition de sa pathologie et des actes qui l'ont amené à cette procédure de soins par l'enfermement. L'identité est profondément remise en question, par la pathologie mais également par l'institution elle-même. En psychomotricité, la prise en charge du sujet dans sa globalité offre la proposition d'un regard différent dans lequel le sujet est reconnu en tant que tel, atteint d'une pathologie mais non réduit à celle-ci. C'est donc dans ce cadre que j'ai rencontré M. V.

2. M. V, 26 ans, Schizophrène

M. V est un jeune homme de 25 ans lors de notre première rencontre. Il fêtera ses 26 ans au cours de la prise en charge (d'octobre 2014 à mai 2015). Il est admis à l'UMD le 29 septembre 2014, en provenance d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP).

Le motif d'admission énoncé faisant état **d'agitation et d'agressivité physique et verbale sur autrui**. Le diagnostic posé est celui d'une **schizophrénie paranoïde** avec des **antécédents de comportements violents**.

- **Anamnèse et parcours en milieu psychiatrique**

Selon les informations contenues dans son dossier, M. V est issu d'un contexte social précaire avec un certain isolement social. Ses parents se seraient séparés lorsqu'il avait 7-8ans.

Avant son hospitalisation, M. V vivait seul avec sa mère dans un quartier défavorisé de Nice, il aurait deux sœurs plus jeunes et aurait également connu une période sans domicile fixe, vivant sous une tente. M. V entretient une relation fusionnelle avec sa mère qui l'appelle régulièrement et qui tente par tous les moyens de faire sortir son fils. A l'heure actuelle, M. V n'a pas encore reçu de visite de celle-ci mais semble complètement dépendant de ce lien maternel. D'autre part, sa mère fait également l'objet d'une réflexion quant à une hospitalisation en secteur psychiatrique.

Lorsqu'on lui demande, M. V ne sait pas dire son niveau scolaire mais dit savoir lire et écrire, il aurait tout de même intégré une classe de troisième SEGPA³⁵. Une consommation régulière de cannabis est également à souligner. M. V aurait travaillé pendant quelque temps dans les espaces verts ainsi que pour un journal.

Il ne présente pas d'antécédents judiciaires mais une plainte serait en cours, il bénéficie également d'une mesure AAH³⁶ sans mesure de protection. Mr V a subi deux hospitalisations à Nice mais sa prise en charge ambulatoire est anarchique.

En rupture de soins, il est admis aux urgences psychiatriques en août 2014 suite à une altercation avec des policiers sur la voie publique. A ce moment, M. V fait face à des **délires de persécution associés à une forte tension psychique**, le contact est méfiant et il est sujet à des **hallucinations auditives à type d'insulte**.

35 Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

36 Allocation Adulte Handicapé

Dans un contexte hallucinatoire M. V récidive en agressant un patient 10 jours après son admission ce qui l'amène à être transféré à l'USIP. Son discours est pauvre avec un déni des troubles. Au sein même de l'USIP, M. V récidive une nouvelle fois sur un patient.

En septembre 2014, M. V est donc admis à l'UMD pour un **risque avéré de passage à l'acte hétéro agressif associé à un risque de prise de toxique**. A son admission, M. V est calme et coopérant à l'entretien. Entretien qui met en avant une réelle **anosognosie des troubles**. L'hygiène est approximative et le discours pauvre. M. V évoque cependant l'existence d'hallucinations acoustico-verbales.

Dans l'unité où il est placé, M. V fait preuve d'une **grande intolérance à la frustration**, son contact est décrit comme **étrange** avec un **faciès amimique** et une certaine **froidueur affective**. Un traitement à base de neuroleptique et d'anxiolytique lui est administré.

Lors de la visite du pôle ergothérapie, l'anosognosie des troubles est toujours très présente et M. V donne à voir un vécu interprétatif et persécutif, est également évoquée une relation fusionnelle avec sa mère.

Sa demande se fait sous la forme d'un contrat d'activités avec 5 ateliers thérapeutiques choisis : la psychomotricité (demande d'une prise en charge en relaxation), jardin, art thérapie, poterie et cuir. Les objectifs de soins inscrits dans la prescription pour le pôle ergothérapie sont de deux formes ; amener le patient dans la voie de la resocialisation et répondre à sa demande d'activités.

- **1ère rencontre et bilan psychomoteur**

Pendant l'entretien lors de notre première rencontre, M. V évoque le fait qu'il s'intègre bien au sein de son unité, qu'il se « *fait doucement sa place* », il s'entend bien avec les autres patients, mange et dort correctement. Il n'évoque pas de plainte concernant son intégration au sein de l'unité. En ce qui concerne les activités, la demande en psychomotricité se fait autour de la relaxation. Il pratique déjà cette activité au sein de son unité et précise que cela lui « *fait du bien, que ça le détend* ».

M. V est un jeune homme au développement staturo-pondéral et au visage harmonieux mais un faciès peu expressif, amimique. Lors des deux rencontres de bilan, M. V est plutôt en retrait, dans un contact étrange, entre méfiance et inquiétude, la tête baissée et le regard fuyant. Son comportement général est calme et coopérant à l'entretien et au bilan. Il est attentif aux consignes proposées et appliqué dans ses réponses malgré un certain ralentissement psychomoteur (verbal et corporel).

Suite à la passation de différents items concernant l'ensemble des caractéristiques psychomotrices, quelques conclusions me paraissent importantes à souligner. (l'ensemble du bilan ne sera pas développé ici).

Concernant la **communication verbale** et la **relation à l'autre**, le discours est relativement pauvre mais il répond de façon cohérente aux questions posées. M. V s'exprime peu de façon spontanée excepté pour des questions plutôt utilitaires dans une quête qui semble être du côté de la réassurance.

La **motricité générale** présente un répertoire relativement riche avec de bonnes capacités de coordination et de dissociation malgré un ralentissement psychomoteur global perceptible. L'équilibre est stable avec une attitude posturale légèrement rigide. Rigidité qui apparaît également dans la marche avec l'attaque du sol par le pied à plat, avec un déroulement du pied restreint.

En ce qui concerne le **schéma corporel** ; Mr V semble avoir une bonne connaissance des différentes parties du corps mais un investissement affectif qui fait défaut. Il évoque les organes internes de façon spontanée mais ne parle pas ou peu des parties les plus couramment nommées (jambes, bras...). *Ceci donne à penser que Mr V a une image du corps déstructurée voire morcelée et peu unifiée. Il donne l'impression d'une connaissance intellectuelle mais peu ou pas investie de son corps.*

Son dessin d'une personne évoque une assimilation particulière de sa représentation du corps avec l'absence de représentation des extrémités (pieds et mains) qui donne un dessin sans limite ; pas de contact au sol par les pieds et confusion dans l'environnement au niveau de mains.

Ce manque est d'autant plus questionnant si l'on tient compte du fait que M. V est capable de citer spontanément ces parties-là. *Ceci vient appuyer l'hypothèse d'un manque d'investissement corporel, voire d'un manque de limite, d'enveloppe qui n'est pas sans rappeler le concept du Moi-Peau développé par D.ANZIEU.*

Le **contrôle tonique** général est bon mais la perception et l'intégration de l'état de tension des différentes parties du corps est confuse, il verbalise sa difficulté à détendre son bras droit alors que le test du Ballant met en avant une meilleure détente de ce membre par rapport à une rigidité apparente dans le bras gauche.

En conclusion, M. V présente un bon niveau moteur global malgré une attitude posturale relativement rigide et une motricité lente. La relation à autrui est pauvre, avec peu de contact visuel et un discours bref et peu spontané. Le contact est étrange, avec un visage peu expressif et un langage corporel relativement figé dans une attitude plutôt repliée.

Face à moi, M. V me laisse une impression étrange de vide, comme coupé de toute histoire personnelle, il n'évoque pas sa vie, ses goûts, ses envies. Il semble comme bloqué dans un moment dépourvu de résonance passée et sans projection future. Son identité semble suspendue, annihilée par la maladie, inaccessible temporairement autant aux autres qu'à lui-même.

- **Prise en charge en psychomotricité**

M. V est un patient que je rencontre donc depuis le mois de novembre dans le cadre d'une prise en charge individuelle en psychomotricité. La médiation est composée de différentes techniques de relaxation à sa demande.

La relaxation : Il ne s'agit pas tant d'aider la personne à se détendre mais de restaurer la capacité à ressentir ce qui se passe en elle, à partir des stimuli que peuvent lui proposer les séances. L'objectif est aussi de proposer différents vécus d'expériences corporelles apaisantes et sécurisantes.

Suite aux observations cliniques que j'ai pu réaliser dans le bilan et à celles des autres professionnels travaillant avec ce patient, j'ai pu dégager quelques axes de travail à mettre en œuvre. Le projet de soin en psychomotricité s'articule ainsi autour de trois dimensions principales, en lien avec le projet de soin défini pour le pôle ergothérapie.

J'envisage ainsi un travail corporel, autour des sensations, du tonus et de la posture pour amener M. V à ressentir et affiner ses capacités sensorielles et motrices.

Différentes observations m'ont amené à penser en effet que M. V avait une bonne connaissance intellectuelle de son corps mais que l'investissement sensoriel était, au contraire, plutôt déficitaire. Par exemple, lors de notre deuxième rencontre M. V est venu en chaussons nous expliquant qu'il ne pouvait pas mettre de chaussure à cause d'une « petite éraflure sur le pied » ; pour cause en discutant avec l'équipe infirmière de l'unité j'ai appris qu'il avait en réalité une escarre relativement important sur le pied. L'escarre est quelque chose de très douloureux...

Hors prise en charge, M. V a par la suite verbalisé en présence de l'équipe soignante que cette plaie avait une origine : « ce sont les voix qui me font ça avec une fourche ». Ce contexte délirant l'amenant à froter son pied de façon excessive causant la plaie.

D'autre part cet exemple donne quelques indications sur l'image de lui-même qu'entretient M. V, le fait qu'il ne prête aucun intérêt au fait d'être en chaussons parmi les autres patients qui eux, sont chaussés, laisse penser à une faible intégration des convenances sociales. Paradoxalement, il montre parfois une image soignée, prenant soin de son apparence et qui semble alors exprimer l'identité d'un jeune homme dans son temps.

Un autre enjeu de la prise en charge va être d'amener M. V à gérer sa frustration, l'amener à être en interactions et à en assumer les conditions. Se reconnaître en tant que personne à part entière pour reconnaître l'autre dans sa différence. Ceci comprend également toute la dimension de la communication.

Cette dimension de la prise en charge reprend très largement l'enjeu de socialisation préconisé dans les objectifs de soins généraux de M. V. L'enjeu va alors être de lui permettre de s'appuyer sur un cadre stable et sécurisant pour accepter les règles de vie en groupe et gérer sa frustration.

L'accompagnement de M. V visera enfin à l'amener vers une certaine autonomie dans le cadre de la séance pour s'étendre à la vie dans l'unité et à une perspective de sortie. *Cet objectif va passer, entre autre, par l'investissement de la prise en charge, de la salle et des éléments à dispositions (tapis, coussins, couvertures, ballons...), la capacité à gérer le matériel, le partager, l'utiliser avec précaution... ceci à mettre en lien avec la dépendance à sa mère.*

Voici donc les trois axes sur lesquels je vais m'appuyer dans la prise en charge. Le but va être, petit à petit, d'accompagner M. D dans un investissement psycho-corporel par des mises en actes qui racontent les différents vécus corporels. Bien sûr cela est un travail de longue haleine qui ne peut se faire sans l'enveloppe institutionnelle et l'ensemble des prises en soins mises en place autour de M. V.

Dans les autres prises en charge (poterie, cuir, art-thérapie et jardin) M. V est décrit comme un patient relativement instable, qui ne reste pas longtemps en place et qui sollicite les soignants. Cependant, c'est un jeune homme appliqué et coopérant qui respecte les consignes qui lui sont données. Une impression de faible résonance cognitive ressort également donnant l'image d'une identité peu expressive et très dépendante du lien à l'autre. L'activité Jardin cependant réveille un enthousiasme certain malgré une grande fatigabilité à la tâche. M. V apprécie cette pratique et se montre plus détendu et accessible. *Témoignage de son travail dans les espaces verts ? Expression d'un attrait particulier pour le jardinage ? Quoi qu'il en soit, dans ces moments là, la pathologie semble laisser un peu de répit et permettre aux désirs propres de M. V de s'exprimer.*

- **Le suivi thérapeutique**

D'une manière générale, M. V, lorsque nous allons le chercher dans son unité pour l'amener en séance de psychomotricité, est de façon quasi systématique dans un questionnement de type utilitaire, dans une quête de réassurance.

En effet, la séance de psychomotricité se déroule chaque jeudi de 10 à 11h et de ce fait, M. V ne peut pas être présent pour la « pause-café » qui se déroule chaque jour à 10h30 dans son unité. Cette situation est une véritable source de frustration pour lui qui apprécie particulièrement ce temps.

Au début de la prise en charge, ce questionnement était dirigé principalement vers ma maître de stage, qui incarnait alors la figure de référence par sa présence quotidienne sur l'UMD même si je menais la prise en charge. Au bout de quelques séances, M. V s'est adressé à moi dans ce questionnement répétitif, j'en ai alors déduit qu'une forme de confiance, s'était instaurée et qu'il m'avait intégrée comme une figure référente en capacité de le rassurer. Encore aujourd'hui, M. V continu à être dans ce questionnement mais de façon non systématique et une explication rapide en replaçant la séance dans le contexte de la prise en charge permet de gérer la frustration générée.

Cette observation m'amène à faire un lien avec l'importance d'un **cadre spatio-temporel stable et régulier** qui permet de proposer une **relation contenant et sécurisante comme une enveloppe à la relation**. Le cadre en psychomotricité est défini par un ensemble de conditions spatiales, temporelles et matérielles, par le choix de la médiation et par la personnalité du psychomotricien. Il est utilisé comme un véritable outil de soin. En proposant des repères stables, une enveloppe contenant et un espace d'expression corporelle et psychique, le cadre offre aux patients carencés un environnement propice aux expériences structurantes et structurées.

Un autre fait me permet d'appuyer cette hypothèse. En effet, un matin où M. V était dans une période d'agitation plus prononcée, suite à un passage en chambre d'isolement pour violence sur un patient, la frustration causée par le fait de ne pas pouvoir avoir son café s'est avérée dure à surmonter. Comme dans un certain débordement émotionnel, M. V m'est apparu en grande difficulté pour gérer cette frustration qu'il a d'ailleurs manifestée auprès des infirmiers et de ma maître de stage ainsi qu'auprès moi en remettant en cause sa prise en charge en psychomotricité. Une tension globale importante était alors visible, palpable.

Nous avons cependant décidé de maintenir la prise en charge ce jour-là malgré cet état de tension élevée.

Arrivés dans la salle de psychomotricité avec une tension ambiante palpable, M. V était alors très peu réceptif à mes propositions. Après diverses propositions, massage du dos avec une balle et mandala, exercices qu'il avait apprécié lors de séances précédentes, M. V avait finalement verbalisé sa volonté de s'allonger pour un moment de détente.

A la fin de cette séance et de façon relativement spontanée M. V m'avait alors exprimé les causes de son comportement en me précisant « *j'étais énervé parce que je voulais ma clope et mon café mais maintenant ça va mieux et je veux continuer à venir avec vous* ». L'apaisement est donc possible avec un étayage et l'apport réassurant du soignant et le sujet en tant que personne est alors capable de reprendre le dessus sur l'expression de sa maladie.

Cette phrase est, selon moi, un bel exemple de l'enjeu de pare-excitation que doit tenir le soignant, c'est lui permettre de gérer et de digérer ses sentiments et ses émotions et d'en dire quelque chose. Cela rejoint le concept décrit par **BION** avec la fonction alpha et le **rôle de pare-excitation** de la mère pour son bébé, la mère digère le trop plein d'excitation pour le rendre acceptable par le bébé.

Au cours des premières séances de la prise en charge, j'ai fait le choix d'expérimenter différentes techniques de relaxation. Ceci m'a permis, tout en répondant à sa demande, de commencer à appréhender la personnalité de M. V, de tenter de *cerner* ses difficultés mais aussi ses points d'accroches, les approches auxquelles il était plus sensible...

Ainsi, en passant par l'exploration des méthodes telles la relaxation de Jacobson, un travail avec des sacs lestés, des séances axées plus autour de la prise de conscience de la respiration ou encore des séances rythmées par des exercices de stimulation corporelle, j'ai pu entrer en relation avec M. V et créer un lien de confiance qui se consolide au fur et à mesure. Toutes les observations récoltées au fil des séances et des propositions d'expériences corporelles m'ont permis d'affiner ma perception de la problématique de M. V et d'orienter mes propositions, je vais donc tenter d'en donner ici quelques exemples.

Chaque séance se déroule selon une trame générale avec notamment ***le temps d'arrivée dans la salle.***

Ce temps permet de s'installer quelques instants dans les fauteuils en discutant de la semaine écoulée, et en essayant de se remémorer les propositions de la semaine précédente, on crée ainsi une continuité, un lien entre les séances. Je profite de ce temps pour annoncer à M. V ce que j'ai prévu de lui proposer dans la nouvelle séance et solliciter son avis. Nous enlevons ensuite nos chaussures pour aller sur les tapis.

Un premier temps est réservé à un **éveil corporel dynamique**, par différentes stimulations (frottements, tapotements, automassage...) sur l'ensemble du corps. Je lui propose ensuite régulièrement un **travail corporel** plus ou moins orienté : *par exemple séance autour des extrémités, travail sur les mains, sur les pieds, travail autour de la conscience des appuis, de l'ancrage au sol, de l'équilibre statique, dynamique, de la conscience de l'axe....* Vient ensuite un **temps de relaxation** plus statique qui est en général le moment où il s'installe allongé sur le tapis avec un fond musical et différentes formes d'induction : *verbale, travail avec les sacs lestés, Jacobson...*

La séance se termine par un **temps de reprise**, il s'agit de prendre le temps de se remettre dans une dynamique en retrouvant un seuil tonique plus élevé que pendant la relaxation. Ce temps est suivi par un **temps de parole**, l'enjeu étant de verbaliser les ressentis de la séance, avant de retourner dans les fauteuils pour se rechausser et terminer la séance.

A propos de la relaxation, M. V est assez réceptif, il est coopérant et attentif aux différentes propositions. Il a cependant besoin d'un appui visuel plus ou moins présent en fonction de son état du moment.

En effet, les séances où il se trouve dans un état d'anxiété prédominant, l'appui visuel est très présent et il est très difficile pour M. V de fermer les yeux. Dans ces moments, M. V a besoin d'être dans l'interaction, dans l'échange et l'induction verbale ne semble pas être la proposition la plus appropriée, il répond et est dans l'échange verbal. J'ai aussi pu remarquer à plusieurs reprises que ces séances où M. V semble si préoccupé sont à mettre en lien avec des modifications de la respiration lorsqu'il se risque à fermer les yeux quelques instants.

A plusieurs reprises l'observation d'une accélération du rythme respiratoire suivi d'une reprise de contact visuel sur un mode inquiet donne l'impression d'une absence angoissante, en dehors de la réalité, comme si un envahissement émotionnel se répercutait sur l'ensemble du corps.

S'est alors posée la question de la problématique délirante de M. V, à quel point est-il envahit ? Quelles seraient les modalités d'apparition de ce contexte hallucinatoire ? Peut-on mettre en lien ces modifications physiologiques (accélération du rythme respiratoire, inquiétude) avec un épisode délirant ?...

Dans un registre différent, en portant une attention particulière à l'installation de M. V sur le tapis au moment de recevoir la relaxation, je me suis intéressée aux postures adoptées. Installer le tapis au sol, aller chercher un coussin et venir s'installer le plus confortablement possible, dans une position agréable qui, à tout moment, peut être modifiée si besoin, voici les consignes précédant le temps de relaxation au sol. Rapidement M. V a repéré les différents éléments à sa disposition et s'en est saisi pour s'installer de façon autonome, il installe le tapis, va chercher un coussin et s'allonge sans que je n'ai besoin de préciser chaque consigne. L'installation m'avait cependant interpellée, Mr V donne l'impression de ne pas y porter une grande attention. Il montre une image de quelqu'un qui se pose sur le tapis, sans précaution, sans intérêt particulier pour ce corps qui se pose, il ne ménage pas son corps et n'en prend pas grand soin.

De la même façon qu'il évoquait une escarre comme une simple éraflure, l'attitude de M. V dans son installation laisse entrevoir un faible investissement corporel sur le plan sensoriel. Au niveau de l'utilisation du matériel, M. V montre certes une capacité à être autonome dans cette installation mais avec un investissement qui semble utilitaire bien plus que dans un enjeu de confort et de bien-être. Il utilise un petit tapis et un coussin et ne profite pas de tout le matériel qui lui est disponible : coussins de tailles diverses, couvertures. Son installation, notamment au niveau des cervicales semble très peu adéquate au confort, sa tête est très surélevée sur le coussin qu'il plie en deux pour plus d'épaisseur.

Chaque fin de séance est marquée par un temps de reprise avec un temps de parole, de verbalisation des ressentis. Le discours spontané de M. V est, à ce niveau, très pauvre et il m'est difficile de solliciter son avis sans en induire quelque peu la réponse.

J'essaye autant que possible de l'amener à la verbalisation, de l'accompagner dans une mise en sens de ses ressentis en lui posant des questions ouvertes (quelle sensation, chaleur, lourdeur, légèreté, agréable, désagréable...). M. V formule cependant des réponses courtes mais cohérentes avec l'état qu'il donne à voir.

Depuis quelques séances maintenant la parole semble pourtant s'être un peu libérée, accompagnée de mimiques bien plus expressives. La stabilité du cadre et la détente induite par la relaxation permettent ainsi à M. V une certaine expression à propos de ses propres ressentis. La relaxation suscite un état de détente qui va avoir un effet sur l'angoisse, sur l'anxiété et amener progressivement à un ressenti différent, un ressenti nouveau qui va permettre au patient de percevoir cette unité, cette présence de son corps. Ainsi, il s'est montré capable de verbaliser en fin de séance les bienfaits que lui procurait l'accompagnement en psychomotricité pour l'aider à se détendre lorsqu'il était énervé, notamment lorsque sa mère ne l'appelait pas.

A plus long terme, cette prise de conscience des états toniques a pour but de favoriser un certain réinvestissement corporel associé à un remaniement narcissique. M. V a cependant besoin de l'étayage du soignant et d'un accompagnement certain dans les moments de frustration ou de tension excessive. D'autre part la confiance installée me permet petit à petit de découvrir M. V en tant que jeune homme avec ses goûts et sa personnalité. C'est ainsi que, de façon informelle en échangeant quelques passes de ballon au pied, j'ai pu discuter avec lui de son attrait pour le football et de la pratique qu'il avait eue lorsqu'il était plus jeune. Progressivement M. V dévoile des traits de sa personnalité qui m'étaient alors encore inconnus.

- **Bilan de la rencontre**

Pour conclure, la rencontre avec M. V et sa prise en soin m'ont permis d'appréhender la place et le rôle du psychomotricien auprès de patients psychotiques. La particularité du lieu de stage m'a confortée dans l'intérêt d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire, bien que cela soit également cohérent dans d'autres structures.

L'approche psychomotrice prend tout son sens dans l'ensemble des prises en soins, médicamenteuse et non médicamenteuse. La médiation corporelle va venir toucher le patient et lui permettre des modifications de la perception qu'il peut avoir de son corps et notamment au niveau des enveloppes, des limites qui unifient ce corps, de ce qui se passe à l'intérieur et en dehors.

C'est donc dans des objectifs de resocialisation et de réinvestissement corporel que j'ai construit les bases de cette prise en charge, en m'appuyant sur les faits cliniques et l'évolution de la relation thérapeutique avec M. V.

La mise en place d'une certaine alliance thérapeutique me permet d'accompagner pas à pas M. V dans ce réinvestissement corporel et de m'intégrer ainsi dans le projet de soins global. Le travail corporel proposé a ainsi amené une certaine libération de la parole qui enrichit à chaque séance les enjeux de notre rencontre. Plus que la prise en charge d'un schizophrène, j'ai ainsi pu rencontrer un jeune homme cohabitant avec sa schizophrénie.

Le caractère chronique et complexe de la pathologie psychiatrique, dans ce cas la schizophrénie, ne permet pas d'envisager une rémission totale, au contraire, plutôt une dégradation progressive globale. Cependant l'évolution observée de M. V au cours de ces quelques mois laisse présager une certaine « *marge de manœuvre* » et pourquoi ne pas entrevoir, à plus long terme, une réinsertion sociale à condition de la mise en place d'un suivi ambulatoire stable et régulier.

3. Un exemple de groupe en musicothérapie

La musicothérapie est un atelier un peu particulier puisqu'il se déroule sur des sessions de 10 séances avec un groupe fermé de 4 personnes. Il est co-animé par la psychomotricienne et l'éducateur spécialisé.

Le cycle de musicothérapie débute pour chaque nouveau groupe par une séance où les patients sont vus individuellement ou par deux pour des tests de réceptivité. Ces tests consistent en une série d'écoutes musicales que nous leurs demandons d'associer à une émotion, un ressenti.

Ce moment permet également de poser le cadre du fonctionnement des séances, en expliquant le déroulement et la nécessité d'une adhésion et d'un engagement de chacun.

- **La musicothérapie**

La musicothérapie fait partie des médiations dont peut se servir le psychomotricien. A travers la musique, l'enjeu n'est pas de guérir le sujet mais de l'amener à éprouver du bien-être et à s'ouvrir à d'autres formes de relations.

« La musicothérapie est une voie possible pour repousser les limites de la souffrance, de l'incapacité, de l'inadaptation. La vibration, le son, le rythme, la musique, pour créer, recréer des liens. Elle vise le bien-être des individus en facilitant, dans le contexte non verbal, l'ouverture des canaux de communication. »³⁷

La façon de voir, de penser, de percevoir le son, la musique par chacun est à appréhender comme une expérience directement liée à la sensibilité et à l'affectivité de l'Homme. De la même façon le plaisir à éprouver telle ou telle association sonore fait partie des effets esthétiques en lien direct avec nos émotions, nos sentiments. C'est l'aspect affectif de la musique : ce que l'on entend, ce que l'on ressent. Ceci étant propre à chacun, dépendant de son identité, de ses préférences.

D'autre part, l'élément sonore est présent dès les prémices du développement de l'enfant. Des études ont montrées l'impact que pouvait avoir la musique sur le petit être encore dans le ventre de sa mère.

« L'élément sonore reste intimement lié à ce développement de personnalité qui voit l'enfant se dégager de son être biologique pour devenir un être symbolique »³⁸

En effet, le développement de l'enfant est très dépendant de son environnement, là où Winnicott parle de la « mère suffisamment bonne », il semble important de souligner la place de l'ensemble de l'entourage de l'enfant. Si la mère a un rôle important, l'environnement physique et psychique de l'enfant en y incluant l'environnement sonore contribuent à assurer son développement.

37 Brouard Vincent, La musicothérapie, une aide à la relation, Collection « les cahiers », p. 10

38 Ibid, p. 30

Un environnement défaillant, pathologique, les perturbations fonctionnelles et relationnelles, les différentes formes de psychoses sont autant d'éléments perturbateurs dans l'acquisition d'une capacité à se distancer du réel et à pouvoir se le représenter symboliquement par un ensemble de signes socialisés. L'enjeu de la musicothérapie réside donc dans l'ouverture des canaux de communication, le choix du groupe pour cet atelier n'étant pas anodin. La musique a un rôle de portance, elle a un fort pouvoir de mobilisation émotionnelle. En outre, la musique traverse les âges, les générations et les cultures. Elle est susceptible de toucher chacun d'entre nous, malade ou non.

- **Présentation des patients**

M. F, 25 ans, d'origine tunisienne, présente des troubles schizophréniques avec difficultés majeures d'adhésion aux soins et un contexte de mauvaise observance thérapeutique. Son admission à l'UMD fait suite à un passage à l'acte hétéro-agressif avec connotation sexuelle.

C'est un jeune homme discret au regard triste, peu expressif et peu bavard. Très interprétatif, M. F est souvent seul, isolé pendant les pauses ou les temps informel. Cependant lorsqu'il entre en relation avec quelqu'un, le discours est riche et cohérent, M. F porte un intérêt particulier aux actualités du Maghreb et semble prendre plaisir à échanger autour du thème de ses origines, du voyage.

M. C, 55 ans, présente une schizophrénie connue depuis 1987, avec un passé de passage à l'acte hétéro-agressif associé à des conduites addictives et une mauvaise observance thérapeutique. Son dossier fait état d'une anosognosie importante ainsi que d'une forte tension interne associée à un contexte délirant.

Lorsqu'on l'aperçoit dans les couloirs, M. C donne l'impression d'un homme d'un certain âge déboussolé, presque inquiétant, avec une hygiène corporelle approximative. Désorienté et délirant, persuadé que l'équipe soignante change le calendrier et l'heure, M. C montre cependant une étonnante capacité à être en relation, avec un sens fin de l'autodérision et une présence agréable.

M. M, 43 ans, né à Djibouti. Dans son dossier, quelques éléments indiquent une vie marginale dans une situation sociale précaire avec des antécédents de consommation de toxiques. Dans son anamnèse on peut retrouver les traces d'une décompensation schizophrénique associée à des troubles graves de la personnalité (type antisociale). Son parcours psychiatrique est marqué par des passages à l'acte hétéro-agressifs et agression sexuelle. A tout cela s'ajoute une décompensation psychotique avec des idées délirantes et menaces de persécution.

M. M est un patient très délirant, décrit par l'équipe soignante comme un personnage qui donne l'impression d'être « totalement déstructuré » voire « éclaté ». Souvent incohérent et incompréhensible dans son discours, M. M semble totalement aux prises avec maladie, rongé de l'intérieur.

M. B, 31 ans, originaire de la Réunion. Dans sa jeunesse, M. B fait l'objet de trois incarcérations pour actes de délinquance. On note une aggravation des délits dans le temps. Des troubles du comportement sont présents depuis l'enfance avec des conduites antisociales avérées dès l'âge de 14 ans. M. B présente un tableau de schizophrénie héboïdophrénique avec une thématique de persécution très présente. Le diagnostic fait l'hypothèse d'une évolution schizophrénique secondairement à une psychose infantile.

M. B est un jeune homme souriant, de présentation soignée, portant un intérêt particulier à son apparence. Apparence qui se trouve être l'objet d'assauts délirants avec des croyances de déformations ; en effet, M. B pense que son visage se déforme à cause des traitements, il dit ne plus se reconnaître dans le miroir et semble très inquiet de ses observations. Régulièrement dans la toute puissance, M. B montre, dans son unité, des difficultés à respecter un cadre, à se conformer aux règles.

- **Déroulement des séances**

Dans un enjeu de stabilité, les séances sont toutes mises en place selon une trame prédéfinie. Ceci permet de faire du lien, d'instaurer une certaine stabilité garante d'un espace sécurisé et étayant pour l'expressivité des patients.

Ainsi chaque début de séance est marqué par un temps de parole dont le but est de se remémorer la séance précédente, les exercices proposés. S'en suit un temps de présentation où chacun prend la parole, se présente et partage ce qu'il désire avec le reste du groupe.

Le temps suivant est un temps d'échauffement, d'éveil corporel où chacun propose un mouvement, au sol puis debout, en décrivant de façon précise la position à adopter. Dans cet exercice, le but est de proposer un mouvement simple, réalisable par tout le monde, et d'être capable de l'expliquer. Il s'agit donc d'un travail qui met en jeu les capacités de décentration, de perception de son propre corps, de sa description.

Par son immaturité latente et ses comportements de toute puissance, M. B a fait l'objet de nombreuses mises en garde de la part des soignants lors de ce travail. En effet, son manque de tolérance vis-à-vis des autres l'amenait à se moquer de façon inopportune, de sourire des difficultés des autres, de les critiquer en prétendant avoir la solution. Et parallèlement lorsque son tour arrivait, M. B se contentait souvent de proposer un mouvement identique à ce qu'il avait déjà proposé lors des séances précédentes.

Un temps d'improvisation à la fin de l'échauffement permet au patient de se retrouver en autonomie, dans une dynamique de groupe, avec un accès libre aux instruments. Pendant ce temps particulier la présence soignante, tout en restant disponible, est à l'écart pour favoriser un temps d'improvisation propre au groupe de patients.

Ce temps a permis au groupe de se structurer, d'être ensemble, d'écouter et d'échanger en respectant l'identité de chacun. Au fil des séances nous avons pu observer que certains schémas revenaient sans cesse, de façon spontanée l'improvisation se faisait en cercle, sur les fauteuils et chacun se saisissait du même style d'instrument à chaque fois. On pourrait parler de la naissance d'une certaine identité groupale avec la mise en place de repères, de modes de fonctionnement...

Après un temps de pause, la séance se poursuit par la pratique musicale qui offre un panel de propositions dans une logique d'évolution sur l'ensemble du cycle. La fin de séance est marquée par un temps d'écoute musicale suivi par un temps de parole pour permettre à chacun de verbaliser sur ses ressentis.

- **Evolution, comportements et identités propres**

M. B est un jeune homme qui a tendance à se mettre en avant, en vantant ses qualités sans tenir compte des autres, ou en leur rappelant leurs défauts. Élément qui semblait plutôt moteur dans le groupe en début de cycle, M. B s'est avéré en difficulté dans ses capacités à être ensemble. Régulièrement dans des comportements de toute puissance malgré les injonctions des soignants, M. B semble alors hermétique aux différentes remarques avec peu de capacités de remise en question. Cette attitude est d'autant plus présente lorsque Mr B se saisit d'un djembé.

En effet, ayant joué dans un groupe lorsqu'il était à la Réunion, il prend un certain plaisir à mettre en avant ses capacités dans ce domaine en dénigrant les autres ou en leur dictant une conduite.

Outre son comportement face au groupe, l'aisance musicale et la pratique des percussions de M. B témoignent inmanquablement d'une part de son identité, par son corps qui s'exprime. Lorsqu'il joue, on peut penser que c'est bien M. B qui s'exprime et non sa pathologie. Le visage éclairé d'un large sourire, le geste fluide et harmonieux, une posture assurée, c'est alors le musicien que nous voyons.

M. F est un patient qui s'est dévoilé au fil des séances de musicothérapie. Il est décrit comme peu expressif, avec des caractéristiques dépressives, au sein de son unité et dans les autres prises en charge avec un fond de persécution très présent. Discret en début de cycle, M. F s'est montré pertinent et cohérent dans ses interventions au sein du groupe, jusqu'à se dévoiler en tant qu'élément moteur, riche d'interprétation, parfois même souriant et expressif avec un discours spontané et argumenté.

Il a également montré une bonne capacité d'écoute vis-à-vis des autres, et un discours souvent teinté d'inquiétudes en lien avec ses origines. Lors des temps informels, M. F s'est peu à peu dévoilé en venant me confier un certain désir de reprendre des études, avec une personnalité timide mais un discours qui semblait sincère. Ce groupe de musicothérapie m'a ainsi permis de rencontrer un homme, riche de son origine tunisienne, avide de discussion autour de sa terre d'origine et du thème du voyage.

La relation thérapeutique établie au sein du groupe a, me semble-t-il, permis à M. F d'acquérir une certaine confiance lui permettant de tenir une discussion spontanée lors des temps informels. Dans ces moments, c'est bien l'identité dans son noyau culturel, de M. F qui est venue à la rencontre de mon identité professionnelle mais surtout de ma subjectivité teintée de mon goût pour le voyage. *Cette rencontre subjective souligne une fois de plus l'ambivalence que l'on peut trouver en milieu psychiatrique dans ces moments où la pathologie paraît presque illusoire.*

M. C est un patient délirant et désorienté. Malgré cela, M. C montre de véritables ressources adaptatives : avec l'étayage soignant, il parvient à rester dans le cadre du groupe, à s'y intégrer et même à faire preuve d'une certaine capacité d'autodérision sur ses difficultés. Il dévoile des capacités de mise en œuvre d'une réflexion cohérente, et dans des moments de lucidité un certain regard sur sa situation.

Lors des temps de verbalisation, il est arrivé à M. C de verbaliser quelques éléments de son parcours psychiatrique, et malgré une anosognosie des troubles, une reconnaissance de certaines de ses difficultés : « *Je m'appelle Mr C, je ne sais pas vraiment ce que je fais ici mais j'ai dû faire face à des difficultés dans ma vie...* » ou encore « *j'ai commencé le sport bien trop jeune et je le sens maintenant dans mon corps* ». Malgré une pathologie bien installée, ses paroles reflètent selon moi une part de l'histoire personnelle de M. C, une part de son identité.

Malgré un fond délirant très présent au quotidien, M. M intègre le cycle de musicothérapie avec une bonne qualité de présence et d'écoute. M. M investit réellement le support et se montre capable de verbaliser de façon cohérente et de plus en plus spontané au fil des séances.

Il dévoile de bonnes capacités mnésiques quand il s'agit de se remémorer les séances, les différentes propositions et fournit régulièrement des descriptions riches de précisions. Lors d'une séance, à la question « *est-ce que vous vous souvenez de la dernière écoute musicale ?* » il répond simplement « *mais oui, j'me souviens c'était un peu du jazz-blues et qui me faisait penser à un bistrot parisien ! Même que Mam's'elle Mathilde elle avait pensé à la même chose !* » [Petite anecdote soulignant que la question venait de moi, ne me rappelant plus de cette fameuse écoute...]. Cette courte phrase est un exemple de l'investissement du groupe de M. M, de ses capacités d'écoute, de verbalisation mais aussi de l'attention qu'il peut porter aux autres et à leurs ressentis.

De plus, la verbalisation de ses ressentis lors des différentes écoutes musicales fait réellement appel à nos capacités de représentation individuelles, d'imagination, chacun ressent la musique à sa façon et l'exprime en conséquence, dévoilant une part de son intériorité.

- **L'identité du groupe**

Tout groupe spécifique a sa culture propre et va servir de système de référence, de grille de décodage, de système d'interprétation. La constitution d'un groupe va amener la création de repères qui lui sont propres, de règles de fonctionnement avec des notions d'identification, de représentations et de significations communes.

Le choix de constituer un groupe pour la musicothérapie, et d'autant plus un groupe fermé qui ne change pas pendant toute la durée du cycle, permet la mise en place de liens rapidement. Le nombre limité de séances contribue à cet investissement relativement fort de l'entité groupe. Par son aspect fermé et temporaire, ce groupe offre quelque chose d'original qui amène spontanément à une certaine complicité entre ses membres.

Le facteur « plaisir » est également important, plaisir à être ensemble et à communiquer ; c'est ce que précise l'historien H. Bennezon : « *le plaisir qu'éprouvent les individus pour une communication qui fonctionne bien constitue la force motrice qui les pousse à rechercher les relations humaines. En revanche, la frustration dans la communication se manifeste par une augmentation de la formation des symptômes et tend à faire que les individus se retirent des réseaux qui fonctionnent mal.* »³⁹. On comprend bien ici le rôle de rassemblement que peut prendre l'entité groupale, ou au contraire celle d'éclatement. C'est à ce niveau que l'identité des thérapeutes est importante et veille à la cohésion groupale en tenant compte des identités individuelles.

Or, si l'on considère qu'il n'y a pas d'identité sans altérité, on peut souligner l'importance du lien social dont se déduirait l'identité, identité singulière et collective. La force du lien créé amène, par la richesse des différences qui constituent les membres du groupe, la construction d'une réelle identité groupale.

39 Brouard Vincent, La musicothérapie, une aide à la relation, Collection « les cahiers », p. 46

Conclusion

« L'être en souffrance n'est plus l'être ouvert au monde, existant dans toutes ses dimensions, mais fermé et retourné sur lui-même, aliéné. » F. Desobeau⁴⁰

Ma rencontre avec l'univers de la psychiatrie m'a amenée à côtoyer des hommes en grande souffrance, aliénés, fermés sur eux-mêmes, comme le décrit si bien F. Desobeau. Le poids de la pathologie présent entre les murs de l'UMD, contraste avec l'image diabolique dans laquelle la société plonge ces patients. Loin de moi l'idée d'entrer dans un jugement définitif, je voudrais simplement amener les éléments de réflexion qui m'ont permis de rédiger cet écrit. La peur, l'incompréhension des troubles psychiatriques, la méconnaissance de leurs mécanismes et de leurs causes exactes sont autant d'éléments qui viennent soutenir la stigmatisation sociale de la pathologie mentale.

Cependant, la schizophrénie, loin du masque de l'identité multiple que lui attribue l'inconscient collectif, touche le sujet dans sa globalité. L'expérience de la réalité est remaniée sous forme de délires, sortes de cauchemars éveillés où angoisses et sentiments de persécution sont bien souvent de mise. Cette vision bien plus sombre de la schizophrénie souligne l'état de souffrance dans lequel semblent être enfermés ces hommes. Les symptômes paraissent alors venir comme une tentative de lutte contre cette réalité angoissante, persécutrice, et le repli, l'évitement affectif, l'hypertonie... semblent être des réactions défensives légitimes !

La souffrance psychique engendrée par la schizophrénie amène à une véritable destruction identitaire par son impact psycho-corporel. La relation à soi comme la relation à l'environnement sont mises à mal. C'est l'identité même de la personne qui s'estompe au profit de l'expression symptomatique de la maladie.

Or, si les symptômes peuvent être pris en charge, atténués voire parfois traités par des solutions médicamenteuses, il ne faut pas négliger les bienfaits d'une prise en charge corporelle intégrée à l'ensemble du maillage institutionnel.

40 F. Desobeau, orthophoniste et psychomotricienne

L'ancrage corporel amenant un ancrage à la réalité, en favorisant les sentiments d'unité corporelle et de continuité temporelle, **l'approche psychomotrice participe activement à la restauration du sentiment d'identité.**

Un travail en psychomotricité permet donc une remise en route des processus essentiels qui structurent l'identité : la sensation d'unité corporelle qui fonde le sentiment d'exister, la sensation d'appui comme point de départ pour le mouvement, c'est aussi se sentir accepté et reconnu pour s'autoriser à exprimer ses besoins et ses désirs et affirmer ce que l'on est.

La rencontre avec M. V, dans son évolution, m'a montré à quel point un individu tel que lui, qui me semblait envahi par sa pathologie, vide de toute trace d'une identité extérieure à la schizophrénie, pouvait en réalité se révéler en tant que personne ayant des besoins et des désirs.

En prenant du recul, l'attrait pour la relaxation que m'a montré M. V me laisse penser que cette volonté est peut être à mettre en lien avec une certaine forme de processus auto-calmant. De façon plus ou moins consciente et par les besoins du corps, le sujet lui-même trouve les solutions à ses problèmes. Lors d'un état de crise, la capacité de M. V à verbaliser le fait qu'il ne voulait pas s'allonger mais plutôt un massage dans le dos, chose qu'il apprécie, montre les capacités de M. V à gérer sa crise, en restant accessible à la relation et sensible à l'étayage soignant.

Que ces processus soient conscients ou non, volontaires ou pas, ils contribuent selon moi à maintenir quelque chose de l'identité propre du sujet luttant contre sa maladie. Par son approche corporelle et le réinvestissement du corps en tant que contenant, **la psychomotricité vient appuyer ces processus, renforçant le maintien identitaire** pour amener progressivement vers un réinvestissement psychique.

Par ailleurs le groupe en musicothérapie m'a confortée quant à la légitimité de cette approche corporelle. Par la pratique et l'enjeu émotionnel de la musique, la pathologie semblait mise en veille pendant les séances au profit de la relation, du lien groupal, permettant l'expressivité de chacun.

Mr B et sa pratique du djembe, la participation active et cohérente de M. M, l'autodérision de M. C et les interprétations de M. F sont autant de témoignages de l'identité profonde de ces hommes.

Face aux difficultés de ces patients, la confusion identitaire et le contexte délirant, la psychomotricité trouve donc toute sa place en amenant vers l'harmonisation du vécu corporel et psychique, dans le lien à soi et à l'Autre.

Enfin il me semble nécessaire de souligner l'importance de l'ensemble des prises en charges institutionnelles, de la complémentarité des approches, qui créent ainsi une véritable enveloppe institutionnelle garante du cadre et de stabilité. La richesse des observations cliniques dans les différents domaines est à même de donner un point de vue global sur le patient, permettant de mettre en lumière ses difficultés et ses capacités afin de mettre en place des propositions adaptées à la problématique de chacun.

Le cadre particulier de l'UMD m'a également confrontée à mes propres représentations de la pathologie mentale et a contribué à affiner mon regard clinique. Mon identité propre, en tant que stagiaire et jeune femme, dans ce contexte, a nécessairement influencé mon approche auprès des patients, m'amenant à un contact plus ou moins spontané.

La question de la place du sujet par rapport à sa pathologie, en l'occurrence la schizophrénie, est donc un sujet complexe, notamment par les mécanismes encore mal connus qui sont mis en jeu. Cependant, la mise en évidence d'un certain profil psychomoteur en tant que trace de l'expression de la schizophrénie conforte l'intérêt de l'approche psychomotrice auprès de ces patients. Et si les traitements médicamenteux s'attachent à réduire l'expression symptomatique de la maladie, la psychomotricité porte un intérêt au sujet dans toutes ses dimensions, la pathologie étant considérée comme faisant partie du sujet sans pour autant en refléter l'identité.

L'approche des symptômes psychomoteurs, de leur retentissement affectif, de leur valeur défensive, reconnaît un rôle actif du sujet dans sa maladie et son évolution. Ainsi, en proposant un travail corporel, autour des sensations et des perceptions, et en accompagnant le sujet dans leur mise en sens, la psychomotricité tente de redonner un certain contrôle au sujet sur ses propres états, véritable ancrage identitaire...

Bibliographie

- ANCET P., Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée, Dunod, Paris 2010
- ASENJO C., De la relation à soi à la relation à autrui, la relation au cœur du maintien de l'identité auprès des personnes âgées dépendante, Juin 2014
- BAGNAROSA N., Un détour par le corps de l'autre, approche psychomotrice de personnes en souffrance psychique, Juin 2014
- BINSWANGER L., Le cas Suzanne URBAN, étude sur la schizophrénie, Gérard Monfort, 1988
- BOISSAYE X., L'autre face du miroir, Collection « Les empêcheurs de penser en rond », Institut d'édition Sanofi-Synthélabo, Paris 2000
- BOUTINAUD J./ JOLY F./ MOYANO O./RODRIGUEZ M ., Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives pour une approche psychodynamique, éditions IN PRESS 2014
- BROUARD V., Musicothérapie Une aide à la relation, Collection « Les cahiers » Edition du NON VERBAL /A.M. Bordeaux
- DEFIOLLES-PELTIER V., Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, éditions GREGO, 2010 (2ème édition)
- DEGAS W., L'agressivité peut-elle témoigner d'une mauvaise organisation de l'enveloppe corporelle ?, Thérapies psychomotrices n°177 p. 16 à 27
- DELMAS M.E, La stigmatisation internalisée à l'épreuve de l'hospitalisation en milieu psychiatrique : le sujet stigmatisé face à son estime et sa confiance en soi, Mémoire de recherche Master 1 de Psychologie, juin 2013
- DROPSY J. Vivre dans son corps, expression corporelle et relations humaines, édition IES, 1996.
- DUBOURG L., Être psychomotricienne auprès de patients psychotiques : les enjeux de la relation homme femme dans une relation thérapeutique, Juin 2013
- FALLA, C., Approche de la psychomotricité dans un service de psychiatrie en milieu carcéral, Juin 2013
- GOUSSEAU C., La douleur chez la personne âgée, accompagnement dans le réinvestissement de soi en psychomotricité, Juin 2013
- GOYTY M., Du morcellement vers la réappropriation corporelle, Approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie dans une unité de transition de psychiatrie adulte, Juin 2014

- HAOUSIR S. & BERNOUSSI A., Les schizophrénies, ARMAND COLIN, 2010
- KAES R. et al., Différences culturelles et souffrances de l'identité, édition Dunot, 1998.
- KATCHADOURIAN F. & MANET C., Psychomotricité et psychose : un effet de stabilisation dans un cas de psychose ordinaire, ERES, Clinique, 2013, p. 124 à 147
- KOENIG FLAHAUT M. / CASTILLO MC. / SCHAER V. / LE BORGNE P. / BOULEAU JH. / BLANCHET A., Le rétablissement du soi dans la schizophrénie, Information psychiatrique, vol 88, n°4, p. 279-285
- KOHL FS. / PRINGUEY D., Représentations étiologiques et problématique identitaire dans la schizophrénie : tentatives de sortie du tourbillon psychotique, Evolution Psychiatrique, vol 70, n°4, p. 721-729
- LOLO B., Schizophrénie, autrement..., L'Harmattan, 2011
- LOUIS O., Psychiatrie pour le D.E. et les équipes soignantes, éditions Frisson-Roche, Paris 1995
- MARTIN B. & FRANC N., Schizophrénie : guérir, se remettre, se rétablir ? Santé Mentale n°191, p.40-42
- MUCCHIELLI A., L'identité, collection Que sais-je ?, 2011
- OURY J., Corps et structure institutionnelle, ERES, Santé Mentale, 2010 p. 157 à 172
- PERRON R., Histoire de la psychanalyse, Que sais-je ? 2011
- POTEL C., Être Psychomotricien, édition ERES, 2013 (1^{ère} édition 2010).
- PRINGUEY D./ AZORIN JM. / CERMOLLACE M. / NAUDIN J., Pour une thérapie de l'identité dans la schizophrénie, Annales médico-psychologiques, vol 169, n°1, p. 46-50
- THILL L., « Ce matin ma grand-mère m'a dit... » (Jeanette 85ans), L'identité en question chez les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer, Juin 2005
- TRINLE A., La présence, un savoir-être à cultiver, RABELL Editions
- WINNICOTT D., Agressivité, culpabilité et réparation, Petite bibliothèque PAYOT, 2004
- WINNICOTT D., La capacité d'être seul, Petite bibliothèque PAYOT, 2012

<http://www.psychologie-et-societe.org/identite-sociale.aspx>

<http://www.psychiatriemed.com>

Table des matières

Introduction.....	1
Problématique / Hypothèse.....	3
CHAPITRE 1 : L'identité en question	5
1. Définition, références théoriques.....	7
• <i>Psychologie et psychologie sociale.....</i>	7
• <i>Biologie.....</i>	8
• <i>Philosophie.....</i>	9
• <i>Psychanalyse.....</i>	10
2. La construction de l'identité.....	10
• <i>La construction de l'identité dans le développement de l'enfant.....</i>	10
• <i>Le stade du Miroir.....</i>	12
• <i>L'identification de l'autre, l'identification à l'autre.....</i>	13
• <i>La place du social dans la construction de l'identité.....</i>	15
3. Le sentiment d'identité.....	17
• <i>Le sentiment de continuité de l'être de Winnicott.....</i>	18
• <i>Le sentiment d'estime de soi.....</i>	19
4. La place du corps.....	19
• <i>Le dialogue tonico-émotionnel.....</i>	20
• <i>L'identité posturale.....</i>	21
• <i>La mémoire du corps.....</i>	22
CHAPITRE 2 : être ou avoir ? La schizophrénie...	25
1. Petite Histoire de la folie.....	26
• <i>Chronologie.....</i>	26
• <i>Approche catégorielle des troubles psychiatriques.....</i>	28
2. La schizophrénie, un exemple de psychose de l'adulte.....	29
• <i>Sémiologie.....</i>	30
• <i>Les principales formes cliniques.....</i>	34
• <i>Le traitement.....</i>	35
• <i>L'observance thérapeutique et les patients chimio-résistants.....</i>	37
3. Vivre avec la schizophrénie.....	39
• <i>Impact pharmacologique.....</i>	39
• <i>Impact social.....</i>	39
• <i>Répercussions identitaires.....</i>	40

CHAPITRE 3 : Quand la psychomotricité rencontre la psychose ; enjeux d'une relation thérapeutique **43**

1. L'identité dans la pratique psychomotrice.....	45
2. L'identité du thérapeute.....	46
• <i>Se rencontrer soi-même pour rencontrer l'autre.....</i>	46
• <i>Enjeux de la relation homme-femme avec des patients psychotiques.....</i>	48
• <i>Quand les émotions entrent en jeu : transfert et contre-transfert.....</i>	51
3. Profil psychomoteur de la schizophrénie.....	55
4. Enjeux d'une prise en charge en psychomotricité.....	57
5. Les outils thérapeutiques.....	60
• <i>Travail sensoriel.....</i>	60
• <i>Tonus et posture.....</i>	61
• <i>L'importance du cadre.....</i>	62

CHAPITRE 4 : Histoires de rencontres, Histoires d'Hommes **63**

1. Présentation de l'Unité pour Malades Difficiles.....	64
• <i>Présentation de la structure.....</i>	64
• <i>Le pôle Ergothérapie.....</i>	66
2. M. V, 26 ans, schizophrène.....	66
• <i>Anamnèse et parcours psychiatrique.....</i>	67
• <i>La première rencontre et le bilan psychomoteur.....</i>	68
• <i>Prise en charge en psychomotricité.....</i>	70
• <i>Le suivi thérapeutique.....</i>	72
• <i>Bilan de la rencontre.....</i>	77
3. Un exemple de groupe en Musicothérapie.....	78
• <i>La Musicothérapie.....</i>	79
• <i>Présentation des patients.....</i>	80
• <i>Déroulement des séances.....</i>	81
• <i>Evolution, comportements et identités propres.....</i>	83
• <i>L'identité du groupe.....</i>	85

Conclusion..... **86**

Bibliographie..... **90**

Table des matières..... **92**