



HAL
open science

Corps dissocié, corps disperse : l'approche sensorielle de la psychomotricité au service de l'enveloppe psychocorporelle chez des personnes schizophrènes

Marie-Ève Valdenaire

► To cite this version:

Marie-Ève Valdenaire. Corps dissocié, corps disperse : l'approche sensorielle de la psychomotricité au service de l'enveloppe psychocorporelle chez des personnes schizophrènes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01205908

HAL Id: dumas-01205908

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01205908>

Submitted on 28 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.

Mémoire présenté par :

Marie-Eve VALDENAIRE

CORPS DISSOCIÉ, CORPS DISPERSÉ

L'approche sensorielle de la psychomotricité au service de l'enveloppe psychocorporelle chez des personnes schizophrènes

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

www.gric.at

Travail encadré par :

Mme. PAILLARGUE

Mme. KOZMON

Session Juin 2015

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE
Site Pitié Salpêtrière
91, Boulevard de l'Hôpital – 75013 PARIS



Mémoire présenté par :

Marie-Eve VALDENAIRE

CORPS DISSOCIÉ, CORPS DISPERSÉ

**L'approche sensorielle de la psychomotricité au service de l'enveloppe
psychocorporelle chez des personnes schizophrènes**

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

Travail encadré par :

Mme. PAILLARGUE


Mme. KOZMON

Session Juin 2015

REMERCIEMENTS

Pour eux, pour moi ...

Un grand merci à : Anne-Lise, Marion, Stéphanie, Paule, Laura, Déborah, Erwan, Aude, et Claude... ; avec qui j'ai partagé tant d'émotions au cours de cette année, et qui m'ont soutenue dans le travail d'élaboration et de rédaction de cet écrit.



*« Te corps qui est mien. Te corps qui n'est pas mien.
Te corps qui est pourtant le mien. Te corps étranger.
Ma seule patrie. Mon habitation. Te corps à reconquérir¹. »*

¹ HYVRARD, 1977, p 31.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE 1 : A LA RENCONTRE DE PERSONNES SCHIZOPHRENES..	11
I. Bastien et l’omniprésence de la schizophrénie	11
1) Anamnèse et histoire de vie.....	12
2) L’expression des différents syndromes de la schizophrénie chez Bastien	13
a- L’expression du syndrome délirant chez Bastien	14
b- Bastien et le syndrome de discordance	14
c- La mise en avant du syndrome déficitaire pour Bastien	16
3) Les Angoisses de Bastien	17
II. Victor et la schizophrénie paranoïde	19
1) Anamnèse et histoire de vie.....	19
2) L’expression des différents syndromes de la schizophrénie chez Victor	21
a- Victor et le syndrome délirant de type paranoïde	21
b- Le syndrome de discordance : du mutisme à l’hypomanie.....	23
c- Le syndrome déficitaire et l’anxiété	24
3) Les substances psychoactives comme contenance et réponse à l’anxiété	24
a- Alcool, cocaïne et traitements médicamenteux	25
b- La prise de toxique comme substitut d’une enveloppe psychocorporelle	26
CHAPITRE 2 : LE CORPS DIFFUS, L’ENVELOPPE NON-CONTENANTE	28
I. La peau, reflet de l’état interne.....	28
1) Le sens tactile	28
a- La peau et ses récepteurs sensoriels.....	29
b- La difficulté de perception des sensations pour Bastien	29
2) La peau, fonctions de contenance, de pare-excitation, d’individuation et d’intersensorialité.	30
3) La peau comme lieu d’expression d’un mal être	32
II. Le tonus et son expression	34
1) Les différentes fonctions toniques.....	34
2) Les deux polarités toniques de Bastien.....	36
a- L’hypertonie comme carapace tonique	36

b-	L'hypotonie hyper-porosité à l'environnement	39
3)	L'ambivalence tonique chez Victor.....	40
a-	L'hypertonie	40
b-	L'hypotonie abandonnique	42
III.	L'axe corporel, lieu d'intégration	43
1)	L'axe corporel et sa maturation	43
2)	Bastien, un corps en enroulement.....	44
3)	L'axe corporel, ligne de droiture chez Victor.....	46
	CHAPITRE 3 : LA MEDIATION DU PACK.....	48
I.	Le pack, une pratique controversée.....	49
1)	Le déroulement d'une séance de pack	49
a-	Les différentes étapes de la séance	49
b-	Les méthodes d'enveloppement utilisées.....	50
2)	Une méthode controversée en lien avec les représentations que l'on a du pack	51
3)	L'apport de cette méthode malgré la controverse	52
a-	Mon expérience dans le pack comme base de mon accompagnement du patient.....	53
b-	Le holding du patient	54
II.	Les séances de pack avec Bastien.....	55
1)	Evolution au cours des séances	56
a-	Une évolution dans la perception des sensations pour Bastien	56
b-	De l'hypervigilance au lâcher prise.....	57
c-	La place de la parole : évolution de la verbalisation	58
2)	La régression du patient.....	60
3)	L'arrêt du pack : l'enveloppement comme transition vers l'extérieur	61
III.	L'approche institutionnelle.....	62
1)	Le cadre spatio-temporel des séances.....	63
2)	Le soutien institutionnel	64
a-	La nécessité d'une formation et d'une supervision pour l'équipe du pack.....	64
b-	Limite concernant le soutien de l'institution	65
	CHAPITRE 4 : LE TRAVAIL SUR LES ENVELOPPES PROPOSE EN	
	PSYCHOMOTRICITE	68
I.	Le groupe de psychomotricité : « Corps et Sensations »	68
1)	Un travail tourné sur la sensorialité	69

2) L'expérience d'une variation tonique entre le début et la fin de la séance	70
3) L'enveloppe sonore	71
II. L'intérêt du groupe dans le cas de Bastien et Victor	73
1) L'évolution de Bastien dans un travail sur la sensorialité	73
a- Les sensations perçues de plus en plus finement	73
b- La variation tonique et l'ébauche d'un axe corporel stable	74
c- L'évolution dans l'expression de ses émotions	75
2) Une relation au groupe conflictuelle pour Victor	75
a- Rappel sur le contexte de prise en charge	76
b- Déroulement de sa première séance	76
c- Le besoin d'une relation duelle privilégiée au cours de sa seconde séance	77
d- L'interruption de ce suivi et la troisième séance	78
III. Réflexion et retour sur ma pratique dans le cadre du groupe de psychomotricité	79
1) Mon questionnement sur le groupe comme enveloppe	79
a- Le cadre des séances et ses rituels comme structure fiable du groupe	79
b- La dynamique de groupe, finalité d'une enveloppe groupale ?	80
2) La relation aux patients et la place de thérapeute	82
a- De la place de stagiaire à celle de référente du groupe de psychomotricité	82
b- La relation avec des patients en psychiatrie adulte	83
c- Intérêt d'un double suivi en groupe et en individuel	84
CONCLUSION.....	86
ANNEXE 1, Les principales voies dopaminergiques	89
ANNEXE 2, Anomalies morphologiques cérébrales dans la schizophrénie	90
ANNEXE 3, Les récepteurs sensoriels de la peau transmettent les informations au cortex cérébral au niveau de l'homunculus de Penfield	91
ANNEXE 4, Dessin du bonhomme de Bastien à la suite de la 10 ^{ème} séance de Pack	92
ANNEXE 5, Photographie de la salle de Pack	93
ANNEXE 6, Dessin du bonhomme de Bastien à la suite de la 4 ^{ème} séance de Pack	94
BIBLIOGRAPHIE	95

INTRODUCTION

Au cours de ma troisième année d'étude de psychomotricité, du travail de réflexion et de rédaction du mémoire, j'ai choisi de m'intéresser à la schizophrénie. Déjà pendant ma deuxième année, je me posais des questions sur la schizophrénie et les angoisses de morcellement. Je n'arrivais pas à me représenter les manifestations de cette pathologie dans la clinique et la manière dont les patients se représentent leur corps. Il m'était difficile d'imaginer que l'on puisse avoir la sensation d'être morcelé. Je ne parvenais pas à avoir une représentation de la schizophrénie, sans tomber dans une caricature.

Afin de parvenir à une représentation de ce qu'est la psychose et plus particulièrement la schizophrénie, je suis allée chercher mes réponses sur le plan clinique. J'ai fait le choix de faire mes deux stages longs de troisième année dans le domaine de la psychiatrie adulte ; l'un en intra-hospitalier et le second dans un Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel. Ces deux expériences m'ont permis de faire des liens et de nourrir ma réflexion et ma pratique. Les patients et la clinique que je vais aborder dans ce mémoire, sont tirés de mon stage en intra-hospitalier où je rencontre, pour la plupart, des patients hospitalisés. La psychomotricienne et moi-même, ainsi que d'autres professionnels ergothérapeute, psychologue et art-thérapeutes, accueillons les patients hospitalisés au sein du Centre Thérapeutique de Jour. Ce centre est un bâtiment qui se trouve à l'extérieur des unités de soin. Cet espace d'accueil est donc non-médicalisé, il vise à favoriser l'échange entre les patients et les soignants, et également entre patients. C'est au sein de ce lieu que sont proposées des activités thérapeutiques.

« Il y a deux voies pour accéder à la compréhension de la psychose : le chemin du dehors, qui aboutit à la classification nosographique de la psychiatrie, et la route du dedans, ou le chemin fait avec le malade [...] qui ouvre le monde de la psychose dans toute sa plénitude². » J'ai choisi ici de faire le lien entre ces deux chemins, le lien entre le dehors et le dedans. La rencontre avec des patients schizophrènes m'a permis de faire des hypothèses sur le fonctionnement psychomoteur et de mieux appréhender leur représentation du corps.

² PANKOW, 2006, p 13.

Je me suis questionnée sur la place de la psychomotricité pour ces patients, ce qui m'a conduit à poser ma problématique : **En quoi la psychomotricité peut permettre une unification du corps et ainsi construire un contenant psychocorporel chez la personne schizophrène?** Pour amener des éléments de réponse à cette question j'ai choisi de présenter deux patients : Bastien et Victor que nous suivrons tout au long de cet écrit.

Dans un premier chapitre, je vous présenterai ces deux patients : leur histoire de vie, ainsi que l'expression de leur pathologie. Nous emprunterons alors le chemin du dehors comme première approche. Dans les chapitres suivants, nous marcherons sur la voie du dedans en passant par la clinique, et en faisant le lien avec la théorie.

Nous parlerons dans une deuxième partie, des répercussions que l'on peut observer au niveau du corps et la non-contenance de celui-ci. Nous aborderons ainsi la notion d'enveloppe par l'intermédiaire de la peau, du tonus et aussi de l'axe corporel comme lieu d'intégration.

Dans un troisième chapitre, nous nous attarderons sur la médiation du pack qui est proposé dans l'institution où je suis en stage. Nous verrons en quoi le pack, dans son aspect sensoriel, peut permettre l'élaboration d'une première forme d'enveloppe psychocorporelle. Je vous présenterai également les réflexions que j'ai menées autour de cette médiation.

Enfin, dans un dernier chapitre, je vous parlerai d'un groupe de psychomotricité que j'ai mis en place, intitulé « Corps et Sensations ». Toujours dans une approche sensorielle, nous verrons en quoi cette pratique tente d'apporter une contenance. Les différents vécus de Bastien et Victor, m'amèneront à me questionner sur ma pratique, sur la notion de groupe et de relation.

CHAPITRE 1 : A LA RENCONTRE DE PERSONNES SCHIZOPHRENES

La schizophrénie appartient à la grande catégorie des psychoses. Il s'agit de troubles mentaux altérant profondément la relation d'un individu à lui-même et à la réalité³. La schizophrénie est une maladie psychique invalidante qui s'inscrit dans une chronicité. Son évolution est très variable en fonction des individus, de l'expression de la maladie, de la sensibilité aux traitements, de l'entourage, des différents facteurs socioculturels, ainsi qu'à l'étendu de l'atteinte cérébrale. L'entrée dans la maladie a lieu entre 15 et 35 ans et touche autant d'hommes que de femmes.

Ce premier chapitre constitue une approche de ce que peut être la schizophrénie. Je ne prétends pas ici en donner une définition précise, mais plutôt comprendre comment cette pathologie s'exprime pour deux des patients que j'ai rencontrés au cours de mon stage à l'hôpital psychiatrique : Bastien et Victor. Je vous présenterai d'abord Bastien, puis Victor en retraçant leur histoire de vie, ainsi que l'expression de leur maladie. Pour tenter d'être le plus clair possible, j'ai fait le choix d'aborder la schizophrénie selon trois grands syndromes que sont le syndrome délirant, le syndrome de discordance et le syndrome déficitaire.

I. Bastien et l'omniprésence de la schizophrénie

Dans cette première partie, je vous propose de partir à la rencontre de Bastien avec son anamnèse. Puis nous verrons l'expression des différents syndromes délirant, discordant et déficitaire pour ce patient. Enfin nous parlerons de l'angoisse qui fait souvent partie des symptomatologies de la schizophrénie, et qui chez Bastien est très présente.

³CARRIC, 2001, p 145.

1) Anamnèse et histoire de vie.

Bastien est un patient de 27 ans, actuellement en hospitalisation complète à l'hôpital psychiatrique. Il est en soin libre depuis son arrivée à l'hôpital. L'unité dans laquelle il se trouve est ouverte, les patients peuvent ainsi aller et venir dans l'hôpital sous prescription médicale. En l'absence de prescription, ils restent dans l'unité. Les patients pour lesquels y a un risque de fugue important, portent une tenue fournie par l'hôpital. Bastien dispose de ses vêtements et effets personnels et peut sortir de l'unité sans accompagnement.

Il est l'aîné d'une fratrie de deux garçons. Il vivait chez sa mère avec son frère avant l'hospitalisation, et travaillait comme jardinier dans le cadre d'une formation de BEP (Brevet d'Etudes Professionnelles). Sa mère est secrétaire médicale et son frère travaille dans le domaine de l'économie et de la gestion. Son père est décédé suite à un cancer, quand Bastien avait 8 ans.

D'après les dires de sa mère lors d'entretiens familiaux, Bastien a marché seul à 18 mois, mais ne serait pas passé par la tenue assise. Elle dit également qu'elle était dépressive à la naissance de son fils. Au cours de son enfance, il a eu des reflux gastro-œsophagiens dus au stress, pour lesquels il a dû être hospitalisé et opéré. Il redouble son CP, puis à l'âge de 7 ans il est orienté vers un CMPP (Centre Médico-Psychologique et Pédagogique) à la demande de l'école et du psychologue scolaire. Il est diagnostiqué dyspraxique et présente des troubles de l'élocution. Il sera suivi par une psychomotricienne, une psychologue et une orthophoniste.

Bastien explique qu'il n'a pas pu poursuivre ses études dans le milieu général car le rythme était trop difficile à suivre pour lui. En 2010, il travaille donc comme jardinier pour obtenir son BEP. Il décrit un supérieur constamment sur son dos, impulsif et alcoolique. A la même période, il se fiance avec une jeune femme sans comprendre que cela impliquait de se marier.

Bastien est connu du secteur depuis 2010, où il est suivi pour des troubles de la personnalité. En 2011, il ressent des angoisses liées à ses fiançailles. Il prendra donc la

décision de rompre, suite à quoi les angoisses vont s'amplifier et il se sentira persécuté par son supérieur et parfois par sa mère. L'entrée dans la maladie s'est faite de manière insidieuse. Il s'agit d'une première hospitalisation qui a débuté en septembre 2013, en alternant les hospitalisations complètes et les hospitalisations de jour. Le diagnostic de schizophrénie a été posé, associé à des angoisses dissociatives de morcellement et un syndrome discordant très présent. Lorsque je le rencontre, ses traitements médicamenteux se composent de trois neuroleptiques, d'un antidépresseur, d'un anxiolytique, d'un antihistaminique pour limiter les réactions allergiques, de deux hypnotiques*, et de deux laxatifs. Malheureusement, Bastien est atteint d'une forme de schizophrénie pharmaco résistante*. Les traitements proposés ne permettent pas actuellement d'apaiser l'angoisse dont il se plaint régulièrement.

On remarque que Bastien se situe dans le début de la maladie, avec une prise en charge relativement récente. Son parcours de vie est parsemé de problèmes de santé qu'il place au premier plan dans son discours. Il a tendance à beaucoup parler de ses symptômes que nous allons aborder dans la partie suivante. Il utilise souvent des terminologies médicales pour parler de ses troubles.

2) L'expression des différents syndromes de la schizophrénie chez Bastien

Dans cette partie, je vous propose de parler des différents syndromes de la schizophrénie et de leur expression chez Bastien. Comme je l'ai énoncé plus haut, il est atteint d'une schizophrénie, associée à des angoisses dissociatives de morcellement. Il est également précisé que le syndrome discordant est au premier plan. Nous parlerons en premier lieu du syndrome délirant qui est assez peu présent pour ce patient. Puis nous aborderons le syndrome de discordance, suivi du syndrome déficitaire. Enfin, nous tenterons d'éclaircir la notion d'angoisse dissociative de morcellement.

* Hypnotique : Médicament qui vise à réguler le sommeil.

* Pharmaco résistant : qui ne répond pas au traitement médicamenteux.

a- L'expression du syndrome délirant chez Bastien

Le délire est un ensemble d'idées fausses et de convictions qui s'imposent au sujet⁴. Pour Bastien, le syndrome délirant s'exprime principalement sur un mécanisme hallucinatoire visuel et/ou auditif. Les hallucinations sont souvent présentes dans la schizophrénie et peuvent toucher tout les sens. Elles constituent des perceptions sans objet que le patient reçoit⁵. Sur le plan visuel, Bastien peut percevoir des personnes comme si elles étaient des objets, notamment de sa mère. Il lui arrive de voir son père comme s'il était vivant ou encore de se voir lui-même dans un cercueil. Sur le plan auditif, ces hallucinations se manifestent par une voix qui lui demande de tuer des personnes principalement des femmes, ou qui lui disent des injures. On peut voir ici les thèmes délirants de persécution ou encore d'influence. La persécution est un délire interprétatif où le patient a la conviction injustifiée qu'on lui veut du mal. Le délire d'influence se manifeste par des phénomènes parasites vécus par le sujet avec la conviction qu'une action dirige ses pensées, oriente ses sentiments, et commande ses actes et ses comportements⁶.

Bastien rapporte qu'il peut s'apercevoir après quelques instants que ce n'est pas la réalité. Néanmoins durant les séances de psychomotricité ou de pack, il lui arrivait de parler des symptômes de sa maladie, mais de toujours préciser : « *je n'ai pas de délire* ». Le médecin psychiatre remarquera que le délire de Bastien semble s'inspirer des symptômes délirants des autres patients présents dans l'unité, rendant ainsi la manifestation du délire fluctuant en fonction des personnes qu'il côtoie. Le délire peut également être marqué par la discordance.

b- Bastien et le syndrome de discordance

Le syndrome de discordance est l'expression d'un clivage des différentes fonctions psychiques (pensées, affects, expressions verbales, comportement) qui se trouvent notamment à l'origine des bizarreries du comportement. On peut mettre en lien les comportements de

⁴ANDRE, 2013, p 77.

⁵ CARRIC, 2001, p78.

⁶Ibid, p 79.

discordance avec l'atteinte du système dopaminergique* (cf annexe 1) et la dilatation des ventricules corticaux (cf annexe 2). Dans certaines régions corticales le système dopaminergique est hyperactif, ou hypoactifs ; ce qui entraîne des répercussions dans la planification et le contrôle du mouvement, dans la motivation, la mémoire de travail, la croissance, et le comportement sexuel⁷. La dilatation ventriculaire entraîne une diminution des noyaux gris centraux* qui interviennent dans la gestion des émotions et du comportement⁸. Cette discordance s'exprime aussi bien sur le plan langagier, émotionnel, que moteur. Pour Bastien, son expression est principalement émotionnelle et motrice.

❖ Expression de la discordance sur le plan émotionnel

Chez Bastien, les éléments de discordance s'observent surtout sur le plan émotionnel et peuvent se traduire dans son discours. La discordance se traduit par le ressenti simultanément de deux sentiments contradictoires vis à vis d'une même personne ou d'un même objet. C'est ce qu'on remarque pour Bastien à l'encontre de certaines personnes comme sa mère ou encore la psychomotricienne du Centre Thérapeutique de Jour. A la fois ce sont des personnes qu'il apprécie, à la fois il se sent persécuté par ces dernières et ces voix lui disent des obscénités à leur égard.

Au cours de son hospitalisation, il eu une escarre au niveau du talon qui n'a généré chez lui aucune verbalisation de plainte, ni de douleur. Il parlera de cet évènement comme d'un « bobo ». On remarque comme un décalage entre ce qui se passe et le discours qu'il tient. Ce phénomène discordant est aussi présent quand il parle de ses voix qui le persécutent en souriant. De la même manière il évoque les victimes des attentats de cette année comme quelque chose de préoccupant mais avec un grand sourire. Souvent, je remarque que l'expression qu'il exprime corporellement ne coïncide pas avec l'émotion à laquelle il fait allusion dans son discours.

* Système dopaminergique : La dopamine est un neurotransmetteur qui permet de transmettre des signaux aux différents neurones du cortex. Les principales voies dopaminergiques regroupent les noyaux gris centraux du cortex insulaire et le cortex préfrontal.

⁷BINDLER, CHOPIN, NUSS, PERETTI, 2010, p 121-122.

* Noyaux gris centraux : Regroupement de substance grise corticale. On distingue l'hippocampe, l'amygdale, et le gyrus parahippocampique.

⁸ DEBRAY, GRANGER, AZAÏS, 2005, p 33-40.

❖ Expression de la discordance sur le plan moteur

La discordance s'observe également dans le domaine moteur par des troubles de la planification et le contrôle du mouvement. Elle se traduit souvent par des mouvements qui viennent parasiter l'activité motrice. Pour Bastien on retrouve un ralentissement psychomoteur, des stupeurs catatoniques*, des maintiens d'attitudes sur de courtes durées, et de l'échomimie*. Sa motricité est marquée par une lenteur dans l'exécution des gestes, une maladresse et une rigidité. Ses difficultés de mise en mouvements sont également à mettre en lien avec son diagnostic de dyspraxie lorsqu'il était enfant.

En définitif, on remarque que le syndrome de discordance s'exprime sur le plan psychomoteur : des émotions, du corps et du psychisme. Le syndrome de discordance peut également se retrouver intriqué dans les syndromes délirants ou déficitaires.

c- La mise en avant du syndrome déficitaire pour Bastien

Le syndrome déficitaire fait référence aux symptômes dits négatifs et se manifeste par le retrait et le repli sur soi. Le syndrome est notamment dû à l'hyposignal du système dopaminergique et le repli sur soi pour se préserver du monde extérieur vécu comme menaçant. On observe une perte de contact avec la réalité et une perte de l'élan vital qui se traduisent par une froideur, une indifférence, et un appauvrissement de la pensée. Sur le plan moteur, le syndrome déficitaire se traduit par un apragmatisme*, et parfois une incurie*. Les soignants présents dans les unités se plaindront assez régulièrement de son odeur corporelle. Pour ma part son odeur ne m'a dérangée que ponctuellement à certaines séances. Ces différents symptômes ont des répercussions sur la vie sociale et professionnelle, avec une absence d'adaptabilité. Les relations sociales sont souvent vécues comme persécutrices ou

* Stupeurs catatoniques : Suspension du mouvement.

* Echomimie : Impulsion morbide qui pousse certains aliénés à répéter les jeux de physionomie de leur entourage.

* Apragmatisme : Absence d'activité efficace. Incapacité d'origine psychique d'effectuer complètement des actions nécessitant une certaine coordination sans aucune lésion neurologique associée.

* Incurie : Négligence, absence de soin.

intrusives⁹. Bastien étant sujet à des angoisses massives, le syndrome déficitaire a sans doute pour fonction de le préserver du monde extérieur.

Bastien a une attitude souvent figée. Il se plaindra d'ailleurs lui-même de son apragmatisme*. Ces derniers temps, le syndrome déficitaire est d'autant plus marqué avec les énurésies nocturnes*, l'hypersudation et l'hypersialorrhée*. Si l'apragmatisme et l'énurésie se situent facilement dans une symptomatologie déficitaire, l'hypersudation et l'hypersialorrhée sont également en lien avec les effets secondaires des neuroleptiques.

3) Lesangoisses de Bastien

Bastien rapportera des angoisses dissociatives de morcellement qui s'expriment corporellement. On observera aussi une certaine tristesse de l'humeur face à son attente de guérison envers l'équipe médicale et l'institution. Lors des entretiens avec le médecin, il parle d'idées suicidaires fugaces.

L'angoisse n'est pas un symptôme propre à la schizophrénie, mais il est important de noter qu'on la retrouve très fréquemment. L'angoisse se rapporte à une souffrance psychologique qui s'accompagne d'un malaise physique intense engendrant des altérations fonctionnelles¹⁰. L'angoisse est une peur intense qui paralyse le sujet aussi bien sur le plan psychique que corporel. C'est une peur sans objet, soit qu'elle n'ait pas de raison apparente, soit que cet état émotionnel ne puisse être mis en lien avec l'objet de l'angoisse. Dans le cas de Bastien, je pense qu'il s'agit d'une difficulté de mise en lien entre ses angoisses de morcellement et ses troubles de la sensorialité que nous aborderons dans notre second

⁹DEBRAY, GRANGER, AZAÏS, 2005, p 97.

* Apragmatisme : Perte de l'intérêt à faire quelque chose.

* Enurésie nocturne : affection caractérisée par la survenue involontaire et inconsciente d'urine pendant le sommeil.

* Hypersialorrhée : excès de salivation due à une suractivité des glandes salivaires.

¹⁰ ANDRE, 2013, p 26.

chapitre. « Il existe une véritable destruction des liens entre le corps et l'esprit¹¹. » Le syndrome dissociatif s'exprime aussi dans l'angoisse par cette notion de clivage et d'impossibilité de mise en lien.

Dans le cas des psychoses, il s'agit le plus souvent d'angoisses archaïques. Celles-ci sont généralement très intenses ; on parle d'angoisse de morcellement, de néantisation qui vient exprimer des phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation¹². « *J'ai l'impression que ma tête n'est plus rattachée à mon corps.* », explique Bastien pendant un moment de verbalisation où un autre patient le questionne sur le morcellement. Son corps n'est pas vécu comme formant un tout unifié. Dans le cas de ses angoisses de morcellement les différentes parties du corps ne sont pas reliées entre elles. Ainsi le corps se retrouve comme fragmenté. Les différentes parties du corps sont vécues indépendamment des autres et ce phénomène peut engendrer une désorganisation praxique¹³. L'univers de la psychose est un univers morcelé, où les différents fragments sont souvent ressentis comme étant un monde séparé et ayant perdu toute connexion avec les autres fragments¹⁴. Cette difficulté de pouvoir ressentir son corps est une manifestation importante de l'angoisse dans la schizophrénie.

Bastien se situe donc au début de sa maladie qui s'est installée progressivement. Déjà dans l'enfance, il présentait de nombreux problèmes de santé liés au stress et des troubles de la personnalité. Aujourd'hui, son délire se manifeste principalement sous la forme d'hallucinations qui le persécutent liées à des mécanismes d'influence et d'interprétation. La discordance est fortement présente chez Bastien qui ne peut incarner corporellement l'émotion qu'il rapporte dans son discours. Le syndrome déficitaire est marqué par un ralentissement psychomoteur et un repli sur soi qui tente de le protéger du monde extérieur. Ses angoisses de morcellement font de son corps un élément étranger et diffus qui rend difficile le contact avec l'environnement. Si Bastien présente des angoisses dissociatives importantes et un syndrome de discordance au premier plan, il existe d'autres formes de

¹¹ ANDRE, BENAVIDES, GEROMINI, 2004, p 129.

¹² ANDRE, 2013, p 26.

¹³ ANDRE, BENAVIDES, GEROMINI, 2004, p 129.

¹⁴ PANKOW, 1993, p 271.

schizophrénie qui s'expriment par d'autres symptomatologies, c'est le cas notamment pour Victor.

II. Victor et la schizophrénie paranoïde

Dans cette seconde partie, je vous propose de parler de Victor. Comme pour Bastien, nous retracerons en premier lieu son histoire de vie. Puis dans un second temps, nous nous attarderons sur l'expression de la forme de schizophrénie dont il est atteint, en reprenant les trois syndromes que nous avons vus précédemment : délirant, discordant et déficitaire. Enfin nous parlerons de la prise de substances psychoactives chez Victor comme réponse à l'anxiété.

1) Anamnèse et histoire de vie

Victor est âgé de 33 ans. Lorsque je le rencontre, il est hospitalisé à temps complet, en soins libre dans la même unité que Bastien. Il s'agit donc d'une unité ouverte. Il a accès à ses vêtements personnels et peut se rendre seul au Centre Thérapeutique de Jour où il participe à un groupe de parole et au groupe de psychomotricité. Il bénéficie également de séances de psychomotricité individuelle qui lui offrent un lieu de détente et de verbalisation.

Victor vit actuellement chez son père en Ile-de-France. Ses parents ont divorcé lorsqu'il avait 11 ans. Il a un frère aîné qui est militaire et une sœur plus jeune qui est psychologue. Son père est chercheur et s'est récemment remarié avec une autre femme, ce qui aurait été à l'origine de l'hospitalisation de Victor en Décembre 2014. Sa mère était professeur des écoles. Il est inscrit dans son dossier qu'elle avait des problèmes d'alcool et aurait fait des tentatives de suicide. Elle est décédée en 2008 suite à des complications cardiaques. Victor a également un enfant depuis 2011 qui vit chez son ex-compagne. Il n'est plus en concubinage avec la mère de son enfant. Il est actuellement sans emploi mais a travaillé à plusieurs reprises dans un ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) dans les espaces verts ou pour faire du ménage.

Victor est hospitalisé à deux reprises pour des Bouffées Délirantes Aigues (BDA) alors qu'il a 23 ans. La BDA est une éclosion soudaine d'un épisode délirant transitoire. Cet épisode ne signe pas obligatoirement l'entrée dans une psychose. La BDA constitue une entité nosographique particulière à la psychiatrie Française¹⁵.

Victor vivait alors seul dans la région Clermontoise. A cette époque Victor est addict au tabac et à l'alcool, et consomme de manière occasionnelle d'autres drogues : cannabis, ecstasy, héroïne, cocaïne. Suite au décès de sa mère, il rejoint sa famille dans la région Lyonnaise, puis suit son père en région Parisienne. Malgré tous ses déménagements, il poursuivra son suivi auprès de médecins psychiatres qui posent le diagnostic de schizophrénie paranoïde.

Sa première hospitalisation sur le secteur a lieu en 2011, deux mois après la naissance de son fils. Il rentrera à l'hôpital de son plein gré et sera dès le lendemain placé en HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Il s'agit d'une hospitalisation sans le consentement du patient. Cette mesure peut être prise dans le cas de troubles mentaux présents chez l'individu, d'une incapacité à consentir aux soins, de la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier¹⁶. La décision de placer le patient en HDT est réalisée en accord avec le médecin de l'institution et une tierce personne (son père) qui connaît le patient. La mesure d'hospitalisation en HDT n'est pas une mesure judiciaire mais est toutefois suivie par le tribunal. Lors de cette hospitalisation, il présentera notamment des hallucinations olfactives. Par la suite, il sera hospitalisé en soins libres, une fois en 2013, et trois fois en 2014. Chaque hospitalisation a été de courte durée, entre 1 et 3 mois.

Je rencontre donc Victor lors de son hospitalisation en soins libres en décembre 2014. Le motif d'hospitalisation est une recrudescence anxio-délirante à la période du remariage de son père. A son arrivée, il est presque mutique. Victor présente également une hypotension orthostatique* et a été sujet à deux crises d'épilepsie dues à son ancien traitement neuroleptique. Il prend désormais un neuroleptique, un antidépresseur, un anxiolytique, un

¹⁵ ANDRE, 2013, p 81.

¹⁶ Site de la Haute Autorité de Santé, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, p 28.

* Hypotension orthostatique : Diminution de la pression artérielle lors des passages de la position couchée ou assise, à la position debout.

antiépileptique, et un antiparkinsonien pour limiter les tremblements dus aux effets secondaires des neuroleptiques. Victor sera ensuite suivi en séquentiel à compter de janvier 2015, à raison de trois semaines chez son père et d'une semaine à l'hôpital. Puis, il sera ré-hospitalisé fin février 2015, à cause d'une consommation d'alcool et de cannabis qui ont déclenché un épisode délirant associé à une désinhibition. Il est hospitalisé en soins libres. Suite à des hurlements et un comportement de désinhibition, il n'aura plus accès à ses affaires et portera les vêtements fournis par l'hôpital.

Victor est un patient schizophrène qui a reçu des soins hospitaliers à de nombreuses reprises. Il commence à connaître sa maladie. Ses hospitalisations se déroulent pour la plupart en soins libres et restent de courte durée. On notera également la consommation répétée de toxiques qui précède les hospitalisations. L'expression de sa maladie entraîne chez lui des modifications de comportement qui vont du mutisme à la désinhibition.

2) L'expression des différents syndromes de la schizophrénie chez Victor

Victor paraît plutôt adapté dans un premier contact. Néanmoins, plus je le côtoie, plus je remarque de bizarreries dans son comportement. Il est d'attitude plutôt méfiante, et regarde les autres assez fixement en écarquillant les yeux. Il est atteint de la forme paranoïde de la schizophrénie qui place le syndrome délirant et de discordance au premier plan. Le syndrome déficitaire n'étant pas prédominant, cette forme de schizophrénie, laisse plus de place à l'intégration sociale et professionnelle du sujet¹⁷. Victor exprime aussi de l'anxiété. Dans une dernière partie, je tenterai de mettre en lien sa symptomatologie et sa prise de toxiques.

a- Victor et le syndrome délirant de type paranoïde

Pour Victor le syndrome délirant est très présent. Néanmoins, il l'évoque assez peu. D'une manière générale, il est assez méfiant de ce qu'il peut dire ou ne pas dire. Son délire est systématisé, c'est-à-dire avec des enchaînements logiques. Le mécanisme délirant est principalement interprétatif : le patient attribue une signification fautive à un fait réel. Il est

¹⁷ DEBRAY, GRANGER, AZAÏS, 2005, p 99.

convaincu de son interprétation qui n'est pas accessible à la critique¹⁸. Il est persuadé de la présence de complot et que les gens dans la rue veulent lui faire du mal. Comme nous l'avons évoqué dans son anamnèse, Victor a aussi été sujet à des hallucinations olfactives, lors de précédentes hospitalisations. Il rapportait que lorsqu'il changeait la couche de son fils, l'odeur le poursuivait toute la journée.

Le thème délirant de persécution se place ici au premier plan, il est convaincu qu'on lui veut du mal. Il se décrit lui-même comme « parano ». La paranoïa se manifeste par de la méfiance, une fausseté de jugement que l'on retrouve dans le phénomène interprétatif, et une hypertrophie du moi¹⁹. L'hypertrophie du moi correspond à une surestimation de soi et s'exprime le plus souvent par un égocentrisme et une intolérance envers les autres. Par exemple, Victor joue au jeu vidéo de Batman. Il aura ensuite l'impression d'être réellement un super héros. Il restera derrière la porte de chez lui avec un katana à la main dans l'intention de défendre une vieille dame de son immeuble qui se fait harceler par un raquetteur. Néanmoins la construction délirante de la paranoïa est uniquement en lien avec le thème délirant. En dehors de cela, le contact avec l'extérieur reste relativement préservé. Il explique une grande difficulté à sortir de chez lui, et à prendre les transports, car il se sent observé et ausculté. Il est alors persuadé que les autres individus lui veulent du mal. En réaction logique à son délire, Victor éprouve de l'anxiété dont il peut parler lorsqu'il est seul avec un soignant en qui il a confiance.

Le syndrome délirant est bien présent pour Victor. Il est marqué par la paranoïa, avec une surestimation de soi, une persécution et une interprétation délirante. Le délire de Victor est à l'origine de beaucoup d'anxiété. Si le syndrome délirant est très présent pour ce patient, c'est également le cas du syndrome de discordance.

¹⁸ ANDRE, 2013, p 79.

¹⁹ Ibid, p 93-94.

b- Le syndrome de discordance : du mutisme à l'hypomanie

Le syndrome de discordance chez Victor se manifeste sur un plan thymique. La thymie est relative à l'humeur. Occupant notre sphère affective, elle teinte l'état de conscience entre les deux pôles de douleur et d'extrême plaisir²⁰. Au cours de son hospitalisation, Victor passera d'un état semi-mutique à une hypomanie.

Au début de son hospitalisation en Décembre 2014, Victor est donc semi-mutique. Ses propos sont difficilement compréhensibles, abstraits et impénétrables. On observe des rires immotivés, c'est-à-dire un rire sans relation avec une émotion ou un événement extérieur. Dans ce cas précis, il y a un clivage entre ce qui se passe et son comportement.

Au fur et à mesure de son hospitalisation, Victor va peu à peu sortir de ce mutisme, et présentera une hypomanie avec une discrète désinhibition. L'hypomanie est une forme clinique atténuée de l'état maniaque. L'humeur est souvent exaltée et la personne devient facilement irritable. Il s'énervera par exemple après un patient qui lui sert la main avec la main mouillée. On retrouve, à des degrés variables, une surestimation de soi, une distractibilité, une diminution du besoin de sommeil, une impression d'efficacité et un sentiment de bien être²¹. Victor est parfois euphorique marqué par le rire et une excitation psychomotrice ou dans une extase de bien-être comme à la fin d'une relaxation par exemple. Son comportement paraît parfois inadapté. Il laisse presque penser à celui d'un enfant, pris d'une excitation soudaine et perdu dans une motricité exubérante pour des raisons obscures. Victor peut exprimer qu'il n'arrive pas à se retenir de bouger et qu'il a besoin de se faire remarquer. Souvent lors des séances de psychomotricité en groupe, il prend la parole alors qu'un autre patient est en train de parler. Il a des difficultés à différer sa question ou sa remarque.

Pour Victor la discordance touche surtout le plan émotionnel. Il peut être méfiant au point de devenir mutique ou présenter une hypomanie. Son comportement ne semble pas en

²⁰ CARRIC, 2001, p 187.

²¹ ANDRE, 2013, p 70.

lien avec ce qui se passe autour de lui. On notera que le syndrome délirant et le syndrome discordant sont très liés, alors que le syndrome déficitaire est peu présent dans cette forme de schizophrénie.

c- Le syndrome déficitaire et l'anxiété

Le syndrome déficitaire s'exprime assez peu dans cette forme de la schizophrénie. Victor est dans la capacité de se mettre en action. Néanmoins il a des difficultés à s'occuper et à entreprendre de lui-même de sortir de chez lui ou de l'unité. Il se dit facilement agressé par le monde extérieur, et sortir de son cocon lui demande un effort considérable. Cette difficulté à se mettre en contact avec l'environnement peut être en lien avec un symptôme déficitaire, mais il est également à mettre en lien avec son sentiment de persécution par les gens qui l'entourent. Cette impression d'être constamment la cible d'éventuelles menaces, le place dans une anxiété considérable. Pour Victor, je n'utilise pas le terme d'angoisse, mais bien d'anxiété car il est capable de mettre cette peur en lien avec ses interprétations délirantes. L'anxiété est un sentiment d'insécurité, de menaces disproportionnées par rapport à l'évènement qui se produit²². Dans le cas de la schizophrénie, ce phénomène de stress peut entraîner des troubles du comportement, comme on peut l'observer chez Victor.

3) Les substances psychoactives comme contenance et réponse à l'anxiété

J'ai pu remarquer, le rapport particulier qu'a Victor avec différentes toxines ou substances psychoactives. Il buvait dans le passé, une bouteille de whisky par jour. Des suspicions de sevrage alcoolique auraient été émises les premières semaines de son arrivée dans le service. De plus, Victor rapportera en séance individuelle qu'il prenait de la cocaïne. Lors d'une autre séance il parlera de son traitement médicamenteux comme d'un moyen de « *se casser* », de se détendre en se coupant du monde extérieur. Ces différents éléments m'ont permis de me questionner sur l'intérêt qu'il trouve à prendre des substances afin de mieux faire le lien avec son fonctionnement psychomoteur. Je vous propose donc de voir dans un premier temps ce que sont ces substances et quels effets elles produisent. Puis nous émettrons

²² CARRIC, 2001, p 16.

des hypothèses sur ce que ces prises de toxiques apportent à Victor, et comment ce phénomène se substitue à une enveloppe psychocorporelle.

a- Alcool, cocaïne et traitement médicamenteux

L'alcool est une substance psychoactive, dont les effets sont l'euphorie, la levée d'inhibition ou au contraire la sédation et l'effet antidépresseur. L'alcool a aussi des propriétés antiseptiques et antalgiques. On distingue différentes consommations, l'une dit non-pathogène, et la seconde dite pathogène. La première est une consommation modérée n'entraînant pas un risque de dépendance au produit. La consommation pathogène correspond à une ingestion d'éthanol en quantité élevée qui risquerait d'induire soit une alcoolo-dépendance, soit des complications organiques associées²³. La consommation de Victor est une consommation pathogène avec un sevrage alcoolique supposé lors de son hospitalisation.

Victor a pu rapporter en séance qu'il prenait, par le passé, de la cocaïne. La cocaïne est une substance stimulante illicite en France. Historiquement, elle était utilisée à des fins thérapeutiques pour ses effets tonifiants, anesthésiants, et dans le cas de désintoxication aux opiacés. A des doses modérées, ce qui était le cas pour Victor, la cocaïne est un vasodilatateur et provoque des sensations de chaleur. On retrouve un effet stimulant, excitateur associé à une euphorie pendant la montée du produit. L'arrêt des effets du produit est souvent décrite comme pénible et angoissante²⁴. Les effets peuvent durer jusqu'à deux heures, ce qui est court pour une substance psychoactive. La prise de cocaïne a un côté très impulsif en raison de ses effets à court terme et d'une descente rapide.

La prise simultanée de cocaïne et d'alcool, fait réagir chimiquement ces deux substances pour former de la cocaéthylène avec des effets relativement proches de la cocaïne,

²³ VELEA, 2005, p 110-111.

²⁴ Ibid, p 198-199.

mais plus durables. Ce mélange permet également de diminuer sensiblement les symptômes de paranoïa et d'agitation psychomotrice provoqués par le sevrage de cocaïne²⁵.

Comme nous l'avons vu un peu plus haut, Victor peut utiliser ses médicaments dans le but de « *se casser* ». Je suppose que cette prise médicamenteuse détournée concerne son antidépresseur et son anxiolytique principalement. Les antidépresseurs ont pour objectif de relever l'humeur du patient. Dans les effets secondaires à ce type de traitement, on peut retrouver de la somnolence, de la fatigue, des étourdissements, des tremblements, ou encore des cauchemars, une modification de la libido²⁶.

b- La prise de toxique comme substitut d'une enveloppe psychocorporelle

Lorsque l'on regarde les différents effets que provoquent ces substances, on remarque des effets en commun. L'euphorie, l'aspect anti dépresseur ou le fait de relever l'humeur est un effet commun à ces différentes substances psychoactives. Avec la cocaéthylène, on retrouve même une légère diminution des symptômes de la paranoïa. Je suppose donc que dans un premier temps par le biais de la prise d'alcool et de cocaïne, puis pas la prise de ses médicaments, Victor a cherché à diminuer son anxiété, à se sentir mieux. Soit à lutter contre la dépression et l'anxiété.

Ma seconde hypothèse est qu'il cherche à stopper les différentes sensations qui proviennent du corps ou de l'extérieur par une action sédatrice ou anesthésiante du produit. Victor rechercherait peut être à se couper de sensations désagréables sur lesquelles il ne peut mettre du sens. Nous avons parlé de ses hallucinations olfactives, peut-être a-t-il d'autres perceptions corporelles de type hallucinatoire? Le corps ne semble pas former un contenant psychocorporel suffisamment sécurisant pour palier aux différents stimuli. En effet, il semble rechercher une sidération, où il s'abandonne dans le sommeil et l'absence de sensations, d'émotions, d'affects. Le produit s'installe comme barrière entre lui et les stimulations. Et s'il n'y a pas de sensation provoquée alors il peut être en sécurité. En ce sens, les substances

²⁵ Site du congrès de l'OIIQ (Ordre des Infirmier et des Infirmières du Québec), *Cocaéthylène : Quand alcool et cocaïne ne font qu'un*.

²⁶ Site du Centre Communautaire d'Intervention en Dépendance, *Les antidépresseurs*.

prennent le rôle de pare-excitation que nous verrons dans le second chapitre. Elles l'aident à se former une enveloppe psychocorporelle contenant où il n'est pas intrusé par des stimuli extérieurs, ni mis à mal par les sensations internes.

Je reviens à la notion d'impulsivité (prise de cocaïne), la déshinhibition (alcool) et l'agitation psychomotrice (cocaéthylène). L'hyperactivité qui regroupe agitation et impulsivité, ainsi que la légère déshinhibition font également partie de sa symptomatologie en état aiguë de la maladie. Peut être ses consommations peuvent être à la fois un moyen d'apaiser son anxiété et de relever son humeur, et à la fois l'une des causes d'entrée dans l'état aiguë.

A travers les histoires de vie et les symptomatologies de Bastien et Victor, nous remarquons certains points communs. La schizophrénie, quelque soit sa forme, est une pathologie invalidante qui prend beaucoup de place dans la vie du sujet. En effet Bastien est hospitalisé depuis maintenant un an et demi sans amélioration de sa symptomatologie qui lui permettrait de sortir de l'hôpital. Pour Victor, même si ses séjours à l'hôpital restent de courte durée, leurs fréquences ne permettent pas une intégration socioprofessionnelle. Nous avons abordé pour chacun d'entre eux les syndromes délirant, de discordance et déficitaire qui signent la symptomatologie de la schizophrénie. Pour Bastien, les syndromes discordants et déficitaires sont au premier plan, alors que pour Victor se sont les syndromes délirants et discordants qui prédominent. La symptomatologie de Bastien et Victor marque pour tous deux l'importance d'une sécurité psychocorporelle et d'un travail autour de l'enveloppe contenant.

CHAPITRE 2 : LE CORPS DIFFUS, L'ENVELOPPE NON-CONTENANTE

La schizophrénie est une maladie qui fait partie de l'identité de l'individu et qui s'exprime à travers la pensée, le comportement, les émotions et le corps. Dans la partie précédente, nous avons déjà exprimé les différents symptômes de la maladie pour Bastien et Victor. Je vous propose ici d'en aborder certains aspects psychomoteurs, et en quoi le travail de l'enveloppe corporelle peut prendre tout son sens. Mes observations m'ont conduite à aborder principalement trois aspects psychocorporels que sont la peau, le tonus et l'axe corporel. C'est à travers ces trois fonctions que nous verrons les différents troubles psychomoteurs de Bastien et Victor.

I. La peau, reflet de l'état interne

La peau est un organe qui constitue une limite entre l'intérieur du corps et l'environnement. Elle signe aussi notre identité par toutes ces caractéristiques qui nous sont propres. Elle est également le lieu d'expression de nos émotions, lorsqu'elle rougit, qu'elle pâlit, ou encore qu'elle transpire. La peau est un véritable langage du corps²⁷. Dans cette partie, nous aborderons l'aspect sensoriel de la peau. Puis nous parlerons des fonctions de contenance, de pare-excitation, d'individuation et d'intersensorialité du Moi-peau qu'a défini Didier Anzieu, avant de traiter de cet organe comme lieu d'expression des émotions.

1) Le sens tactile

La peau se compose de nombreux récepteurs qui font de cet organe l'origine d'informations sensorielles variées. C'est par le biais de ces informations que nous pouvons sentir notre corps et l'appivoiser comme outil de contenance et de sécurité, mais également de relation à l'environnement et aux autres. Je vous propose de parler des différents récepteurs cutanés avant de faire le lien avec les difficultés de perceptions sensorielles chez Bastien.

²⁷ SZWEC, 2006, p 31.

a- La peau et ses récepteurs sensoriels

La peau est le plus grand organe du corps humain. Elle regroupe de nombreux récepteurs sensoriels qui sont répartis dans différents feuillets (derme, épiderme, hypoderme) sur toute la surface de la peau (cf annexe 3). Chaque récepteur va ainsi transmettre au cerveau des informations sensorielles que l'on retrouve au niveau de l'homunculus de Penfield situé au niveau du cortex frontal (cf annexe 3). On distingue les thermorécepteurs, les nocicepteurs, et les mécanorécepteurs²⁸ (cf annexe 3):

- Les thermorécepteurs (terminaison libre) permettent d'apprécier la température.
- Les nocicepteurs (terminaison libre) sont réactifs à la douleur.
- Enfin, les mécanorécepteurs (cellules de Merkel, corpuscules de Meissner, de Ruffini, et de Pacini) peuvent capter aussi bien tout ce qui est vibration, frottement, que tout ce qui relève de la pression.

La peau va pouvoir différencier les stimulations sensorielles et peut être percevoir ce qui provient de l'intérieur du corps ou de l'environnement. Ces stimulations sensorielles peuvent se faire par le biais du contact de la peau avec différents objets, mais aussi par le son. La voix de l'individu vient faire vibrer la peau, tout comme le rythme d'une musique vient faire résonner la peau, et les os. « Elle [la voix] lui procure une enveloppe rassurante²⁹. » La peau est donc une zone d'interface avec l'environnement, qui permet de recevoir des informations du monde environnant et de pouvoir ressentir et intégrer des sensations.

b- La difficulté de perception des sensations pour Bastien

Comme nous l'avons vu dans la définition, la peau est un organe sensoriel doté de nombreux récepteurs. Pour Bastien, l'accès aux sensations tactiles est souvent compliqué. L'exemple le plus flagrant est la non-perception de la douleur lors de son escarre. De plus, il ne perçoit pas forcément les différences de température. Il peut ressentir le froid ou le chaud, lorsque les températures sont vraiment aux deux extrêmes. Dès qu'il s'agit de rentrer dans des

²⁸ Site de cours de médecine, *Organes des sens : récepteurs sensoriels de la peau*.

²⁹ LE BRETON, 2011, p 95.

sensations plus nuancées, il ne les perçoit pas. On remarque que Bastien a accès à une bipolarité dans les sensations thermiques (le chaud et le froid). L'intégration d'une bipolarité dans les sensations, est à la base d'un étayage qui permettra l'intégration d'une ambivalence dans les sensations. La sensorialité permet à l'individu de pouvoir introjecter ce qui est agréable pour soi et rejeter ce qui ne l'est pas³⁰. Ce n'est que par la répétition de ces expériences sensorielles que Bastien aura accès à une certaine ambivalence. Il semble donc primordial pour Bastien de venir stimuler les différents récepteurs au niveau de la peau pour qu'il puisse sentir son corps.

2) La peau, fonctions de contenance, de pare-excitation, d'individuation et d'intersensorialité

Didier Anzieu a écrit sur le Moi-peau et ses différentes fonctions. La peau permettrait le développement des capacités psychiques de l'individu. Anzieu a défini huit fonctions. Je vous propose ici de parler de quatre de ces fonctions qui sont la contenance, la pare-excitation, l'individuation et l'intersensorialité³¹. Il me paraît important de privilégier ces fonctionnalités de la peau qui sont défaillantes pour Bastien et Victor, et que le travail sur la sensorialité pourrait étayer.

L'une des premières fonctions que définit Anzieu est celle de contenance. La peau est vécue comme un sac qui recouvre toute la surface du corps et qui contient les organes internes. C'est sur cette enveloppe que s'étaye la fonction du Moi-peau. « De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique³². »

Lorsque cette fonction est carencée, on peut retrouver une excitation comme c'est le cas pour Victor avec l'hyperkinésie*. Le Moi-peau peut aussi être troué et l'individu se vide alors de toutes pensées, de toute agressivité comme c'est le cas pour Bastien. Il tente alors de combler ce vide par des connaissances médicales, des bains de paroles ou encore des échomimies.

³⁰ ROBERT-OUVRAY (1), 2007, p 222.

³¹ ANZIEU, 1995, p 125-127.

³² Ibid, p 124.

* hyperkinésie : Augmentation de l'activité motrice.

La fonction de pare-excitation assure la protection de l'individu contre les excitations provenant de l'environnement et vient contenir les pensées. La peau vient protéger l'organisme des différentes agressions que peut présenter le monde extérieur (bactérie, radiation, coup ...) et en même temps signifier à l'individu les stimulations qui proviennent de l'intérieur du corps³³.

Lorsque cette fonction est défaillante comme chez Bastien, on retrouve des répercussions sur le plan psychique telles que des angoisses et des intrusions de pensées³⁴. Celles-ci se manifestent notamment par la persécution, les hallucinations auditives ou le mécanisme d'influence. Cette fonction de pare-excitation ne s'étayant par sur la peau, c'est par le tonus que Bastien et Victor tentent de l'assurer. Nous aborderons le tonus dans la partie suivante.

Le Moi-peau assure également une fonction d'individuation qui procure le sentiment d'être unique. Cette fonction se construit grâce à la peau qui forme une membrane de protection qui ne permet pas l'incorporation d'un objet extérieur³⁵. De plus, elle a des caractéristiques propres pour chaque individu : sa texture, sa couleur, son odeur...

Pour Bastien, la peau n'est pas vécue comme une barrière entre l'espace interne et l'espace externe. Il rapporte notamment qu'il n'est pas capable de faire la différence entre sa main et la chaise qu'il touche. Les différentes informations sensorielles du dedans (le corps) ou du dehors (l'environnement) ne sont pas intégrées. Pour Victor ce défaut d'individuation se manifeste dans la proxémie avec les autres individus et dans son apparence. Lorsque qu'il se tient proche d'une autre personne, il semble complètement aspiré par l'autre. Comme si les deux individus ne formaient plus qu'une personne. Dans les phases aiguës de sa maladie, l'apparence de sa peau change. Nous verrons cet aspect dans la partie suivante. Pour Bastien et Victor, comme pour de nombreux schizophrènes, le syndrome délirant vient apporter un sentiment d'identité qui n'est pas assuré par l'individuation du Moi-peau.

³³ ROBERT-OUVRAY (1), 2007, p 158.

³⁴ ANZIEU, 1995, p 126.

³⁵ Ibid

La fonction d'intersensorialité regroupe les informations des différents sens de l'enveloppe tactile pour aboutir à une représentation de ce qui est touché. L'enveloppe tactile se compose de la peau avec tous les récepteurs qui la constitue, et des différents organes que l'on retrouve dans les cavités et orifices de la peau.

Lorsque cette fonction est carencée, des angoisses de morcellement peuvent apparaître. Les différents organes sont perçus indépendamment les uns des autres³⁶. Pour Bastien ces angoisses de morcellement se perçoivent par le non-rattachement de la tête avec le reste du corps. Il a du mal à mettre en lien ce qu'il voit et ce qu'il touche, ce qui provoque entre autre des difficultés dans la perception des distances et la réalisation des praxies.

Pour Bastien comme pour Victor, le Moi-peau ne forme pas une enveloppe corporelle fiable et permanente. Les fonctions de contenance, pare-excitation, d'individuation voir d'intersensorialité pour Bastien, sont carencées. La construction du Moi-peau s'étaye sur la perception de la peau et la représentation du corps.

3) La peau comme lieu d'expression d'un mal être

Chez le nourrisson, la douleur vient du corps -quand il a faim par exemple- et est vécu comme une expérience désagréable. Si elle n'est pas apaisée et accompagnée, cette sensation est intériorisée et vécue psychiquement comme douloureuse. « La douleur intense et durable désorganise l'appareil psychique, menace l'intégration du psychisme dans le corps³⁷. » Si l'on peut faire ce lien entre la douleur corporelle et son impact sur le psychisme, alors le chemin inverse est également envisageable. Le corps et le psychisme étant en constante interaction, la souffrance peut alors venir d'un état psychique et s'imprimer dans un corps de souffrance. C'est ce que l'on retrouve chez Bastien ; sa souffrance psychique s'inscrit et s'exprime dans le corps. La peau n'assure plus ces fonctions de protection, d'individuation, d'échange et d'intégration. Elle devient le lieu d'expression de l'angoisse.

³⁶ Ibid, p 127.

³⁷ LE BRETON, 2011, p 229.

La peau est un organe qui dès le début de l'embryogenèse est très en lien avec le système nerveux. Elle est le lieu de réception des informations de l'environnement mais également le reflet de l'état interne. L'angoisse de Bastien se manifeste entre autre par des rougeurs dues à une vasodilatation* importante, laissant parfois penser à des plaques d'eczéma. Cette angoisse se manifeste aussi plus généralement dans son corps par un ralentissement psychomoteur, une posture d'enroulement et une hypersialorrhée* (également due aux effets secondaires des neuroleptiques). Bastien est dans la capacité d'exprimer son angoisse verbalement. Il peut dire : « *Je me sens pas très bien. Je suis un p'tit peu, un p'tit peu angoissé.* » ou encore « *je me sens un peu morcelé.* » Souvent il minimise son angoisse verbalement, alors qu'elle est très présente. Bastien présente des angoisses de morcellement qui peuvent fortement entraver sa motricité. Il vit son morcellement comme ayant la tête non rattachée au reste du corps. Ainsi ses deux parties ont une existence indépendante l'une de l'autre. On retrouve là encore la fonction d'inter-sensorialité qui ne peut être accessible pour Bastien car les sensations perçues au niveau de la tête ne sont pas mises en lien avec le reste. Ce trouble de morcellement est à l'origine de grandes angoisses. Le corps de Bastien pourrait-il se démanteler et ainsi ne plus exister comme un corps ? La stimulation cutanée pourrait permettre de rassembler ces différentes parties et de former un tout.

Pour Victor, son anxiété s'exprime principalement sur le plan tonique, par des tremblements. Toutefois lorsqu'il se trouve dans une symptomatologie aiguë de la maladie, l'anxiété prend plutôt la forme de la persécution, de méfiance et de peur. Pendant ces périodes, j'ai remarqué des changements qui s'inscrivent sur le visage de Victor. La teinte de sa peau et parfois même la forme et l'expression de son visage changent d'une semaine sur l'autre. Je suis parfois surprise quand je le vois, son visage semble avoir changé. Il m'est arrivé d'avoir du mal à le reconnaître au premier coup d'œil car il n'était pas comme dans mon souvenir. Les caractéristiques propres de la peau sont différentes pour chaque individu, mais pour Victor ces caractéristiques semblent pouvoir se modifier d'un moment à l'autre. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente la fonction d'individuation de la peau ne constitue pas une structure stable. Je fais l'hypothèse que Victor a des difficultés pour se placer en tant qu'individu différencié des autres, dans un corps limité qui forme une barrière

* Vasodilatation : Augmentation du diamètre des vaisseaux sanguins par dilatation des fibres musculaires.

* Hypersialorrhée : Excès de salivation due à une suractivité des glandes salivaires.

avec l'environnement. Les changements de teinte de sa peau, en sont peut être le reflet. Il n'est pas la même personne en fonction de son humeur, et de l'entourage. Son médecin psychiatre référent utilise l'image d'un caméléon. Son enveloppe n'est pas bien définie, elle est comme trouée et poreuse à l'environnement.

La peau est un organe riche en termes de récepteurs sensoriels. « C'est à la fois une pellicule et une interface : une pellicule fragile à double face, l'une tournée vers le monde extérieur, l'autre vers le monde intérieur : une interface séparant ces deux mondes et les mettant en relation³⁸. » Pour Bastien et Victor, soit cette interface n'est pas perçue, soit les deux feuillets ne sont pas différenciés. On constate chez ces deux patients un défaut dans les fonctions de contenance, de pare-excitation, d'individuation et d'intersensorialité du Moi-peau. La peau retranscrit également leur état interne de souffrance. C'est dans un objectif d'apporter une contenance, une limite à cette première enveloppe qu'est la peau, que j'ai proposé un groupe de psychomotricité autour de la sensorialité que nous verrons dans le chapitre trois.

II. Le tonus et son expression

Le tonus est un état de tension latente des muscles. Il est très lié à la peau par l'intermédiaire des fascias et constitue ainsi une seconde enveloppe qui vient compléter l'enveloppe de la peau. Dans cette partie, je prendrai soin de définir le tonus, puis nous verrons la bipolarité du tonus de Bastien avec l'hypotonicité et l'hypertonicité. Enfin nous parlerons de l'ambivalence tonique qui permet à Victor différents ajustements toniques.

1) Les différentes fonctions toniques

Le tonus musculaire est l'état de légère tension des muscles en réponse à leur propre étirement. Cette tension est variable, permanente et involontaire. Grâce au réflexe myotatique,

³⁸ ANZIEU, 1995, p 258.

le muscle étiré se contracte très légèrement pour inhiber cet étirement. Cette contraction réflexe correspond donc au tonus.

On distingue différentes fonctions toniques : le tonus de fond, le tonus postural, et le tonus d'action. Le tonus de fond également appelé tonus résiduel se traduit par un fond tonique qui est toujours présent même lorsque l'on est au repos. Il a pour but de maintenir la cohésion de l'ensemble du corps par l'intermédiaire des fascias*. Le tonus de fond s'inscrit comme une enveloppe tonique qui relie les différentes parties du corps et forme un véritable contenant.³⁹ J'entends par contenant, une forme de barrière qui soutient et différencie le dedans du dehors, au même titre que la peau. Le tonus de fond est également la toile de fond des émotions. Les différents états émotionnels que l'on traverse vont s'imprimer dans notre corps par l'intermédiaire du tonus de fond. Par exemple, la joie et la colère installent une certaine tension musculaire, alors que la tristesse s'exprimera dans un tonus de fond relativement faible.

Le tonus postural correspond à l'activité tonique minimale dont nous avons besoin pour maintenir une posture et lutter contre la pesanteur. Il est lié au niveau de vigilance de l'individu et peut être influencé par ce qui est perçu de l'environnement ou des sensations internes. Le tonus postural nous permet de nous orienter dans l'espace et s'inscrit comme support de relation et de communication. Il fait donc intervenir les différentes afférences sensorielles afin de s'ajuster au mieux à l'environnement⁴⁰. On peut le percevoir dans les micromouvements qui nous permettent de maintenir l'équilibre et d'accorder notre posture en fonction de ce qui nous entoure.

Le tonus d'action est basé sur la motricité globale, le langage et la communication non verbale. Il se manifeste par la contraction musculaire en vue d'un mouvement ou d'une

* **Fascia** : Il forme une membrane fibreuse servant d'enveloppe ou de membrane couvrante élastique qui confère une certaine mobilité. Il existe plusieurs fascias situés de la tête aux pieds qui recouvrent la masse musculaire et exercent un rôle sur la mobilité et le tonus musculaire.

³⁹SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2011, p 154-155.

⁴⁰Ibid, p 156.

action⁴¹. Le tonus d'action met en mouvement le corps et nous permet d'interagir et d'avoir une action sur l'environnement extérieur.

Le tonus se manifeste donc selon trois états qui s'ajoutent les uns aux autres. Le tonus de fond maintient l'unification du corps et agit comme soutien des émotions. Là-dessus s'ajoute le tonus postural qui vient soutenir la posture et l'équilibre en réaction aux différentes sensations internes ou externes. Enfin le tonus d'action permet la mise en mouvement du corps. Ainsi ces trois niveaux toniques sont en interaction constante.

2) Les deux polarités toniques de Bastien

Lorsque j'observe Bastien, il m'est très difficile d'apprécier la qualité de son tonus. Il me renvoie simultanément l'hypertonie et l'hypotonie. Afin d'illustrer la tonicité que j'ai pu observer chez Bastien j'utilise l'image d'une tortue qui à la fois est un animal lent et mou laissant penser à l'hypotonie, à la fois un animal très dur par sa carapace, laissant penser à de l'hypertonie. C'est à ma grande surprise qu'il reprendra de lui-même cette image au cours d'une séance de pack, alors que je n'avais jamais évoqué cette représentation avec lui. Cette confusion globale entre hypertonicité et relâchement est pour moi assez déroutante. J'ai donc essayé d'approfondir mon observation, et constaté que certaines parties du corps étaient hypertoniques et d'autres hypotoniques.

a- L'hypertonicité comme carapace tonique

Chez Bastien, l'hypertonicité se rencontre principalement sur la partie antérieure du corps à partir du bassin jusqu'à la tête. Les muscles fléchisseurs du cou tels que les scalènes ou le sterno-cléido-occipito-mastoïdien sont hypertoniques et portent la tête vers l'avant par rapport au tronc et parfois vers le bas. Bastien présente également un bégaiement. Le bégaiement est multifactoriel : laryngospasme*, trouble respiratoire, perturbation de

⁴¹Ibid, p 156.

* Laryngospasme : Présence de spasme au niveau du larynx.

l'autoécoute, insuffisance lingui-spéculative*, les origines tonico-émotionnelles, ou encore une déficience du système nerveux central⁴². Pour Bastien, on peut supposer que l'hypertonie présente au niveau des muscles du cou communique avec le muscle du larynx qui lui aussi présente des troubles toniques sous forme de spasmes. Il ne présente ni de trouble de la respiration, ni d'insuffisance lingui-spéculative, et rien ne laisse penser à une déficience du système nerveux central. Néanmoins, peut être a-t-il une perturbation de l'autoécoute lorsqu'il a des hallucinations auditives. Les voix qu'il entend perturbant le feedback* de sa propre voix. On peut aussi suspecter des origines tonico-émotionnelles à son bégaiement, en lien avec ses fortes angoisses.

Au niveau du tronc, le grand droit de l'abdomen est en tension, d'autant plus en position assise où il permet le maintien d'un équilibre précaire et coûteux en énergie. Selon les travaux de Godelieve Struyf-Denis, les muscles du cou, du thorax et de l'abdomen correspondraient à la chaîne musculaire antéro-médiane. La dominance de cette chaîne favorise les postures d'enroulement, de type statique. Nous reparlerons de la notion d'enroulement lorsque nous aborderons l'axe corporel. Cette chaîne correspond principalement à une sensibilité végétative et affective⁴³. Pour Bastien ces sensibilités sont très présentes, notamment à travers le discours qu'il tient vis-à-vis de son angoisse qui se matérialise par la présence d'un monstre qu'il situe au niveau de l'estomac. Les zones qui se trouvent ici en hypertension sont également des zones très investies dans son discours. A la fin d'une séance, Bastien s'est dessiné sur une feuille (cf annexe 3). Il précisera à l'oral que la sphère noire présente à l'intérieur du corps représente un monstre, et que le trait orange montre les reflux provoqués par ce dernier. Au cours d'une autre séance il parlera aussi beaucoup de la trachée. On voit bien ici, l'investissement de ces zones corporelles hypertoniques.

* Lingui-spéculaire : Figuration mentale d'un mot.

⁴² Le HUCHE, 1998, pp 46-68.

* Feedback : Rétroaction de l'action en retour d'un effet sur sa propre cause.

⁴³ Site de la Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE, *Chapitre 2 – Fonction musculaire et mouvement*.

Les bras sont aussi marqués par l'hypertonie. En effet lorsque Bastien réalise un mouvement avec ses bras, il lui arrive fréquemment de stopper le mouvement et de les garder dans la position pendant quelques secondes, avant de remettre ses bras le long du corps. Cet aspect figé lié à la suspension du mouvement et à l'hypertonie fait penser à un phénomène catatonique. L'hypertonie peut s'inscrire comme le reflet d'une angoisse, comme un effet secondaire des neuroleptiques, mais aussi avoir une fonction de pare-excitation, et d'autoconservation.

La fonction de pare-excitation est une fonction qui vise, par l'élévation de la tonicité, à protéger l'individu des stimulations extérieures ou intérieures. Dans un premier temps ces phénomènes de défenses et de protections sont très liés, puis, ils doivent se différencier et participer à la mise en place de limites⁴⁴. Ainsi lorsque l'environnement devient trop menaçant ou que les angoisses internes sont trop importantes, Bastien se réfugie dans une hypertonie qui vient protéger son intégrité psychique. L'hypertonie vient aussi s'inscrire comme une stimulation sensorielle probablement douloureuse pour tenter d'apporter des sensations corporelles.

La fonction d'autoconservation se manifeste à la base de la tonicité primaire des réflexes archaïques en réaction à une stimulation sensorielle soudaine. Le réflexe de Moro que l'on voit chez les nouveau-nés, va se manifester par une extension des bras, puis un retour à l'enroulement. Ce réflexe disparaît en fonction de la maturation neurologique⁴⁵. L'hypertonie d'autoconservation se produit en réaction au stress par un enroulement pour protéger le centre moteur et psychique. Ces contractions musculaires figent les différentes fonctions corporelles et psychiques⁴⁶. L'hypertonie vient lutter contre les stimulations extérieures potentiellement agressantes et ainsi protéger Bastien.

Cette forme d'enveloppe tonique peut avoir diverses origines, médicamenteuse, interne et/ou externe. Cette enveloppe trop dure n'est plus souple et perméable au monde extérieur et ainsi génère les difficultés de communication. « L'hypertonie forte tétanise le

⁴⁴ROBERT-OUVRAY (1), 2007, p 158-159.

⁴⁵Ibid., p 155-157.

⁴⁶ROBERT-OUVRAY (2), 2007, p 163.

muscle et bloque le mouvement. Elle étaye alors des blocages affectifs et représentatifs⁴⁷. » Pour Bastien, la non-intégration probable de cette hypertonicité ne permet pas de poser les limites corporelles et psychiques. L'hypertonicité vient ici comme une carapace – et on retrouve l'image de la tortue- non perméable à l'environnement.

b- L'hypotonicité hyper-porosité à l'environnement

L'hypotonicité s'exprime au niveau du dos de Bastien, et dans les jambes. Les muscles dorsaux et para-vertébraux ne permettent pas le maintien de l'axe vertical de la colonne vertébrale. Cette zone postérieure du corps semble peu investie et est complètement absente du discours de Bastien. Pour les jambes, l'hypotonie se caractérise par un grand ralentissement psychomoteur, la difficulté à lever les genoux pour monter les escaliers et un équilibre présentant parfois des oscillations. Le visage est aussi un lieu d'inscription de l'hypotonie. Bastien est souvent amimique, avec les muscles du visage complètement relâchés. On constate une hypersialorrhée liée aux médicaments et à l'hypotonie de la face. Parfois l'hypersialorrhée est telle, qu'un fil de bave se forme donnant l'impression qu'il va se liquéfier. Ce phénomène est d'autant plus présent dans les moments d'angoisse.

L'alternance hypotonicité/hypertonicité a pour rôle de permettre la communication et l'intégration. Cette enveloppe souple et perméable vient nourrir le centre psychique⁴⁸. Dans le cas de la schizophrénie, le manque d'ambivalence tonique ne permet plus le maintien des différentes parties du corps entre elles, elle ne permet plus la constitution d'une enveloppe. De plus l'hypotonicité va entraîner une hyperperméabilité à l'environnement. Le corps de Bastien est vécu comme indifférencié du milieu, il perçoit son corps comme étranger. L'hypotonicité marque donc à la fois l'hyper-porosité du milieu extérieur et par là même la non différenciation soi/non-soi. Mais il peut également être la conséquence d'une étrangeté corporelle qui vient exprimer une grande souffrance.

⁴⁷ ROBERT-OUVRAY (1), 2007, p 165.

⁴⁸ Ibid, p 169-171.

Pour Bastien, le tonus porte la marque de la bipolarité, certaines parties du corps s'inscrivent dans l'hypertonie, d'autres dans l'hypotonie. Le tonus étant très lié aux émotions, ces polarités sont plus ou moins accentuées en fonction des moments et de ses affects. L'enveloppe tonique n'assure pas uniformément sa fonction contenante, ce qui conduit à une enveloppe perforée. Cette bipolarité tonique a des répercussions sur les possibilités motrices de Bastien qui sont marquées par la rigidité, les maintiens de posture, la lenteur et cet aspect mou dans le déplacement. C'est par la répétition et la rythmicité de cette alternance hypotonie/hypertonie que Bastien pourra intégrer ces sensations et avoir accès à une forme d'ambivalence et d'unité.

3) L'ambivalence tonique chez Victor

Victor se présente plutôt bien au premier abord, ne laissant que peu apparaître ses symptômes. Ce n'est qu'à force de le rencontrer que j'ai pu me rendre compte de sa symptomatologie et de ses troubles psychocorporels. Le plus souvent, il souffre d'agitation psychomotrice avec des tremblements, et des mouvements désorganisés. Je remarque que ces périodes d'agitation psychomotrice s'inscrivent comme une décharge, comme s'il se libérait de ses tensions. La plupart du temps, lorsque je vois Victor dans des espaces informels (couloir, espace d'accueil des patients), son tonus est plutôt adapté même s'il reste sur une tonalité élevée. Néanmoins quand il est en séance de psychomotricité, il peut arriver que son tonus ne soit plus adapté, parfois dans une hypertonie pour permettre un mouvement, parfois dans une hypotonie d'abandon.

a- L'hypertonie ...

❖ ... comme carapace tonique

Alors que Victor est dans l'immobilité, avec un tonus de posture qui lui permet de maintenir sa position, il va, en un éclair, rentrer dans une hypertonie d'action. Tout son corps se contracte alors qu'il ne fait qu'un mouvement des poignets par exemple. Le tonus n'a pas la possibilité d'être hétérogène dans le corps. Dans un principe d'homogénéité, le tonus d'action est recruté dans tout le corps et non seulement dans la partie mobilisée.

« La tonicité déviée [...] de ses fonctions d'équilibration psychomotrice passe d'une fonction de pare-excitation à une fonction défensive-offensive, d'une fonction de communication à une fonction d'isolation sensorielle, d'une fonction d'identification souple et autonome à une fonction d'identification réactive et adhésive⁴⁹. »

Cette élévation de la tonicité lui permet de se défendre de l'environnement, voire de combattre les stimulations extérieures perçues comme menaçants pour son intégrité corporelle. Plus qu'une fonction de pare-excitation permettant la mise en place de limite corporelle et de filtre des différentes stimulations. Il s'agit d'une fonction défensive-offensive qui ne permet aucun échange entre le milieu extérieur et le corps. La fonction d'autoconservation prend le pas sur la fonction de pare-excitation pour protéger l'individu des stimulations. Dans cette même dynamique la fonction de communication avec le milieu reste compliquée et entraîne une isolation sensorielle qui ne peut être stimulée que par lui. Il ne supporte pas qu'une autre personne lui serre la main avec les mains humides. Cette stimulation sensorielle n'est pas prévue ni maîtrisée et le met tout de suite dans une forme d'agressivité à l'encontre de la personne ayant infligée la stimulation. Victor se construit donc une carapace tonique pour se défendre de l'environnement.

❖ ... comme barrière à l'hyperkinésie

L'hypertonie peut être un moyen pour Victor de permettre le mouvement au prix d'une énergie coûteuse, mais aussi de contenir une motricité débordante, et dépourvue de sens. En quelque sorte l'hypertonicité évite qu'il ne se disperse. Dans des moments où l'émotion est trop forte, il peut relâcher une tension interne emmagasinée antérieurement, et se disperser dans une hyperkinésie. « Dans le syndrome hyperkinétique, nous retrouvons les mêmes caractéristiques : une paroi tonique avec hypertonie, une baisse de la relation et de l'exploration vers le dehors, un blocage sensoriel sur le dur, un défaut d'introjection d'éléments relationnels sécurisants⁵⁰. » Ce phénomène est souvent plus présent lors des séances en groupe. Il peut verbaliser en l'absence des autres membres du groupe, que la

⁴⁹ ROBERT-OUVRAY (1), 2007, p 194-195.

⁵⁰ Ibid, p 197.

présence des autres le disperse beaucoup et qu'il a du mal à se contenir. L'hyperkinésie est une réaction tonico-émotionnelle qui lui permet de palier aux différents phénomènes anxiogènes et d'assurer un sentiment continu d'exister.

b- L'hypotonie abandonnique

Comme nous l'avons vu, Victor est le plus souvent sur un mode hypertonique, néanmoins il a une bonne capacité de détente lors des relaxations. Il peut se réfugier dans une hypotonie et s'abandonner dans un sommeil profond. Il est souvent difficile de le réveiller en fin de séance. « Le sujet « se vide » de toutes sensations et affects douloureux. Il ne sent plus rien⁵¹. » Il se soustrait ainsi à la réalité, et s'endort. Le sommeil a ici le rôle d'éviter pour quelques instants les aléas de la vie, et l'hypotonie le rôle de la passivité et l'intégration. Il permet aussi de revivre un moment de dépendance psychique et affective. En répétant ces expériences de détente en relaxation, il pourra rester éveillé et relaxé lors des séances individuelles. Néanmoins, il gardera une tendance à l'endormissement lors des séances en groupe.

Victor présente des difficultés dans son ajustement tonique. Il se place souvent dans une bipolarité tonique sans pouvoir accéder à une ambivalence tonique harmonieuse. Son évolution en séance individuelle avec la psychomotricienne, lui permet de maintenir, réguler et poursuivre l'intégration de cette ambivalence tonique.

Le tonus permet de maintenir le corps dans une globalité, de rendre possible le maintien des postures et des attitudes, ainsi que le support du mouvement. Le tonus varie également en fonction des émotions que l'on ressent. C'est par ce tonus que Bastien et Victor tentent de contenir et d'appivoiser leurs corps. Pour palier aux fonctions défaillantes du Moi-peau, le tonus cherche à assurer une enveloppe corporelle. Néanmoins Bastien se situe dans une bipolarité tonique permanente. Il n'a pas encore pu intégrer l'hypertonie et l'hypotonie pour accéder à une ambivalence, une capacité de cohésion des différentes parties du corps et une possibilité de mouvement. Victor a pu intégrer partiellement la

⁵¹ Ibid, p 232.

bipolarité tonique et atteindre une forme d'ambivalence qui se trouve rapidement déstabilisée dans des situations anxiogènes. L'expérience de la variation tonique semble importante dans le cas de ces deux patients afin de solidifier cette notion de corps unifié, leur permettre une sécurité, peut être une meilleure gestion des émotions et une liberté de mouvements. Nous reviendrons sur le tonus et sa régulation dans le chapitre trois, en abordant le pack et le groupe de psychomotricité que j'ai mis en place. L'enveloppe que peuvent former la peau et le tonus est soutenue pour l'axe corporel.

III. L'axe corporel, lieu d'intégration

Je vous propose de voir ici l'axe corporel comme une armature aux différentes enveloppes. Elles viennent contenir, rassurer, et permettre un retour sur soi ; tandis que l'axe se place comme une charpente qui permet d'aller vers. Je vais vous définir ici la notion d'axe corporel, avant d'aborder l'enroulement de l'axe qui est présent chez Bastien et la verticalité de cet axe avec Victor.

1) L'axe corporel et sa maturation

L'axe corporel part de la tête, du trou occipital à la base du crâne, passe par la colonne vertébrale puis se termine au niveau du polygone de sustentation*. Tous les muscles de cet axe agissent ensemble comme extenseur du tronc qui vise à la verticalité, son maintien, et corrigent les effets de la pesanteur. « L'adoption de la posture verticale et l'ascension à la marche bipède – deux des caractéristiques les plus importantes et les plus distinctives du groupe auquel appartient l'espèce humaine – en font, en apparence, un petit d'homme⁵². » L'axe corporel en lien avec le tonus forme les points d'appuis organiques essentiels aux fonctions instrumentales et aux élaborations psychiques. Le développement psychique lié au développement de l'axe est un processus qui s'alimente des interactions de l'organisme avec

* Polygone de sustentation : Surface au sol, sur laquelle se projette le centre de gravité du corps pour maintenir l'équilibre.

⁵² BLOCH, 2000, p 117.

le milieu où l'individu grandit⁵³. Par le développement des différentes postures, le nouveau né va découvrir son corps, l'espace qui l'entoure, développer ainsi des habilités motrices et habiter son corps. « Dans une perspective cognitiviste à cet âge, l'objet de connaissance est constitué par les interactions que l'organisme entretient avec son milieu. C'est à travers ces interactions que des représentations relatives à l'organisme et à d'autres objets du milieu vont se construire⁵⁴. »

Au début de la vie, le bébé ne dispose que de quelques postures de bases considérées comme des états d'équilibre autour desquels il s'organise. La posture est symétrique et met en évidence une hypotonie du tronc et une hypertonie périphérique des membres. Seule la respiration permet un léger redressement, on parle de tonus pneumatique. Puis, la musculature se met en place et vient remplacer cette fonction de redressement de la respiration. A présent, l'enfant peut maintenir son équilibre par un ajustement des forces de gravités avec la musculature : on parle du haubanage du tronc. Cette possibilité de redressement de l'axe corporel va s'accompagner de mouvement de torsion du tronc et ainsi permettre les premières fonctions instrumentales telles que le pointage, puis plus tard les premières préhensions.⁵⁵ Mais comment s'illustre cette possibilité de redressement chez des patients ayant une bipolarité tonique comme Bastien ?

2) Bastien, un corps en enroulement

Comme nous l'avons vu dans la partie sur le tonus, Bastien est en posture d'enroulement, en lien avec l'hypertonie des fléchisseurs du tronc et l'hypotonie des muscles extenseurs. L'axe corporel ne tient pas, j'ai parfois l'impression qu'il pourrait s'effondrer. Le dos forme une cyphose, les épaules sont tournées vers l'intérieur et la tête est en avant et vers le bas. Lorsqu'il est dans la position assise, les genoux sont pliés, proches du thorax, et les pieds au sol. La construction d'un axe corporel stable s'articule conjointement au développement psychique. L'enroulement présent chez Bastien me fait penser à l'enroulement fondamental que l'on retrouve chez le nourrisson dans les premiers mois de la vie.

⁵³BULLINGER, 2004, p 136-138.

⁵⁴Ibid, p 151.

⁵⁵Ibid, p 139-140.

L'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique contraignent le nouveau né à des schèmes d'enroulement qui lui permettent d'intégrer des afférences proprioceptives et d'avoir les premières images de sa topographie corporelle⁵⁶. Pour Bastien cet enroulement permet à son corps de ne pas trop se disperser dans l'espace. Il peut accéder à une topographie corporelle c'est-à-dire à des notions du schéma corporel. Il est aussi le point d'ancrage de la représentation spatiale. « C'est cette force tonique centrale qui participe à la construction de l'axe corporel, qui ne correspond pas à la colonne vertébrale en tant que structure osseuse, mais à «une ligne de force psycho dynamique.» L'axe est une référence interne [...], un ancrage, qui sert de repère, de point d'appui de la structure individuelle⁵⁷. »

L'axe corporel vient réunir l'espace droit et l'espace gauche du corps en un seul et même corps, par le biais du mouvement et des coordinations. « L'unification du corps et sa coordination vont permettre au moi du bébé de passer d'un état d'objet partiel et fragmenté à un objet entier et unitaire qui soutient le rassemblement psychique⁵⁸. » L'axe corporel unificateur associé à la coordination fournit à l'enfant un sentiment continu d'exister. Comme nous l'avons dit auparavant Bastien a des difficultés pour mettre son corps en mouvement et réaliser des mouvements de coordination. Ces difficultés se répercutent sur l'axe corporel qui n'assure pas sa fonction d'unification du corps et de soutien psychique.

L'enroulement de l'axe corporel fournit à Bastien la capacité de se centrer sur soi dans une dynamique de sécurisation de soi. « La genèse du moi corporel commence avec l'introjection de la contenance, se poursuit avec la formation de l'axe unissant les deux côtés du corps [...], pour se terminer par l'intégration, l'auto-appropriation des membres inférieurs⁵⁹ ... » Cette contenance n'étant pas assurée par le Moi-peau et le tonus comme nous l'avons développé dans les parties précédentes, l'axe ne se place pas comme étant le lieu d'introjection. C'est pourquoi je trouve intéressant de pouvoir travailler avec Bastien autour

⁵⁶ SAUZEDE, 2011, p 33.

⁵⁷ HAUG, 2010, p 33.

⁵⁸ ROBERT-OUVRAY, 2002, p 47.

⁵⁹ HAAG dans l'article de ORJUBIN, 2003, p 7.

de l'enveloppe psychocorporelle par le biais de la peau et du tonus, et autour de l'axe pour permettre une intériorisation, une structure solide à laquelle il puisse se référer.

3) L'axe corporel, ligne de droiture chez Victor

Pour Victor nous avons vu que son tonus forme une enveloppe très solide. Il se fait plus dur que dur, ce qui lui permet de se contenir. A l'inverse de Bastien, Victor maintient son axe corporel comme une ligne de droiture. L'hypertonie s'intègre au niveau de l'axe et vient maintenir une carapace et une verticalité. A l'inverse, dans les moments de grande détente, il ne peut pas tenir sur son axe et a des difficultés à accéder à la position assise.

Victor se tient très droit, le tonus des muscles extenseurs lui permet de maintenir son axe. Son polygone de sustentation* est suffisamment large pour lui permettre de maintenir son équilibre. Selon les travaux sur les chaînes musculaires de Godelieve Struyf-Denis, cette tonicité posturo-médiane présente autour de la colonne vertébrale correspond à des postures de redressement et favorise entre autre la sensibilité intellectuelle, et les attitudes d'exploration⁶⁰. Il est assez volontaire pour explorer différentes activités et sensations dans une certaine mesure ; à la condition qu'il puisse garder le contrôle. Pour moi cette verticalité presque forcée montre bien cette notion de maîtrise, et de toute puissance dans laquelle se trouve Victor. Ce n'est pas l'introjection de la contenance qui s'opère au niveau de l'axe corporel de Victor, c'est la contention.

Comme nous l'avons vu dans la partie sur le tonus, Victor peut s'abandonner à une hypotonie lors des séances de relaxation, car il se sent en sécurité. Lorsque cette hypotonie apparaît, alors l'axe s'enroule et vient intégrer cette détente. Victor a la capacité de se détendre et d'intégrer cette détente. Pour autant cette détente ne semble pas l'accompagner hors de la pièce. Il demande souvent à rester plus longtemps en relaxation, et ne veut pas sortir de la salle. On voit bien que cette notion de contenance reste fragile et nécessiterait

* Polygone de sustentation : Surface au sol sur laquelle le corps repose en équilibre. Selon les lois psychiques, le corps ne peut tenir en équilibre que si le centre de gravité se trouve à la verticale de ce polygone. Dans la position debout classique, cette surface comprend les deux pieds et la zone interpodale.

⁶⁰ Site de la Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE, *Chapitre 2 – Fonction musculaire et mouvement.*

d'être consolidée, afin qu'il accède plus facilement à une ambivalence tonique et que cette sécurité affective puisse s'intégrer au niveau de l'axe. « En fonction de l'apport originel, des expériences réalisées dans les rapports relationnels avec les parents, les autres, du type d'environnement, chacun développera un système neuro-moteur, une façon d'être corporel, une façon d'aborder le monde qui sera la marque de son style individuel et avec lequel il devra composer ⁶¹[...] » Pour Victor cette verticalité lui permet de se sécuriser et de se contrôler.

Dans ce deuxième chapitre, nous avons parlé de Bastien et Victor à travers la sensorialité et les fonctions de la peau, le tonus comme seconde enveloppe source de contenance, de stabilité et de mouvement, ainsi que de la notion d'axe corporel comme lieu d'intégration de l'enveloppe psychocorporelle. Nous avons alors constaté que la peau psychique n'assurait pas la limite entre l'intérieur du corps et l'environnement. Un travail autour de la sensorialité et de la stimulation des différents récepteurs pourrait permettre aux patients de s'approprier ces sensations, et de percevoir la limite de leur corps. Le tonus s'exprime pour eux sur une bipolarité hypertonie-hypotonie. Un travail en psychomotricité sur le tonus leur proposerait d'expérimenter les différentes tonicités afin qu'elles puissent être intégrées comme un contenant corporel et permettre une fluidité de mouvement. Enfin l'axe corporel s'exprime par un enroulement pour tenter de se recentrer ou par un axe très rigide. Peut-être le travail en psychomotricité pourrait apporter des nuances en lien avec l'intégration de la notion d'enveloppe de la peau et du tonus. Pour cela, j'ai eu recours à la médiation du pack dans le cas de Bastien.

⁶¹ COEMAN, RAULIER H de Frahan, 2004, p 19.

CHAPITRE 3 : LA MEDIATION DU PACK

« La traduction anglaise du substantif « pack » est « paquet » et par extension le verbe « to pack » signifie « remplir », « emballer », « mettre dans »⁶². » Le pack est une méthode d'enveloppement dans des linges froids et humides. Le patient est mis dans les draps et entouré par un petit groupe de soignants. Cet enveloppement vise à rassembler le patient aussi bien dans son corps que dans ses idées.

Cette pratique se développa en France dans les années soixante, grâce au psychiatre américain M.A. Woodbury qui avait déjà mené des études aux Etats-Unis⁶³. A l'heure actuelle cette méthode est controversée. L'HAS (Haute Autorité de Santé) s'opposera à l'utilisation de cette pratique en 2012, dans le cadre des recommandations concernant les enfants souffrant de TED (Trouble Envahissant du Développement) ou d'autisme. « En l'absence de données relatives à son efficacité ou à sa sécurité, du fait des questions éthiques soulevées par cette pratique et de l'indécision des experts en raison d'une extrême divergence de leurs avis, il n'est pas possible de conclure à la pertinence d'éventuelles indications des enveloppements corporels humides (dits paching)⁶⁴. » L'HAS n'a, à l'heure actuelle, émis aucun avis quant à l'utilisation de la médiation du pack auprès de patients adultes psychotiques.

Dans un premier temps je présenterai cette médiation en partant d'une approche sensorielle. Nous comprendrons alors pourquoi elle pose question aujourd'hui et amène certaines représentations. Je poserai alors mon positionnement professionnel sur cette question en développant la notion de holding. Dans un deuxième temps nous aborderons les apports de cette médiation pour Bastien et son évolution. Enfin, nous verrons en quoi le pack se place dans une approche institutionnelle et quelles en sont les limites.

⁶² DELION, 1998, p 11.

⁶³ DELION, 1998, p 11.

⁶⁴ Site de la Haute Autorité de Santé, *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, p 32.

I. Le pack, une pratique controversée

Le pack est une technique d'enveloppement humide et froid qui va provoquer un cycle de vasodilatation* - vasoconstriction*. En neurologie fonctionnelle, les circuits nerveux thermiques sont les circuits de l'émotion et de la tranquillité de l'organisme⁶⁵. La sensorialité est l'une des composantes du pack sur lequel s'étaye les émotions, les représentations, les verbalisations et l'élaboration. Dans un premier temps, je vous expliquerai le déroulement des séances. Puis, nous parlerons des représentations qui accompagnent et qui font partie des origines de la controverse. Enfin, je vous parlerai de mon expérience dans le pack et l'importance du holding dans cette approche.

1) Le déroulement d'une séance de pack

Afin de bien visualiser le dispositif que j'ai utilisé en stage, je vous propose de décomposer les étapes que l'on retrouve dans une séance. Nous aborderons également les différentes méthodes d'enveloppement qui ont été utilisées pour Bastien.

a- Les différentes étapes de la séance

Les séances de pack se déroulent toujours de la même manière. Une ou deux personnes de l'équipe du pack passe dans l'unité pour discuter avec l'équipe soignante, prendre des nouvelles du patient et prévenir que la séance de pack va débiter. Puis nous allons chercher le patient, et nous nous rendons dans la salle de pack. Cette salle se situe au 3^{ème} étage, hors des unités d'hospitalisation. Elle est d'une atmosphère apaisante avec des murs peints en beige, des stickers muraux représentant des galets et des fleurs roses. Les fenêtres sont dissimulées derrière des rideaux beiges qui laissent passer la lumière. La salle de

* Vasodilatation : augmentation du diamètre des vaisseaux sanguins par dilatation de leurs fibres musculaires entraînant souvent des rougeurs et une sensation de chaleur.

* Vasoconstriction : diminution du diamètre des vaisseaux sanguins par constriction de leurs fibres musculaires.

⁶⁵ ZEKRI-HURSTEL, MEUNIER, 2015, congrès non publié.

pack comprend un espace pour se changer derrière un paravent, un espace d'échange avec une table et des chaises et un espace d'enveloppement avec un lit. A côté de ce lit est disposé un grand miroir mural orné de bois (cf annexe 5).

Une fois dans cette salle, nous prenons le temps de nous installer autour de la table, pour discuter, demander des nouvelles, et faire le lien avec les séances précédentes. Si le patient est d'accord et se sent prêt, nous l'invitons à aller derrière le paravent pour se dévêtir (le patient reste en sous-vêtement). Pendant ce temps, nous essorons les draps placés dans un bac d'eau au réfrigérateur. Nous préparons le lit. Le patient vient alors s'allonger sur les draps pour l'enveloppement qui va durer quarante à quarante cinq minutes. Temps au-delà duquel un nouveau cycle de refroidissement-réchauffement commencerait⁶⁶. A la fin de l'enveloppement, nous signalons le temps au patient qui nous donne le top départ pour le désenvelopper. Nous retirons alors les draps, pour le recouvrir avec un autre drap sec et lui proposer des frictions. Le patient prend ensuite un moment pour lui avant de retourner se changer. Enfin, nous prenons à nouveau un temps d'échange autour de la table en partageant une boisson chaude.

b- Les méthodes d'enveloppement utilisées

Pour Bastien, nous avons utilisé deux méthodes d'enveloppement que nous appelions « simple » ou « membre par membre ». Pour la « simple », le patient est d'abord enveloppé dans un drap humide et froid que nous venons d'essorer, puis un drap sec, suivi de deux couvertures. Bastien souhaitait souvent que l'on dispose un coussin en dessous de sa tête. La technique « membre par membre » permet un temps de saisissement plus long et plus intense afin que le patient puisse bien sentir les différentes parties du corps et le réchauffement qui suit. Une fois, Bastien allongé sur le lit, nous disposons quatre draps (en forme de taie de traversin) froids et humides sur ses différents membres. Puis nous installons deux draps froids et humides en nid d'abeille ; l'un sur le haut du corps, l'autre sur le bas du corps. La suite de l'enveloppement se déroule comme l'enveloppement « simple », avec un drap froid et humide, un drap sec et deux couvertures.

⁶⁶ PERTHULIS, 1988, p 71.

Les séances de pack se déroulent toujours de la même manière afin que les différents temps soient bien perçus par le patient et qu'il puisse les anticiper et se les approprier. L'enveloppement simple est la méthode que nous utilisons le plus couramment tandis que la seconde méthode est plutôt proposée à des patients qui présentent des difficultés à sentir leur corps ou qui nécessitent une contenance supplémentaire. Cependant, lorsque l'on n'a pas vécu l'expérience, la notion d'enveloppement peut amener certaines représentations.

2) Une méthode controversée en lien avec les représentations que l'on a du pack

Le pack soulève beaucoup de représentations pour les patients, les soignants et les familles. Pour écrire cette partie, je suis partie de mes propres représentations et appréhensions. Puis, j'ai écouté les questions des soignants aux membres de l'équipe du pack, et aussi celles des personnes extérieures de l'hôpital avec qui j'ai pu en discuter.

La première représentation que l'on en a, relève plus d'une expérience désagréable que d'un outil thérapeutique, lorsque l'on parle d'un drap froid et humide, dans lequel est enveloppé le patient. Pour autant, cette sensation de froid est bien présente et vivifiante, mais elle entraîne un cycle de vasodilatation-vasoconstriction et donc un réchauffement du corps et des draps. A l'inverse de ce que l'on pourrait s'imaginer au départ, le pack vient provoquer un saisissement par la sensation de froid puis une détente grâce à la chaleur et à l'enveloppement. Il s'agit plus à mon sens d'une expérience sensorielle. Dans cette alternance de sensations, l'individu se construit, tout comme l'enfant par les expériences de plaisir et de déplaisir, se les approprie et se différencie de la mère.

La représentation qui peut également être soulevée est celle d'une contention qui maintient et oblige le patient à rester dans les draps. Là encore, cette médiation se doit de laisser le choix au patient de se faire envelopper. J'ai participé à une séance de pack où le patient ne s'est pas fait envelopper dans les draps froids et humides. A l'origine, le pack s'appuyait sur un moyen de contention auquel les soignants venaient mettre du sens. Cette méthode était utilisée à la place de la camisole de force, de la chambre d'isolement ou des médicaments, dans le cas de patients auto ou hétéro-agressifs, ou dans des états maniaques et

délirants importants. A mon sens, le pack est d'avantage une proposition de contenant psychocorporel que comme une contention. De plus, il est possible de bouger dans les draps ; certains patients sortent eux-mêmes de l'enveloppement, d'autres bougent à l'intérieur ou encore changent de posture de décubitus dorsal à la posture en chien de fusil* par exemple. Toutefois, la représentation de contention est elle aussi légitime lorsque l'on parle de cette pratique. L'image qu'en a le soignant est surtout importante vis-à-vis de l'influence que cette image mentale a sur l'accompagnement du patient.

Une fois à l'intérieur du pack ou lorsque l'on voit quelqu'un enveloppé dans les draps, d'autres représentations assez fortes peuvent surgir. Si cette pratique d'enveloppement peut renvoyer à une symbolique de l'embaumement, du linceul, ou encore d'une momie, il peut aussi faire apparaître des images de cocon ou d'emmaillotement. Ces images sont parfois très présentes dans le discours des patients et renvoient souvent à la question de la naissance ou de la mort. Ces représentations sont importantes à prendre en compte puisqu'elles font partie de ce qui est dit dans la séance. Pour autant, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises représentations en ce qui concerne ces images.

Le pack soulève beaucoup de questions d'un point de vue représentatif, imaginaire. Je suppose que nombre d'autres images et pensées peuvent se rattacher au pack. Les images que peut renvoyer cette méthode expliquent pourquoi cette pratique fait controverse dans le secteur de la psychiatrie infantile.

3) L'apport de cette méthode malgré la controverse

Malgré toutes ces représentations, je me suis intéressée à cette pratique. Mon expérience se place à la base de l'utilisation de cette pratique et m'a permis de pouvoir porter psychiquement le patient.

* Posture en chien de fusil : Il s'agit d'une posture allongée sur le côté, avec les jambes en flexion assez proche du buste. Cette posture est aussi souvent appelée la position du fœtus.

a- Mon expérience dans le pack comme base de mon accompagnement du patient

Tous les membres de l'équipe du pack, moi y compris, se sont fait envelopper avant de pouvoir envelopper des patients. Mais ma curiosité et mon intérêt pour cette méthode étaient déjà présents avant cette expérience. Je propose ici, de retracer les étapes qui m'ont amenées à la pratique du pack. Comme pour toutes les médiations et les exercices que j'ai pu proposer aux patients, il me paraît indispensable d'en faire l'expérience sur soi.

Au cours de mon cursus de formation au sein de l'Institut de Formation de Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, j'ai entendu parler du pack. Cette médiation m'a interpellée. En effet, je trouvais étonnant que l'on enveloppe une personne dans un linge froid et humide et que cela puisse lui procurer du bien et avoir des effets thérapeutiques. Durant ma seconde année d'étude, j'ai fait le choix de participer à une étude sur le pack dans le service de pédopsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière⁶⁷. Je me suis proposée pour être enveloppée pendant que des professionnels de santé cherchaient à objectiver les effets physiologiques du pack et le ressenti des participants. Les résultats de cette étude n'ont pas encore été publiés. J'ai participé à cette étude en premier lieu pour faire l'expérience d'être enveloppée, me faire une opinion sur cette pratique et pour aider la recherche dans ce domaine. Mon second enveloppement a eu lieu dans la salle de pack de l'institution où je suis en stage. Il paraissait important que je me fasse ré-envelopper dans l'institution avant de participer en tant que soignante aux enveloppements des patients.

Je me souviens de l'appréhension que j'ai eue en attendant mon premier enveloppement. Ce qui était moins présent lors de mon second enveloppement. Au début des enveloppements, j'ai ressenti un froid intense et des grelottements qui ont très vite laissé place à un réchauffement global et une détente. Les draps étaient chauds et confortablement serrés. Je me suis alors laissée aller à une expérience qui ressemblait à une relaxation. Les enveloppements ont duré quarante minutes, pour autant, je n'ai pas trouvé le temps long. Les personnes qui m'accompagnaient ont ensuite retiré les draps humides et chauds, pour me mettre dans un drap sec et réaliser des frictions. Ce moment était pour moi très agréable, il

⁶⁷ Site de Vaincre l'autisme – le nouveau défi de la recherche, Mise en demeure.

vient stimuler et réveiller le corps. Je me souviens avoir beaucoup rigolé. Puis nous avons partagé une boisson chaude en parlant de ce qui s'était passé pendant l'enveloppement.

J'ai choisi d'évoquer ici mon ressenti au cours de ces deux enveloppements humides car ils m'ont permis de pouvoir me représenter ce qui se passe dans le corps pendant le pack. Cette expérience enrichissante et agréable m'a permis de participer aux séances de pack de plusieurs patients sans avoir la représentation d'un moment désagréable voire maltraitant pour le patient. C'est en passant par mon éprouvé et mon ressenti que j'ai pu accompagner les patients au cours de leurs séances avec un sentiment de confiance, de sécurité et de bienveillance. Nous allons ainsi voir comment cette méthode (le pack) et ce positionnement (sécurité, bienveillance) se définissent sous le terme de « holding ».

b- Le holding du patient

Dans la schizophrénie, le patient est souvent dans une recherche de holding, de dépendance. En d'autres termes que l'on prenne soin de lui, car « l'Autre étant, pour le malade schizophrène, indispensable à sa vie⁶⁸. » Le patient schizophrène ne se place pas dans une interdépendance avec les personnes qui l'entourent. Son enveloppe psychocorporelle fragile le place dans une nécessité de l'autre qui lui fournit contenance, sécurité et étayage. Du point de vue de Winnicott, on peut faire le lien entre cet état de dépendance de la personne schizophrène avec celui du nouveau né envers sa mère. Cette dernière va soutenir et envelopper son enfant afin qu'il puisse grandir et se développer dans une sécurité affective. Selon D.W. Winnicott, cette construction d'une enveloppe psychocorporelle va faire intervenir en trois aspects :

- Le holding qui correspond à la manière dont l'enfant est porté, maintenu en un tout. Il s'agit là des prémisses de l'enveloppe psychocorporelle et de la contenance.
- Le handling qui est la façon dont l'enfant est manipulé dans les soins qui lui sont procurés.
- L'objects presenting qui est le fait de présenter l'objet au bon moment pour qu'il puisse s'en saisir.

⁶⁸ PERTHUIS, 1988, p 58.

Au début de sa vie, le nouveau-né se trouve dans une totale dépendance et dans une indifférenciation entre lui et la mère. « L'enfant fait ainsi l'expérience, dans cette période de narcissisme primaire où le plaisir corporel n'est lié qu'aux sensations extéroceptives et proprioceptives, de gratifications instinctuelles englobantes et coexistantes⁶⁹. » Au cours des séances de pack, le patient se retrouve dans cet état de dépendance où lui est proposée une expérience sensorielle englobante associée à un soutien des soignants et de l'institution qui forment un véritable holding pour le patient. Cette médiation amène le sujet vers un vécu individuel, pour lui permettre de vivre l'enveloppement corporel et psychique, de l'élaborer, pour ensuite se différencier. Tout comme le jeune enfant, il va intérioriser les différentes expériences corporelles pour sortir de cet état de dépendance et se placer comme individu différencié de l'autre.

Le pack est une méthode qui propose d'apporter des sensations au patient afin qu'il puisse sentir son corps. Si celui-ci s'accompagne de beaucoup de représentations, il me paraît essentiel d'en faire l'expérience par soi-même afin d'être au clair avec la méthode. Le holding est une part importante du pack pour que l'individu se construise une enveloppe psychocorporelle stable et vive en société dans une indépendance relative. Bastien a pu en faire l'expérience au cours de ses seize séances de pack.

II. Les séances de pack avec Bastien

Bastien a bénéficié de deux sessions de huit séances de pack. Après la réflexion de l'équipe médicale et son consentement, il entame sa première séance de pack en septembre 2014 avec un enveloppement « simple ». Je ne fais pas encore partie de l'équipe du pack. J'assisterai à sa 7^{ème} séance et prendrai part à toutes les séances de la seconde session d'enveloppement. Pour la seconde session, nous avons utilisé la méthode « membre par membre ». En reprenant les notes des séances de Bastien, j'ai constaté que certaines choses avaient évolué, notamment autour de la sensorialité, de la détente et de l'élaboration de son vécu. Le pack a aussi accompagné un état de régression sur lequel je me suis beaucoup questionnée. Il a finalement permis à Bastien de se tourner vers l'extérieur de l'unité de soin.

⁶⁹ Ibid, p 59.

1) Evolution au cours des séances

Les seize séances de pack de Bastien lui ont permis de mieux sentir son corps. Le corps rassemblé dans les draps apporte une sécurité affective et une capacité d'élaboration autour de son vécu.

a- Une évolution dans la perception des sensations pour Bastien

« Le packing est une proposition faite à l'organisme d'être contenu et de réagir au froid humide des draps dans l'espoir que quelque chose d'un corps prenne forme et consistance par cette réaction de l'organisme et par ce qui peut se dire avec ou entre les intervenants, à ce moment-là⁷⁰. » Dans cette partie, je vous propose de nous intéresser à cette proposition faite à l'organisme pour qu'il réagisse, sur le plan sensoriel.

Au début des enveloppements, Bastien ressentait le froid provoqué par les draps, et le chaud, quand les draps s'étaient réchauffés. Rapidement, à partir de la deuxième séance, il a perçu des variations de température entre les différentes parties du corps. Il sentait davantage la chaleur dans le haut du corps, et le froid au niveau des pieds. Il dira à plusieurs reprises, dans différentes séances, que quand il est dans le pack, il peut sentir son corps. « *Ça m'a réveillé le corps* » dira-t'il au cours d'une séance au moment du saisissement du froid. C'est à la 9^{ème} séance (1^{ère} séance de la seconde session), qu'il accèdera à une ambivalence dans les sensations, en amenant le terme « *tiède* ». Lorsque nous commençons la deuxième session de pack avec les enveloppements membres par membres, il sentira une différence avec la méthode utilisée précédemment : il trouve que le froid reste plus longtemps. Au cours de cette seconde session, il commence à relier la sensation de froid et la réaction de son corps, notamment par l'hypertonie : « *ça grelotte, ça devient tout dur* ». Néanmoins, il parlera souvent de son corps comme d'un objet en utilisant le mot « *ça* ».

⁷⁰ TURINE, sous la direction de DELION, 2007, p 144.

Pour Bastien, il y a vraiment eu une évolution dans l'accès aux sensations. Rappelez-vous, il s'agit d'un patient qui n'avait que peu accès à une sensorialité et qui ne sentait pas son escarre. C'est au cours de ses séances de pack qu'il a pu développer et affiner ses sensations. Le fait de sentir son corps a aussi influencé la perception qu'il en a. En effet, à la 4^{ème} séance de pack, il se représentera en dessinant un bonhomme bâton (cf annexe 6). Son corps n'a pas de volume, seules les bordures du lit viennent illustrer une limite, avec un trait qui sépare la tête du reste du corps. Il se représentera à nouveau sur un dessin à la 10^{ème} séance de pack (cf annexe 4). Cette fois, son bonhomme a un volume et une forme déterminés, limités. Toutes les parties du corps ne sont pas représentées et le dessin reste assez pauvre. Toutefois on note une grande différence entre son premier et son second dessin ; il perçoit son corps. Sur le second dessin il représente également le monstre qui est à l'intérieur de lui, dont il nous a parlé au cours des enveloppements. Ce monstre est localisé au niveau de son abdomen. Il représente son angoisse qui provoque des sensations de nausée. Suivant les moments de la journée cette angoisse est plus ou moins présente. Cet accès aux sensations est signe d'évolution dans sa perception du corps tout comme nous allons voir l'arrivée progressive d'un lâcher prise.

b- De l'hypervigilance au lâcher prise

Au cours des enveloppements de Bastien, son comportement et son tonus dans les draps ont évolué. Il semblait plutôt tendu lors des premières séances, alors qu'à la fin de la prise en charge, il avait plus de capacité à se détendre. Je vous propose ici de reprendre cette évolution.

Durant les quatre premières séances de pack, Bastien avait peu de possibilité de se détendre. Son tonus était élevé, pas seulement en réaction au froid, mais d'une manière plus générale, ses muscles étaient tendus pendant l'enveloppement. Il était souvent dans une hypervigilance regardant ce qu'il se passait autour de lui. Il rouvrait systématiquement les yeux lorsque quelqu'un bougeait dans la pièce ou que l'on entendait des bruits de clés en dehors de la salle. C'est au cours de la 5^{ème} séance qu'il commence à se poser tout en gardant des comportements de vérification visuelle à l'égard des soignants. Quand arrive la fin de l'enveloppement de cette même séance, il dit qu'il était sur le point de s'endormir. Les deux

séances suivantes, il demanda à la psychomotricienne de parler et de lui faire de la relaxation pendant qu'il est enveloppé. La relaxation qu'il connaissait des séances de psychomotricité est pour lui un moyen de limiter ses angoisses.

Pendant la seconde session de pack, il montre une bonne capacité à se détendre dans les draps. Il pourra même dire que le monstre qui est en lui, prend moins de place quand il dort ou qu'il se relaxe. On peut facilement observer l'alternance qui s'effectue entre la contraction des muscles en réaction au froid et la détente qui l'accompagne lorsque les draps se réchauffent. Sur le plan tonique Bastien a donc accès à une alternance entre hypertonie et hypotonie lorsqu'il est enveloppé. Ce qu'il repère. « Si la bipolarité est innée et immédiate, l'intégration des deux positions extrêmes [...] est dépendante d'un rythme relationnel satisfaisant. [...] Entre ces deux extrêmes, entre la souffrance et le plaisir, l'enfant se construit en tant que sujet⁷¹. »

Au cours des différentes séances de pack, Bastien a été suffisamment bien porté (en référence au holding) pour avoir accès à une première forme de régulation tonique. Cette bipolarité se retrouve au moment même des enveloppements lorsqu'il sent le froid et la contraction musculaire qui l'accompagne, puis le chaud et la détente qu'elle procure. Néanmoins il n'a pas encore intégré une forme d'ambivalence tonique en dehors des draps et l'enroulement global du corps reste présent. On remarque que cette détente est plus présente au fil des séances avec moins de vérifications visuelles et plus de possibilités de mettre en mots ce qui se passe.

c- La place de la parole : évolution de la verbalisation

Bastien parlait assez peu dans les premières séances. Plus les séances avançaient, plus il investissait le pack avec un bain de parole. Ce phénomène était d'autant plus présent au cours de la deuxième session de pack. Je pense que la verbalisation et l'élaboration sont venues mettre du sens sur ce qu'il se passait dans le pack, mais aussi dans sa vie avec cette maladie. « Elle [la technique du packing] consiste à les [les patients souffrant de psychoses

⁷¹ ROBERT-OUVRAY (1), 2007, p 86.

graves] envelopper dans des linges humides et à utiliser le temps du réchauffement pour mettre en place et/ou favoriser le travail psychothérapeutique⁷². » Cette place importante de mise en sens par la parole a petit à petit pris sa place, grâce :

- au phénomène d'appropriation du déroulement des séances. Vers les dernières séances Bastien prenait plaisir à devancer nos questions : « *Vous allez me demander comment ça va.* »
- à la permanence des soignants. Au cours de la seconde session, nous étions toujours les trois mêmes soignants qui accompagnions Bastien, alors que les soignants avaient tendance à varier dans la première session.
- à la détente et l'abaissement de l'anxiété quand il est dans les draps.
- à la une relation de confiance qui s'est petit à petit installée dans ce travail.

Il parlait régulièrement de ses angoisses, de ses médicaments, de son passé, et du monstre qu'il porte à l'intérieur de lui. Cette parole déposée venait mettre du sens sur ses sensations et nous pouvions ainsi tenter de le mettre en lien avec son passé, avec sa maladie, avec son humeur ou avec les effets des médicaments. Bastien a pu relier les sensations désagréables de nausée et de vomissement avec son délire du monstre qui l'habite. A cette période, les neuroleptiques ont été arrêtés pour cause d'une pré-obstruction*. Cette fenêtre thérapeutique, accompagnée par le pack, a libéré la parole. Bastien a pu déposer ses angoisses afin que nous puissions l'aider à y mettre du sens. Même si ces temps de verbalisation étaient toujours marqués par sa symptomatologie discordante. Il dira se sentir « *embaumé comme dans un cocon* » ou encore nous parlera des morts victimes de l'attentat de cette année comme étant quelque chose de triste, mais en souriant.

Le pack ne permet pas de supprimer la symptomatologie, ni de la suspendre. Il permet un temps d'exploration de différentes sensations et de verbalisation. Bastien a, petit à petit, eu accès à des sensations (le chaud, le froid, le tiède) avec un sentiment d'unité corporelle. Il a également pu intégrer une bipolarité tonique et mettre en lien les sensations internes avec ses émotions, son histoire de vie et sa symptomatologie.

⁷² DELION, 1998, p 11.

* Pré-obstruction : gêne ou obstacle à la circulation dans un conduit de l'organisme.

2) La régression du patient

J'ai souvent entendu dire que le pack était une bonne indication dans le cas de patient psychotique régressé ou encore que la cure de packing pouvait entraîner et accompagner une régression chez le patient. Mais qu'est-ce que la régression ? Selon sa définition, la régression serait un « retour à des formes antérieures du développement et donc à des modes plus infantiles de la relation du sujet avec son environnement [...] C'est un mécanisme de défense de la personnalité⁷³. » En d'autres termes, la régression entraîne le patient vers un état proche de celui du nourrisson dans une indifférenciation relative par rapport à sa mère. Il y a donc un retour à un état de dépendance psychomotrice, avec une indifférenciation entre soi et le monde extérieur⁷⁴. Comme le nourrisson, le patient serait alors en proie à des sensations provenant de stimulations internes ou externes sans pouvoir les comprendre. Le pack aurait alors pour rôle de permettre cette différenciation. Cependant, on note parfois que le pack peut entraîner une forme de régression chez certains patients.

Pour Bastien il y avait déjà la présence d'une symptomatologie déficitaire, avec des angoisses archaïques de morcellement et une non-contenance du corps avant le début des packs. La régression était donc déjà présente. Mais cet état régressif s'est amplifié au cours de la première session d'enveloppement. Cela se manifestait par une grande dépendance aux soignants et un ralentissement psychomoteur extrêmement présent qui allait jusqu'à rendre la marche difficile. L'équipe nous a fait part de son inquiétude face à cette régression à la fin de la première session de pack. L'interruption d'un mois entre la première session et la deuxième a permis à Bastien d'intégrer ce qu'il avait vécu dans les packs, de limiter la régression avant de reprendre la seconde session. Si le pack peut provoquer une régression, alors l'arrêt entre les deux sessions a stoppé ce phénomène et laissé au patient le temps de s'approprier les limites qu'il a pu construire.

C'est cette régression qui permet au patient d'être dans une dépendance pendant les packs et de retrouver une contenance, un holding par les draps et par les soignants. Mais ce phénomène

⁷³ ANDRE, 2013, p 263.

⁷⁴ DEFIOLLES-PELTIER, 2010, p 255-256.

de régression soulève tout de même chez moi des questions. Jusqu'où laisse-t-on un patient régresser pour lui permettre d'intégrer cette notion de limite et de différenciation? Je n'ai pas de réponse spécifique à apporter à cette question. Je pense que l'accompagnement dans cette régression dépend de trois éléments. Le premier est le patient lui-même. Est-ce que le patient peut supporter cet état, se laisser guider par les soignants ? Ou au contraire cela l'angoisse-t-il encore plus ? Le ressenti du patient est un élément important à prendre en compte dans ce phénomène. Le second correspond aux soignants présents pendant les séances de pack, et leur capacité à pouvoir supporter et accompagner cet état régressif. Enfin les soignants des unités jouent aussi une part importante. Les personnes qui travaillent dans les unités au plus près des patients qui voient alors leur charge de travail s'alourdir par cette régression. Le patient est ralenti sur le plan psychomoteur et perd en autonomie. Ce qui m'amène à penser qu'accompagner une régression très importante demande que toute l'équipe soit en accord et fonctionne conjointement avec l'utilisation du pack depuis suffisamment de temps pour avoir intégré une limite dans cet accompagnement. Je n'ai toutefois pas rencontré ce cas de figure.

La régression est un processus qui peut accompagner les sessions de pack ou en être à l'origine. Cette question demande à être réfléchie avec toutes les personnes qui sont concernées par cette charge de travail et d'accompagnement important.

3) L'arrêt du pack : l'enveloppement comme transition vers l'extérieur

Si la médiation du packing induit un phénomène de régression chez le patient, elle s'inscrit également dans un phénomène de transition, de changement.

Au fil de ces cinq mois de suivi, qui ont certes comporté des interruptions, nous avons accompagné Bastien dans sa régression, dans ses ressentis, dans ses verbalisations et dans ses projets. Les séances de pack ont pris fin comme prévu après la deuxième session, sans projet de renouvellement d'une troisième. Nous avons évoqué avec lui la question de l'interruption des séances de pack avant la dernière séance pour qu'il puisse envisager la suite. D'un autre côté, nous avons parlé en équipe du devenir du patient et de l'intérêt qu'il pourrait y avoir à poursuivre ou arrêter les packs. L'équipe a convenu qu'il serait bien de ne pas reprendre de troisième session au vu de l'évolution du patient et de son récent investissement vers des

activités proposées à l'extérieur de l'unité. A l'instant précis où nous lui avons annoncé le point de vue de l'équipe, je l'ai senti se tendre comme s'il n'était pas d'accord avec cette décision. En effet, Bastien a exprimé son envie de poursuivre les séances. Nous avons pris un temps à la dernière séance, pour lui réexpliquer que nous ne pensions pas poursuivre les enveloppements avec lui, car il a commencé à investir d'autres activités à l'extérieur de l'unité (Centre Thérapeutique de Jour, Salle des sports de l'hôpital, équithérapie au CMP de son secteur). Nous avons insisté sur le fait qu'il se sente moins angoissé et que nous le trouvions moins triste, ainsi que sur l'importance qu'il puisse petit à petit se tourner vers l'extérieur. Bastien s'est alors apaisé et a pu exprimer son accord avec cette décision. Nous lui avons également signifié que nous restions à sa disposition et qu'il pouvait nous interpeler de nouveau s'il ressentait le besoin de reprendre les packs.

D'une manière générale, le pack marque souvent une transition vers l'extérieur de l'unité. Après quelques mois, Bastien s'est rendu dans une clinique pour une pré-admission et poursuivre ce projet de sortir de l'hôpital. Suite à quoi, il reviendra sur sa décision et ne voudra pas se rendre dans cette clinique. Le pack propose de construire une enveloppe sur laquelle le patient peut s'appuyer pour se différencier des autres, avec un corps et une pensée qui lui appartiennent. Cette contenance permet au patient de s'ouvrir vers l'autre et de sortir un petit peu de ce milieu très privilégié et contenant de l'unité de soins. La réaction de Bastien me rappelle à quel point cette enveloppe reste fragile au vu de sa pathologie et que l'investissement vers l'extérieur reste un moment de transition et de changement complexe.

III. L'approche institutionnelle

Au cours des séances de pack, je me suis questionnée sur ce dispositif et l'engagement de toute la structure. Nous parlerons des difficultés institutionnelles de cette médiation. Le cadre spatio-temporel des packs demande une organisation matérielle pour sa mise en place et son maintien dans une structure. Nous aborderons, ici, l'importance d'une salle dédiée à cette pratique et les contraintes de temps et de personnel qui s'y rattachent. Puis nous parlerons de la complexité du soutien institutionnel pour assurer la cohésion des soignants.

1) Le cadre spatio-temporel des séances

Les séances de pack ont lieu dans une salle dédiée à cette pratique. Le jour et l'heure de la séance restent fixes, afin que le cadre spatio-temporel soit bien repéré par le patient. Il est important que l'espace soit bien appréhendé afin qu'il puisse être perçu comme un lieu sécurisant, et contenant (cf annexe 5) dans lequel le patient trouve dans un moment d'échange privilégié. E.T. Hall, dans ses travaux sur la proxémie, parlera de la maison comme premier lieu sécurisant et de la chambre comme devant être un lieu privilégié qui contient les affaires de l'enfant, pour lui permettre de jouer, se reposer, se ressourcer et se calmer⁷⁵. C'est dans cette même idée que la salle du pack vient proposer au patient un lieu où il peut ressentir, expérimenter, élaborer et s'apaiser en toute sécurité.

La temporalité des séances est importante car elle s'inscrit essentiellement comme un repère qui organise le corps dans la réalité du vécu sensoriel et cognitif⁷⁶. Pour les séances de pack, le cadre spatio-temporel participe entièrement à l'enveloppement du patient, dans cette idée de repérage, de contenance, de sécurité et d'élaboration du vécu.

L'idée d'une prise en charge de pack peut être émise par n'importe quel soignant qui connaît le patient. L'équipe pluridisciplinaire prend ensuite le temps de réfléchir à cette proposition avec le médecin. Pour Bastien, le pack avait été pensé pour limiter l'angoisse, notamment l'angoisse de morcellement et pour essayer une autre forme de soin que le traitement médicamenteux qu'il investit beaucoup mais qui n'apaise pas sa symptomatologie. Une fois que l'équipe s'est réunie et est favorable à ce suivi, un des membres de l'équipe du pack va rencontrer Bastien avec son médecin pour lui proposer cette médiation. Il lui explique en quoi elle consiste et comment elle se déroule. Suite à quoi, Bastien a été visiter la salle de pack qui se trouve en dehors de son unité d'hospitalisation et un planning a été établi. L'installation de ce cadre se fait conjointement avec le patient afin qu'il puisse prendre une part active dans cette pratique.

⁷⁵ GALLIANO, PAVOT, POTEL, sous la direction de SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2011, p 239.

⁷⁶ POTEL, sous la direction de SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2011, p 242.

Les sessions de pack impliquent certaines contraintes de temps et de personnel. Les séances de pack durent environ une heure et demie avec le temps d'échange au début de la séance, le temps où le patient se change pendant que l'équipe essore les draps, l'enveloppement (45 minutes) et le partage d'une boisson chaude en fin de séance. Ce qui implique d'organiser des plages horaires pour faire les séances pour un seul patient et de mettre à disposition plusieurs soignants. De plus les équipes d'infirmiers et d'aides soignants n'étant pas toujours les mêmes, il leur est difficile de pouvoir assister aux séances. Ce sont plus souvent les autres professionnels qui gravitent autour de l'unité qui prennent en charge les cures de packing, à savoir l'ergothérapeute, la psychomotricienne, l'art-thérapeute ou la psychologue. En effet, l'équipe soignante de l'unité de soins n'est souvent pas en nombre suffisant pour qu'un soignant se détache de l'unité pendant une heure et trente minutes.

2) Le soutien institutionnel

Le travail que propose le pack permet aux patients qui en bénéficient d'expérimenter des sensations et de se créer une enveloppe psychocorporelle. Néanmoins, l'utilisation de cette pratique reste couteuse en temps, en personnel et en énergie.

a- La nécessité d'une formation et d'une supervision pour l'équipe du pack

La médiation du pack demande d'être formé avant de pouvoir la mettre en place. Une supervision est également à prévoir pour utiliser cet outil avec précaution. Chaque personne qui travaille dans l'unité peut demander d'être formée au pack, il peut s'agir aussi bien de paramédicaux, d'auxiliaires de médecine, de psychologues, de médecins psychiatres que de cadres de santé. Cette formation est importante pour comprendre les mécanismes en jeu, les intérêts, les limites, pour répondre au questionnement et proposer d'expérimenter sur soi l'enveloppement. Cette formation n'est pas obligatoire, car elle demande à la personne de porter ce projet institutionnel. Or toutes les personnes de l'institution ne sont pas forcément d'accord avec cette méthode ou n'ont pas envie de porter cette charge. Cette formation est proposée au personnel. Là encore on constate l'importance de ce soutien de l'institution, dans la mise en place des packs.

Comme nous l'avons évoqué, le pack demande un investissement de l'équipe soignante et une réflexion concernant le patient. Cette médiation soulève des questions sur la prise en charge ou non d'un patient en cure de pack, l'accompagnement du patient, le déroulement des séances, la possibilité de dialogue entre les soignants, les éventuels désaccords. Ces questionnements sont importants à noter et à élaborer en supervision. Pour Bastien, par exemple, beaucoup de questions ont été soulevées à la période des grèves dont nous parlerons dans le paragraphe suivant. Cette supervision demande, là encore, un investissement de temps, de soutien et de finance, pour accompagner au mieux les soignants. Elle s'adresse à toutes les personnes qui sont formées à cette pratique et qui font partie de l'équipe du pack. Ce lieu permet de déposer nos questionnements, nos ressentis, et de les penser en équipe. Le superviseur a un regard extérieur et est sensibilisé à cette médiation. Il ne fait partie ni de l'équipe du pack, ni du fonctionnement de l'unité en question. A mon sens, cette supervision permet de prendre du recul sur tout ce qui concerne le pack, et elle fait partie intégrante d'une forme de holding de l'équipe.

La médiation du pack implique donc des contraintes matérielles, quelles soient temporelles ou en nombre de personnel, un investissement et un soutien institutionnel pour assurer la cohésion et la réflexion des indications. La communication se place au centre de cette pratique. Si cet échange et ce soutien font du pack une médiation de holding avec une institution et des soignants suffisamment bons (au sens de Winnicott : good enough mother), c'en est aussi la limite car elle demande beaucoup d'énergie et de cohésion entre les différents membres de l'institution.

b- Limite concernant le soutien de l'institution

La réflexion autour du pack mobilise tous les soignants de l'institution, ce qui implique de mettre en place des temps d'échange et d'élaboration. C'est essentiellement par la mobilisation de moyens que l'institution accompagne ce projet. Au cours de mon stage, un grand nombre des employés de l'hôpital ont manifesté un mécontentement envers l'institution et sont entrés en grève. Ces événements institutionnels ont eu un impact sur les séances de pack de Bastien, car les différents membres de l'institution étaient mis à mal. Les préoccupations institutionnelles ont duré plusieurs mois, et l'investissement dans la réflexion

d'équipe concernant le suivi des patients n'était plus aussi présent. S'il n'y a plus de cohésion entre la direction de l'institution et les soignants, alors cette réflexion ne semble plus être possible. Dans le cas du pack, il s'agit réellement de différents holding : l'équipe du pack porte le patient tout au long de son suivi. Cette équipe est elle-même soutenue par l'équipe médicale au complet et les référents de l'unité (médecin et cadre), qui eux-mêmes sont accompagnés par l'institution au sens large. Si l'un de ces maillons est manquant, alors toute la chaîne en ressentira les effets. Beaucoup de questions ont alors été soulevées concernant la régression de Bastien dont nous avons parlé précédemment. Les réunions d'équipe semblaient compliquées à mettre en place et les soignants moins investis dans cette prise en charge coûteuse psychologiquement.

Sur le plan institutionnel cette médiation comporte donc des limites car elle implique la mise en œuvre de moyens : lieux, temps, personnel, formation, supervision. Le pack rend indispensable l'enveloppe institutionnelle. La subtilité du pack est de pouvoir maintenir cet équilibre fragile de communication dans l'institution.

Le pack est une médiation qui répond à une organisation bien spécifique afin qu'elle puisse être appréhendée par le patient. Elle demande aux soignants de s'investir dans un holding afin que le patient se construise une enveloppe psychocorporelle et puisse être un individu différencié des autres. C'est par le soutien des soignants et de l'institution que Bastien a pu expérimenter différentes sensations, intégrer une première forme d'ambivalence tonique et mettre du sens sur ce qu'il se passe dans son corps, dans ses pensées et ses émotions. Cette première enveloppe psychocorporelle matérialisée par les draps et les soignants lui ont permis de consolider et d'intégrer une part de cette contenance corporelle. Il paraît important d' « encourager avec des propositions langagières pour lui permettre de vivre dehors avec des données sensorielles et thermiques⁷⁷. » Le travail sur l'enveloppe et la sensorialité s'est réalisé conjointement et a été poursuivi dans le groupe de psychomotricité que j'ai proposé : « corps et sensations ». Le pack est une pratique qui pose des questions, demande des moyens et propose de se remettre en cause. Elle vient interroger nos représentations personnelles et collectives et faire réfléchir sur la situation du patient. Enfin

⁷⁷ ZEKRI-HURSTEL, MEUNIER, 2015, congrès non publié.

elle peut être un moyen de se tourner vers d'autres lieux que l'unité d'hospitalisation une fois que le patient en ressent la capacité. C'est en complément du pack que j'ai construit et mené des séances de psychomotricité autour du corps et des sensations.

CHAPITRE 4 : LE TRAVAIL SUR LES ENVELOPPES PROPOSÉ EN PSYCHOMOTRICITE

Dans l'optique d'apporter une enveloppe psychocorporelle, un contenant, une limite à ce corps dissocié, dispersé, voire morcelé dans la situation de Bastien, j'ai proposé aux patients de travailler autour de la sensorialité. Ma maître de stage m'a laissé l'opportunité de proposer des séances en groupe. J'ai donc choisi d'orienter mon travail sur l'enveloppe psychocorporelle et tenté d'apporter une contenance à ces patients en utilisant une approche sensorielle. L'objectif de ce groupe est d'expérimenter différentes sensations par l'intermédiaire de la peau, du tonus, ou encore en proposant de venir faire vibrer et résonner les os. Ne sachant pas trop comment nommer ce groupe de psychomotricité, je l'ai simplement appelé « Corps et Sensations ». A ma grande surprise, cet intitulé a suscité chez eux une certaine curiosité. Dans un premier temps, je vous propose d'appréhender la structure des séances et les moyens que j'ai mis en œuvre pour travailler ces aspects psychomoteurs. Puis nous reviendrons au vécu des deux patients que nous suivons dans ce mémoire, en abordant leurs ressentis et leurs évolutions. Enfin je ferai un retour sur ma pratique en abordant mes différents questionnements sur la notion d'enveloppe groupale et de relation.

I. Le groupe de psychomotricité : « Corps et Sensations »

Le groupe de psychomotricité que j'ai mis en place se déroule à raison d'une séance hebdomadaire d'environ une heure et demie. Tous les patients qui ont l'indication médicale pour se rendre au Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) peuvent faire le choix de participer à la séance « Corps et Sensations ». Dans le fonctionnement de ces unités, la prescription médicale ne concerne pas une activité précise, elle englobe toutes les activités proposées au CTJ, c'est ensuite aux patients de se rendre aux ateliers qui les intéressent. Ce groupe est donc ouvert et les patients présents ne sont pas forcément les mêmes à chaque séance, en fonction de leurs envies, de leur disponibilité et de leurs sorties. Je me place comme la référente de ce groupe, mais je suis tout de même encadrée par ma maître de stage, présente à toutes les séances. J'ai élaboré cette pratique en différents temps. Tout d'abord, nous prenons un moment d'échange pour présenter l'atelier et se présenter : état du moment, attentes ... Cela

me permet de cibler les axes de travail de la séance, car je ne connais pas systématiquement tous les patients. Puis, je propose un exercice rituel pour se mettre en mouvement en tapant des pieds au sol et se concentrer sur ce que l'on ressent. Ensuite, différentes propositions autour de la sensorialité peuvent être faites en fonction des séances. Enfin, nous reprenons un temps d'échanges, avant de passer à un temps calme. La fin de la séance est toujours marquée par un moment de pause, l'instant d'une chanson, avant de quitter le groupe.

Dans cette partie je vous propose de reprendre les idées phares de ces séances : le travail autour de la sensorialité, la variation tonique et l'enveloppe sonore, en lien avec les différents exercices que j'ai proposés.

1) Un travail tourné sur la sensorialité

Le travail sur la sensorialité est proposé pour expérimenter et varier les possibilités de sentir son corps. Comme nous l'avons vu avec Bastien et Victor, la peau et le tonus ne sont pas perçus dans leurs rôles d'enveloppe et de limite. Les diverses stimulations de la peau ont pour objectif d'aider à sentir et percevoir son corps comme objet stable et bien défini, susceptible d'apporter une sécurité corporelle et psychique : une contenance. Pour cela, j'ai cherché à stimuler les récepteurs de pression, de frottement et de vibration.

L'exercice rituel du début de séance, que j'ai évoqué dans l'introduction, consiste à taper des pieds sur le sol, plus ou moins vite, plus ou moins fort, avec un déplacement ou en statique. En utilisant toutes ces variations, le principe est de venir percuter le sol énergiquement pour faire vibrer le squelette et stimuler les récepteurs principalement situés au niveau des articulations. Il nous est arrivé d'utiliser aussi ce temps de mise en route dans la séance pour expérimenter d'autres manières de se déplacer : en marche arrière, en lançant les pieds vers l'avant, en montant les genoux Et ainsi travailler sur la kinesthésie*.

Le contenu des séances est variable en fonction de leurs attentes, leurs besoins et ce que j'ai pu observer lors des dernières séances. Nous avons parfois utilisé les massages ou les

* Kinesthésie : Sensibilité particulière que possèdent les muscles à donner la notion de mouvement, d'effort, et de situation des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres.

automassages soit directement avec nos mains, soit en utilisant différents objets, tels que des balles à picot, des ballons de différentes textures, des balles de tennis, ou encore des ballons de baudruche remplis avec de l'eau. Nous avons tenté de varier les sensations, les textures, les couleurs, les différentes zones du corps pour sentir la limite et la consistance du corps. Au cours d'une autre séance, nous avons utilisé les murs de la salle pour les faire vibrer comme la peau d'un tambour, pendant qu'une autre personne était adossée dessus et recevait les vibrations au niveau du dos et du bassin. Cette proposition, permet de travailler en relation entre la personne qui produit du son et des rythmes sur le mur, et la personne qui reçoit les vibrations dans le dos. Enfin, dans différentes séances, nous avons tenté de ressentir la vibration produite par l'intérieur du corps en réalisant des sons avec la voix mais en restant la bouche fermée. Nous avons ensuite modifié l'intensité, la tonalité et les positions (debout, assis, en mouvement) pour sentir des variations. Parfois nous y avons ajouté des rythmes frappés sur d'autres parties du corps. Au-delà de la vibration que produit la voix, j'ai tenté de relier les différentes sensations entre le son qui est émis et la vibration qui est produite et ainsi tenter de percevoir l'intersensorialité et une limite entre le dedans et le dehors.

Les expériences sensorielles ont besoin d'être variées, mais elles ont aussi besoin d'être répétées et intériorisées par les patients. Si j'ai cherché à stimuler les récepteurs cutanés, j'ai aussi utilisé cette même démarche pour la variation tonique. Pouvoir sentir son corps, c'est la première manière de se sentir exister. Pour certains patients ces stimulations peuvent donc les rassurer.

2) L'expérience d'une variation tonique entre le début et la fin de la séance

Lorsque j'ai pensé la structure des séances, j'ai voulu faire une évolution sur le plan tonique qui partait d'un tonus élevé, pour finalement arriver à un tonus plutôt bas en fin de séance. L'expérimentation les différentes polarités toniques permettraient aux patients d'intégrer quelque chose et d'accéder à une forme d'ambivalence.

La première proposition de la séance est de taper des pieds au sol. Ce qui demande une importante élévation du tonus d'action, pour venir percuter le sol et faire résonner la charpente osseuse. Dans ce travail de repoussé, je constate une différence dans la posture

notamment au niveau de l'axe corporel. Cette proposition favorise l'ancrage au sol et le redressement par l'augmentation de la tonicité de l'axe. Ce qui n'est pas toujours un exercice facile pour les patients. Le corps devient une structure solide et fiable capable de résister à la pesanteur.

Les propositions qui suivent cette première mise en mouvement sont très fluctuantes. Parfois dans l'immobilité, d'autres fois dans le mouvement. Sur le plan tonique, les suggestions demandent un recrutement variable qui se place comme un intermédiaire entre un tonus d'action élevé pour les percussions au sol et un tonus bas pour le temps calme.

Ce dernier marque la fin de la séance et propose un instant pour se poser et se recentrer sur soi. Chacun peut décider de s'allonger sur un tapis ou rester dans une position assise confortable, le temps d'une chanson. Cette proposition suggère un relâchement musculaire et donc un axe corporel dans l'enroulement (en posture assise), dans une atmosphère enveloppante par la musique, la sécurité du cadre, la lumière tamisée et le thérapeute. Ce relâchement contraste avec le recrutement tonique nécessaire du début de séance. Toutefois, il ne s'agit pas d'une détente comme on peut le voir dans une séance de relaxation. Ce temps calme reste de courte durée, pour leur permettre de reprendre cette idée à l'extérieur de la séance ; de simplement se poser en écoutant une chanson.

La différence de tonicité proposée entre le début et la fin de la séance permet de tester la bipolarité tonique entre contraction et détente pour peut-être accéder plus facilement à une ambivalence. Dans l'élaboration de ce groupe je me suis bien sûr appuyée sur des éléments psychomoteurs tels que la sensorialité, le tonus et l'axe corporel. Je me suis également intéressée au son.

3) L'enveloppe sonore

Pour le groupe « Corps et Sensations », j'ai souhaité utiliser le son dans sa fonction d'intersensorialité avec les autres sensations tactiles ou kinesthésiques et dans sa fonction d'enveloppe, de bain sonore. « Le sonore introduit, plutôt que le tactile, les notions d'extérieur et d'intérieur. En effet, le nouveau-né, à l'instar du fœtus, fait la différence entre les bruits et la voix maternelle qu'il reconnaît et privilégie. [...] Ce bain de sons préfigure le Moi-peau et sa double face tournée vers le dedans et le dehors, puisque l'enveloppe sonore est

composée de sons alternativement émis par l'environnement et par le bébé⁷⁸ [...] » Le son permet à la fois de différencier ce qui provient du corps et ce qui provient de l'extérieur.

Nous avons utilisé la voix pour produire des sons et créer une ambiance sonore, une enveloppe autour du groupe. La voix a cette caractéristique propre d'émettre des sons captés par le pavillon de l'oreille. Elle offre aussi une résonance au niveau de la cage thoracique, du cou et de la bouche. L'alliance entre la vibration et le son émis permet de mettre en lien les sensations et apporter une intersensorialité. Cette sonorité propre à chacun permet de différencier ce qui vient de soi et ce qui provient du monde extérieur. Ainsi la voix délimite un dedans et un dehors ; elle permet de se différencier de l'autre. Même dans les troubles de différenciation que j'ai pu rencontrer, la distinction entre sa propre voix et celle d'un autre est possible.

Nous avons aussi utilisé les rythmes frappés, soit sur des éléments extérieurs (le sol, les murs par exemple), soit sur les différentes parties du corps. Le rythme brut comme celui que je propose évoque la communication des affects les plus primitifs et les moins symbolisés⁷⁹. Ces propositions leur offrent un moyen d'expression autre que la parole pour transmettre leur état émotionnel. Le rythme fait également intervenir la sensation de vibration. Enfin la musique a aussi été un support pour créer une atmosphère stimulante ou apaisante au cours du temps calme de fin de séance et parfois pour certains exercices.

Ce groupe de psychomotricité s'oriente donc sur le travail de la sensorialité, de la régulation tonique et de l'enveloppe corporelle en utilisant le toucher, la vibration, les variations toniques et le son. Ce travail offre la possibilité de sentir son corps et d'exprimer ce que l'on ressent sur le plan sensoriel, émotionnel et parfois représentationnel. C'est dans cette optique que j'ai proposé ce travail à différents patients du service dont Bastien et Victor.

⁷⁸ CASTAREDE, 2007, p 13.

⁷⁹ PRAT, 2007, p 79.

II. L'intérêt du groupe dans le cas de Bastien et Victor

Bastien et Victor ont tout deux participé au groupe « Corps et Sensations » à différentes reprises. Bastien est venu assez régulièrement ce qui lui a permis d'intégrer et de s'approprier le déroulement de la séance puis de pouvoir exprimer ses envies et ses émotions. Cette prise en charge de groupe a débuté vers la fin de ses séances de pack, ce qui m'a permis de le voir dans une continuité. A l'inverse, Victor n'a pu participer que trois fois à ce groupe de psychomotricité. Son état a nécessité une hospitalisation et il était compliqué pour lui de venir aux séances que je proposais. De plus, le fait d'être en groupe a tendance à le disperser. Je vous propose donc de voir ici l'évolution de Bastien au cours des séances, avant de parler de la notion de groupe avec Victor.

1) L'évolution de Bastien dans un travail sur la sensorialité

Avant le début de l'atelier « Corps et Sensations », Bastien était très intrigué et intéressé par ce que je pouvais proposer. Il est de manière générale, très attiré par toutes les médiations qui sont centrées sur le corps. Il assistera au groupe de manière régulière. Au fur et à mesure des séances, j'ai pu constater une évolution dans la perception des sensations, dans la posture et surtout dans l'expression de ses ressentis sur le plan émotionnel.

a- Les sensations perçues de plus en plus finement

Avant la mise en place des séances, Bastien a d'importantes difficultés pour parler de ses sensations. Il reprend souvent les mots des autres patients ou il reste sur des termes très généraux tels que « ça détend » quand il s'agit d'automassage qu'il soit médiatisé par une balle ou pas. Toutefois, il peut localiser les stimulations sensorielles de plus en plus finement. Pour le premier exercice où nous tapons des pieds au sol, il peut dire qu'il sent la vibration jusqu'au niveau du bassin par exemple. Vers les dernières séances, il pourra dire que la sensation produite par des automassages avec un ballon, est plus agréable sur la partie charnue de la plante du pied en la montrant précisément sur lui ou sur moi. La description de la sensation reste compliquée, même s'il peut parfaitement la localiser. Il peut choisir une sensation lorsque je lui propose différents mots pour la décrire, mais il choisit souvent le même : « ça caresse ». Les difficultés praxiques qu'il présente, liées à son hypertonie et sans

doute à un défaut de représentation du corps, ne lui permettent pas de pouvoir varier la pression qu'il exerce lors des massages. Il est donc souvent dans un toucher d'effleurage, ce qui me laisse penser que le terme caresser décrit assez fidèlement sa sensation. Aux dernières séances, il dira spontanément qu'il sent le froid de la balle ; sensation qu'il a eu le temps d'intégrer et d'expérimenter au cours de ses séances de pack. Tout en restant sur des termes simples, il est capable d'imaginer et d'anticiper la sensation que telle ou telle balle pourra lui procurer. Bastien est capable de localiser les différentes stimulations, même s'il a des difficultés à les exprimer. Un travail de répétition des stimulations sensorielles pourrait être intéressant et lui permettre d'intégrer d'autres sensations, comme pour le froid. Outre l'accès à ses sensations, une évolution dans la régulation a été possible.

b- La variation tonique et l'ébauche d'un axe corporel stable

Comme je l'ai déjà évoqué, Bastien présente des difficultés praxiques, en lien avec des troubles de régulation tonique, ce qui se traduit aussi dans sa posture. Lors de la première séance de groupe, Bastien adopte une attitude d'enroulement, dans une hypertonie des muscles fléchisseurs et une hypotonie axiale, ce qui engendre des troubles de la coordination et des douleurs musculaires qu'il peut verbaliser : « C'est tout dur » ou encore en utilisant le mot « atrophié ». L'hypertonie vient stopper la possibilité de mouvements. La tension musculaire reste très présente chez Bastien, ce qui rend la réalisation des mouvements plus lente, plus coûteuse en énergie et interfère dans l'accès aux sensations produites par le mouvement. Lors des séances suivantes, il pourra s'asseoir au sol sans support au niveau du dos, en étant en appui sur ses ischions et avec un dos droit. L'expérience de différents états toniques lui a permis de ne pas rester dans une tonicité proche de celle du nourrisson. L'axe corporel est avant tout tonique, ce qui est à l'origine de ce redressement. La bipolarité s'harmonise pour trouver un juste milieu, laissant alors apparaître ce redressement et une possibilité de mouvements et de sensations. Un travail sur la régulation tonique semble intéressant à poursuivre pour limiter les douleurs musculaires ou postures d'inconfort, percevoir le mouvement et limiter les difficultés praxiques. Cette approche sensorielle et tonique a rendu possible l'expression des émotions.

c- L'évolution dans l'expression de ses émotions

Au cours des différentes séances où Bastien était présent, j'ai été surprise de son évolution dans sa capacité à exprimer ses émotions. Au début des séances, il se contentait souvent de dire « *ça va* » ou « *ça va pas trop* » ou encore « *je suis angoissé* ». Je trouvais ses verbalisations assez peu incarnées au niveau de la prosodie et de la répétitivité. Puis, il n'est pas venu à une séance et est revenu la séance d'après où il a dit ne plus ressentir de nausée ou d'envie de vomir. C'est par ces ressentis désagréables qu'il percevait son angoisse et le monstre qui est en lui. Par la suite, il exprimera ce qu'il ressent de manière plus spontanée et beaucoup moins discordante. Il me fera part de sa déception, lorsque je n'accède pas à sa demande de faire de la relaxation à la place du groupe « Corps et Sensation ». Bastien pourra par la suite exprimer son intérêt, ses préférences ou encore sa surprise de manière spontanée sans que je ne lui pose de questions. Il investira également les séances de groupe, en proposant des idées d'exercices ou en utilisant des mouvements qu'il a découverts dans d'autres ateliers.

Durant ces quelques mois de prise en charge au groupe de psychomotricité « Corps et Sensations », Bastien a beaucoup évolué. Il est important de mettre cette évolution en lien avec la fin des séances de pack et son investissement vers d'autres activités corporelles telles que l'équithérapie proposés au Centre Médico-Psychologique (où il se rend seul durant ses permissions) ou encore l'atelier de danse et de stretching relaxation proposé à la salle des sports de l'hôpital. Bastien peut plus facilement exprimer ses émotions, ses attentes, et a plus facilement accès à ses sensations corporelles mêmes si elles restent difficiles à décrire. Un travail sur la sensorialité, la kinesthésie et sur la régulation tonique serait intéressant à poursuivre.

2) Une relation au groupe conflictuelle pour Victor

Lorsque je propose mes premières séances de psychomotricité en groupe, Victor est en séquentiel où il passe trois semaines chez son père puis une semaine à l'hôpital. Il participera à seulement trois séances de psychomotricité du groupe « Corps et Sensations », dont les deux premières juste avant de se faire hospitaliser dans un contexte de désinhibition et de recrudescence délirante. Dans les premiers temps de son hospitalisation, il n'aura pas de

prescription médicale pour se rendre au Centre Thérapeutique de Jour où je propose le groupe, puis il évoquera les difficultés qu'il a pour participer à ce groupe. La désinhibition laissera progressivement place à de la tristesse suite à l'arrêt de son traitement par antidépresseur. Des séances de pack seront alors mises en place. Je n'aborderai pas ici son suivi pendant les séances de pack, car je n'ai pu assister qu'à peu de ces séances, et que celles-ci se sont déroulées tardivement dans mon stage, me laissant peu de recul pour l'évoquer dans mon mémoire. Je vous propose donc de revenir sur la prise en charge que j'ai proposée en psychomotricité et sur les difficultés qu'a Victor dans le travail en groupe.

a- Rappel sur le contexte de prise en charge

Avant que je ne mette en place ces séances autour de la sensorialité, ma maître de stage proposait aux patients des séances de psychomotricité en groupe qui s'orientaient le plus souvent sur de la relaxation. Je rappelle que Victor était également suivi en séance individuelle de psychomotricité où il faisait également de la relaxation et des enveloppements secs. Suite à l'une de ces séances en groupe, nous l'avons reçu, ma maître de stage et moi-même, en entretien individuel. Il avait alors pu exprimer que les activités en groupe étaient compliquées pour lui, et qu'elles avaient tendance à le désorganiser. Dans ces circonstances, il a besoin de se faire remarquer. Il restait toutefois assez ambivalent sur son intention de travailler sur cette problématique et il avait des difficultés pour savoir s'il souhaitait venir aux séances que je proposais par la suite. Il participera finalement à trois séances du groupe « Corps et Sensations ».

b- Déroulement de sa première séance

Au cours de cette séance, j'ai remarqué que Victor avait assez facilement accès à ses sensations, mais que la relation au groupe restait compliquée. Il a tendance à se placer directement dans une relation duelle. La première séance à laquelle il a assisté, j'ai proposé un travail avec la voix pour faire vibrer la cage thoracique. Puis nous avons essayé de faire vibrer d'autres endroits du squelette en utilisant les murs de la salle comme je l'ai expliqué plus avant. Au début de cette séance, il se disait fatigué, puis, il est rapidement rentré dans l'exercice mais en essayant de « se faire remarquer » par le bruit qu'il faisait avec ses chaussons en tapant des pieds au sol par exemple. Il utilisera lui-même l'expression de se

faire remarquer lors d'un entretien en individuel. Dans son comportement, je distingue deux choses : parfois il cherche à attirer l'attention sur lui, d'autre fois il se désorganise, ce qui se traduit dans le mouvement. Dans les deux cas, Victor met en avant sa difficulté à être en groupe. Nous reparlerons de cette difficulté dans la partie suivante. Dans la suite de cette séance, il prendra plaisir à faire vibrer le mur, dans une forme de décharge tonique. Il est alors nécessaire que je repose les limites de l'exercice, de façon à ne blesser personne et à ne pas abîmer le matériel. Il se retirera alors de l'exercice, en allant se mettre à côté de ma maître de stage et sans vouloir revenir par la suite dans la proposition.

c- Le besoin d'une relation duelle privilégiée au cours de sa seconde séance

Sa deuxième séance se déroulera le jour de son hospitalisation avant que l'indication au Centre Thérapeutique de Jour ne lui soit retirée au vu de son état. Victor apprécie le côté contenant de la musique que j'avais mise dès le début de la séance. J'ai ensuite proposé des automassages avec différents objets. Il est assez impulsif et devance mes consignes, ce que je reprends avec lui sans difficulté. Il apprécie l'aspect apaisant et décontractant du massage et verbalise ses différentes sensations. Par la suite, je demande que l'on se mette en binôme pour passer les différents objets sensoriels sur une autre personne. Il refusera que quelqu'un lui passe une balle quelque soit la partie du corps, sauf si c'est la psychomotricienne. J'essaie de trouver des compromis, qu'il refuse. Ma maître de stage accepte donc de se mettre avec lui. Victor parlera beaucoup du plaisir qu'il a eu à masser l'autre et très peu du massage qu'il a reçu. Dans cette même séance, il répondra souvent aux questions alors que je m'adresse à un autre patient. A cet instant là, Victor n'est pas dans une impulsivité, mais plutôt dans une indifférenciation entre soi et l'autre. Il ne remarque pas que je ne m'adresse pas à lui, même lorsque je nomme la personne.

Comme je l'ai décrit, il cherche aussi à se mettre dans une relation duelle privilégiée avec ma maître de stage. Dans cet instant de fragilité, Victor se place très proche de l'autre. J'ai parfois le sentiment qu'il pourrait fusionner avec cet autre. Alors que son enveloppe est fragile, il devient poreux à l'environnement et recherche alors une forme de sécurité dans une relation fusionnelle avec une personne qu'il connaît bien.

d- L'interruption de ce suivi et la troisième séance

Il ne participera plus aux séances de groupe que je propose durant le mois qui a suivi, mais il en parlera au cours d'une séance de pack. Il ne pourra alors pas me regarder de toute la séance, ce qu'il dira sous forme interrogative de nombreuses fois : « *Pourquoi est ce que j'arrive pas à regarder Marie-Eve ?* », en restant les yeux rivés sur un collègue ergothérapeute. Il dira également que les séances que je propose ne lui plaisent pas et que c'est compliqué pour lui de me regarder car il me trouve trop jolie. Après quoi il pourra de nouveau me regarder et viendra de nouveau en séance de groupe. La verbalisation lui permet de déposer ce qu'il ressent dans un cadre sécurisant et de ne pas rester bloqué sur cette idée. Au cours de sa troisième séance, j'ai proposé de travailler sur des rythmes et des sons que l'on pouvait réaliser avec le corps. Nous reprenons ensuite les propositions de chacun afin de les intégrer et de les agencer pour faire une mélodie. Nous nous sommes alors tous installés debout en cercle, ce qui soutient l'attention des patients, forme une enveloppe autour du cercle et permet de tous nous voir. Malgré un groupe plutôt contenant, il est difficile de capter l'attention de Victor. Il a tendance à « se faire remarquer » où à se mettre à plaisanter avec un autre patient avec qui il se sent très proche.

Pour Bastien le suivi couplé entre les séances de pack et le groupe de psychomotricité « Corps et Sensations », l'a accompagné pour mieux percevoir ses sensations même si les décrire avec la parole reste compliqué. Cette première construction d'une enveloppe même précaire, lui a permis d'exprimer ses émotions, ses envies et d'investir d'autres lieux que l'hôpital. Le travail en groupe n'a pour l'instant pas été possible à plus long terme pour Victor. Il me paraît important de pouvoir travailler avec lui autour de l'enveloppe corporelle. Le groupe a peut-être un effet désorganisateur lorsqu'il entre ou qu'il est dans une phase aigüe de la maladie. Toutefois, je persiste à croire qu'un travail en groupe couplé à un suivi individuel pourrait être intéressant une fois son état stabilisé, afin de tenter d'apporter de la contenance dans une situation de groupe. Les difficultés pour Victor à être en séance de groupe m'ont permises de remettre en question ma pratique.

III. Réflexion et retour sur ma pratique dans le cadre du groupe de psychomotricité

Les vécus et l'évolution très différentes de Bastien et de Victor au sein du groupe « Corps et Sensations », m'ont permis de m'interroger et de faire évoluer ma pratique. Mon premier questionnement portait sur la notion de groupe dans son éventuelle fonction d'enveloppe. Comment donner une structure à ce groupe et permettre l'émergence d'une dynamique ? Ce qui m'amène à mon second questionnement sur l'importance de la relation dans le travail thérapeutique aussi bien dans la relation avec la personne qui encadre mon stage, que dans celle aux patients.

1) Mon questionnement sur le groupe comme enveloppe

Avant de mettre en place le groupe « Corps et Sensations », je me posais déjà des questions sur la manière de porter ce groupe en tant que psychomotricienne et de mettre en place une dynamique de groupe. Une fois ce groupe en place je me suis rendue compte que la dynamique de groupe n'était pas du tout la même en fonction des séances. J'ai donc choisi de vous faire part de mon questionnement sur la possibilité de créer une enveloppe groupale contenant avec des personnes hospitalisées pour des soins psychiatriques.

a- Le cadre des séances et ses rituels comme structure fiable du groupe

Avant de pouvoir parler de dynamique de groupe en fonction des différents protagonistes, je pense que le cadre des séances et les différents rituels que l'on retrouve constituent les prémisses d'une enveloppe groupale. Lorsque le corps fait défaut et ne se vit pas comme contenant sécuritaire, c'est à la manière de penser et de structurer la séance qu'il revient d'assurer cette fonction d'enveloppe. Ainsi la stabilité et la répétition d'un environnement sécurisant et contenant pourraient être intériorisés par le patient. Ils viennent figurer un espace et un temps précis.

Avant la proposition des séances de « Corps et Sensations », les patients qui venaient au groupe de psychomotricité étaient très ritualisés, jusque dans leur demande, leur discours,

leur posture, ou leur soupir. En proposant quelque chose de nouveau, j'avais conscience de modifier certains repères qu'ils avaient intégrés, notamment pour Bastien et Victor qui venaient toutes les semaines à la séance de psychomotricité avant le groupe « Corps et Sensations ».

Le cadre spatio-temporel fixe de ces séances et les règles établies pour ce groupe viennent poser une limite, une première forme d'enveloppe pour le contenir. Les séances se déroulent toutes les semaines, le même jour, à la même heure, avec le même déroulement de séances, la même personne référente (moi-même), et la personne qui encadre ce référent, à savoir ma maître de stage. Je me place donc en tant que garant de ce cadre et de ce qui se déroule dans le groupe. Je viens assurer un rôle de pare-excitation, dans le sens où je protège le groupe d'une éventuelle effraction du cadre ou d'un débordement d'une personne.

Instinctivement, j'ai proposé des rituels dans la séance qui se déroule toujours de la même manière : les différents temps d'échange assis par terre en cercle, l'exercice rituel du début de séance, ou encore le temps calme à la fin. Ces rituels ont pour objectif d'aider le patient à se repérer. J'ai souvent réfléchi à ces temps ritualisés et leur évolution. Pour la proposition où nous tapons des pieds au sol, j'ai proposé des variations : rajouter de l'imaginaire, des déplacements, un support musical. J'ai finalement choisi de rester sur quelque chose de simple et bref.

Je pense qu'un rituel doit être un moment court et simple pour qu'il puisse être bien identifié en tant que tel. Si ce rituel se doit d'être répétitif, il n'est pas pour autant figé et peut évoluer. Cela demande avant tout que les patients l'aient intégré.

b- La dynamique de groupe, finalité d'une enveloppe groupale ?

La dynamique de groupe correspond aux différentes interactions entre les personnes qui composent le groupe en lien avec l'activité générale proposée. Chaque personne est alors investie d'un rôle qui correspond à ses besoins, ses capacités et qui a un retentissement sur le groupe tout entier⁸⁰. Il se met en place une interdépendance entre les différents membres.

⁸⁰ DE VISSCHER, 2006, p 53-61.

Au fur et à mesure de mon stage, j'ai constaté que la dynamique des séances n'étaient pas la même. Parfois, l'échange dans le groupe était possible et je pouvais m'appuyer aussi sur les patients pour qu'ils puissent faire des propositions. Alors que d'autres fois, je sortais de la séance épuisée d'être le seul soutien pour ce groupe et de ne pas réussir à créer une dynamique de groupe. La principale raison à cette grande variation entre les séances, est qu'il s'agit d'un groupe ouvert. Les patients qui assistent à une séance n'assistent pas forcément à celle d'après. Il n'y a pas toujours de régularité dans le suivi. De plus, les personnes hospitalisées sont dans des états émotionnels variables, de la tristesse, à l'exaltation de l'humeur en passant par les angoisses de dépersonnalisation. Il faut également tenir compte de leurs traitements qui jouent sur leur capacité à se mobiliser, se concentrer et se rendre disponible au groupe. Il arrive que certains patients comme Bastien par exemple, soient régulièrement présents pour le groupe « Corps et Sensations », ce qui permet une continuité entre les séances. On peut alors voir apparaître une réflexion commune pour se souvenir de ce que nous avons fait la fois précédente.

D'autres fois le groupe n'a pas cette fonction de soutien, lorsque tous les patients présents viennent pour la première fois par exemple. Dans ce cas, il est difficile pour moi, de soutenir le groupe, sans faire un travail de lien avec les séances précédentes et sans pouvoir m'appuyer sur leurs propositions. Dès le départ, je me suis reposée sur ce que les patients pouvaient me dire au cours du premier temps de verbalisation. Puis j'adaptais la séance en fonction des attentes, des besoins, de l'état émotionnel de chacun et de ce que je pouvais observer dans ces quelques premières minutes. Malgré cela, certaines séances étaient difficiles à mener. J'ai alors essayé d'utiliser différentes configurations dans l'espace pour les temps où nous sommes centrés sur nos sensations et d'autres où nous sommes plutôt attentifs aux autres membres du groupe. Souvent nous prenons tout l'espace de la salle pour porter l'attention sur nos sensations propres. A d'autres moments, je proposais qu'on se tienne en cercle pour favoriser les échanges. Cette configuration nous place tous au même niveau et permet d'être vu et de voir tout le monde. Le fait d'alterner cette configuration spatiale au cours d'une même séance crée du mouvement, favorise les échanges entre eux et modifie l'attention.

La dynamique de groupe, les échanges entre les différents membres permettent à mon sens de donner de l'entrain dans un but commun. Cette dynamique ne se créant pas spontanément, cela m'a permis de mettre en place une dynamique en utilisant le mouvement et l'investissement de l'espace. A l'inverse d'un groupe fermé (où les personnes présentes

sont toujours les même), je ne pense pas que l'on puisse ici parler d'enveloppe groupale. Ce qui importe, c'est plutôt la relation qui peut se mettre en place et ce que les autres peuvent nous renvoyer.

2) La relation aux patients et la place de thérapeute

Plus j'ai avancé dans cet accompagnement des séances en groupe, plus je me suis interrogée sur l'importance de la relation. Je me suis rendue compte d'une évolution dans ma posture, entre ma place d'observateur et celle de référente des séances. Dans cette partie j'ai également souhaité parler de la particularité dans la relation aux patients hospitalisés. Enfin, Victor m'a permis de beaucoup me questionner sur l'intérêt de sa participation au groupe dans le sens où il privilégie une relation duelle. La relation privilégiée d'un suivi individuel, ne peut-elle pas interférer dans des séances de groupe ?

a- De la place de stagiaire à celle de référente du groupe de psychomotricité

Tout au long de cette troisième année d'étude, je me suis aperçue d'un changement dans la place que je prenais en séance. Au début, j'étais beaucoup dans l'observation et j'essayais de comprendre le fonctionnement de la structure, les séances et les différents patients. Je prenais en quelque sorte mes repères. Lorsque j'ai commencé à me mettre en action dans les séances de pack, mais surtout quand j'ai proposé le groupe « Corps et Sensations », j'avais besoin de m'appuyer sur ma référente de stage. Il était très important pour moi d'avoir des retours sur mes séances, de savoir ce qui était à conserver ou à modifier. En d'autres termes, je ne pouvais pas me fier simplement à mon ressenti, j'avais besoin d'un étayage extérieur. Au fil du stage, j'ai pris plus confiance en moi et en mes propositions pour pouvoir me détacher légèrement du ressenti de l'autre. Non pas que je ne prenais plus en compte les critiques de ma maître de stage, je les écoutais avec attention pour y réfléchir par moi-même, mais je n'en avais pas autant besoin. Je pouvais plus facilement m'autocritiquer et trouver des moyens pour penser et construire mes séances. Winnicott apporte la notion de holding comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, tandis que Delion parle de fonction phorique. Le terme « phorie » signifiant « porteur ». « Ainsi, celui qui porte doit lui-

même être porté⁸¹. » Pour pouvoir accompagner les différentes personnes à se mettre en contact avec leurs sensations et avec les autres membres, j'ai aussi besoin d'être soutenue par ma référente de stage.

b- La relation avec des patients en psychiatrie adulte

Construire une relation avec des patients dans des états aigus en psychiatrie adulte est parfois compliqué. Le tout est de savoir à quel moment la personne peut rentrer en relation ou pas, parler ou se taire, se présenter ou rester en retrait ... Cette capacité de savoir quand et comment rentrer en relation, demande une attention très particulière. Je ne peux toujours pas répondre à la question du quand et du comment de manière fixe et invariable, je pense qu'il faut avant tout le sentir. Ressentir – en fonction de nos observations – à quel moment c'est possible pour l'autre et laisser une place à la spontanéité pour savoir comment ; c'est-à-dire à la fois être patient et à l'écoute et à la fois agir un peu comme ça vient. Pour cela différentes choses sont à observer chez le patient, dans son contact, son regard, sa posture, dans son discours, mais aussi dans la distance relationnelle qu'il utilise. Tous ces éléments sont à prendre en compte pour tenter une approche relationnelle qui ne soit pas intrusive et persécutrice, ni distante et dénuée d'empathie. En tant que stagiaire j'ai souvent été mise en relation avec les patients par un tiers. Ma maître de stage me présentait parfois directement aux patients, ou ne faisait que laisser une place pour que je puisse me présenter. Cette première approche de présentation par l'intermédiaire d'un tiers me paraît très importante pour être repérée par le patient. Reste ensuite à chacun de créer une relation en ajustant sa posture, son tonus, la distance relationnelle, et son discours en fonction de chaque situation. La difficulté dans cet ajustement relationnel, c'est de rester soi-même en faisant attention à tout ce qui pourrait être interprété à travers ma posture, mes mimiques ou mon discours. Dans certains états aigus de la maladie, les faits et gestes sont facilement interprétés pour nourrir le délire. L'observation et la répétition des rencontres sont des outils qui m'ont beaucoup servis pour m'adapter. En fonction des patients et des différents moments, j'ai pu instaurer une première forme de relation.

⁸¹ BARTHELEMY, 2015, p 14.

c- Intérêt d'un double suivi en groupe et en individuel

Pour poursuivre sur la question de la relation, Bastien et Victor, m'ont conduit à m'interroger sur l'intérêt ou les difficultés que peut apporter un suivi simultané en groupe et en individuel avec un même patient. Au cours des séances individuelles (de psychomotricité ou de pack), le ou les thérapeutes construisent avec le patient une relation privilégiée où le patient peut investir le thérapeute avec différents affects et se confier. Dans cette même période le patient peut aussi voir ce même thérapeute dans une séance en groupe où cette relation privilégiée doit laisser de la place pour les autres patients du groupe. Ce double suivi permet au patient d'avoir un temps qui lui est réservé où il peut plus facilement élaborer. Et un second moment où il peut se détacher de cette relation duelle pour aller vers l'autre.

En observant Bastien et Victor, je me suis demandée si la mise à distance de cette relation privilégiée pouvait déstabiliser le patient et le groupe. Là encore je pense que cela dépend des patients. Est-ce qu'ils sont dans la capacité de sortir de cette relation maternante pour s'intégrer au groupe. Pour Bastien que je suivais à la fois en séance individuelle pour les packs et à la fois en séances de groupe en psychomotricité, ce double suivi était possible. Il n'est plus dans une relation exclusive. Les soignants ont été suffisamment bons pour qu'il puisse s'en détacher. Il s'agit aussi d'espaces bien différents entre la salle de pack et la salle de psychomotricité qui signifie cette différence dans la relation.

Pour Victor cette relation était plus compliquée en particulier avec la psychomotricienne. Il avait des difficultés pour mettre à distance, le temps des séances de groupe, la relation privilégiée qu'il avait construite en individuel. Ces difficultés ont pu être évoqué avec le patient et les autres soignants de l'institution, ce qui permet à Victor de traverser sur cette problématique en essayant d'investir d'autres soignants et de ne pas se placer strictement dans une relation duelle. Cette question de différents suivis dans une même période me semble importante à soulever en fonction de la problématique et de l'état du patient, pour savoir s'il est en capacité de gérer ces situations et de l'intérêt thérapeutique que cela peut avoir. Dans cette situation, le thérapeute permet d'introduire le groupe et reste garant d'une sécurité grâce à cette relation privilégiée.

La relation est une donnée primordiale pour créer un lien, pour porter ou être porté par l'autre, que ce soit dans un objectif de formation comme avec ma maître de stage ou que ce

soit dans un but thérapeutique avec les patients. L'observation de tout ce qui compose la communication verbale et non-verbale est un outil privilégié en psychomotricité et dans le soin en général, pour savoir et ressentir comment et quand rentrer en relation avec une personne en état aigu. Une fois que la relation est possible, il me semble important de réfléchir et de poser des mots sur la manière d'orienter la prise en charge en groupe et/ou en individuel pour construire et préserver ce lien thérapeutique.

Le travail que j'ai proposé en psychomotricité avait pour but de consolider l'enveloppe psychocorporelle par l'intermédiaire de la sensorialité, de la proprioception, du tonus, de l'enveloppe sonore et de la verbalisation. Ce qui a été possible pour Bastien, c'est-à-dire mieux percevoir ses sensations, exprimer ses émotions et se référer au corps comme un contenant psychocorporel, ne l'a pas forcément été pour Victor. Pour lui le fait d'être en groupe était difficile, et le corps ne jouait alors plus son rôle d'enveloppe. C'est par cette pratique que j'ai pu réfléchir sur l'importance de donner des repères aux patients et d'utiliser l'espace pour tenter de créer une dynamique de groupe afin que celui-ci puisse soutenir les différents membres qui le constituent. La relation se place également au centre de ces prises en charge, que ce soit avec ma référente de stage ou avec les patients. Il n'est pas toujours aisé de savoir comment être en relation avec des personnes en état aigu, raison pour laquelle l'observation et la réflexion autour de la relation thérapeutique me semble essentielles.

CONCLUSION

Le travail de recherche et d'élaboration que j'ai mené tout au long de cette année m'a permis de mieux me représenter la schizophrénie et ses répercussions psychomotrices pour l'individu. Bastien et Victor sont deux patients qui m'ont aidée à comprendre cette pathologie et à remettre en cause et questionner ma pratique. Ainsi la schizophrénie est une maladie invalidante et chronique qui regroupe trois syndromes : délirant, discordant et déficitaire. Nous avons pu voir, par les exemples cliniques que chacun de ces syndromes ne s'exprime pas de la même manière et avec la même amplitude suivant les personnes et leur état du moment.

D'un point de vue psychomoteur, l'enveloppe corporelle ne se place pas comme une structure stable et rassurante à laquelle l'individu schizophrène peut se référer. En effet nous avons pu voir que la peau n'étaye pas une fonction de contenance, de pare-excitation, d'individuation, et d'intersensorialité. Parfois, la personne est coupée de ses sensations et ne peut plus ressentir son corps. C'est à cet instant que les angoisses de morcellement peuvent apparaître et inciter le patient à rentrer dans une autostimulation par une carapace tonique importante ou encore une hyperkinésie. En effet, le tonus vient tant bien que mal tenter de contenir le corps qui a tendance à se disperser. Le tonus s'exprime donc le plus souvent dans une forme de bipolarité qui vient contentionner l'individu et le priver d'une liberté de mouvement, ou à l'inverse qui s'exprime dans une hypotonie qui ne peut soutenir l'action. Cette grande variabilité tonique ainsi que le manque de contenance globale sont aussi illustrés par l'axe corporel qui s'exprime par l'enroulement dans une tentative de se centrer sur soi et de se protéger du monde extérieur, ou par une forme de droiture très rigide qui donne l'impression que le tonus de l'axe est la seule chose qui permet à l'individu d'être tenu.

Par la médiation du pack et celle d'un groupe de psychomotricité autour de la sensorialité, j'ai voulu stimuler les différents récepteurs de la peau dans le but de réunifier ce corps dissocié, et commencer à construire un contenant psychocorporel auquel Bastien et Victor puissent se référer. Le pack est une médiation qui propose de sentir son corps grâce aux variations thermiques qu'il offre, et d'élaborer avec le patient son vécu. Cette technique

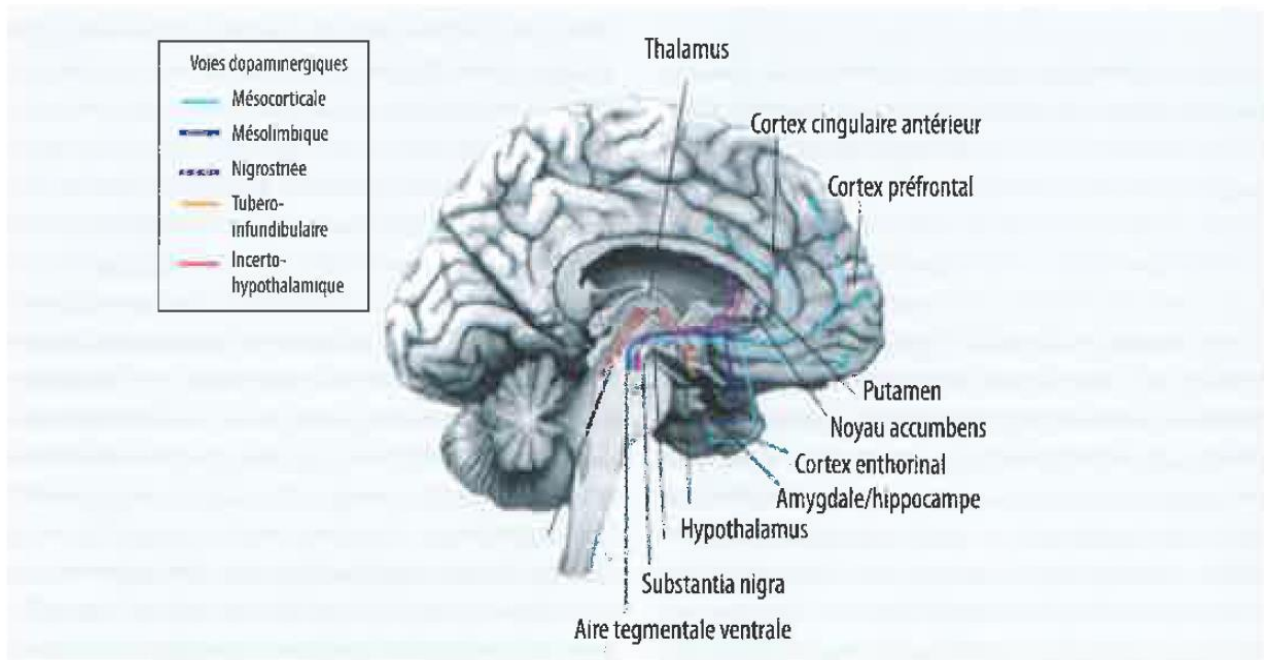
permet d'apporter une enveloppe psychocorporelle matérialisée par les draps et les soignants. Le patient peut alors intérioriser cette contenance afin qu'il puisse se construire et consolider par lui-même son enveloppe corporelle. Dans cette même idée de stimulations sensorielles, j'ai proposé le groupe « Corps et Sensations ». Durant ces différentes séances, j'utilisais des propositions et objets afin de varier les sensations et la tonicité. Je me suis appuyée sur le son pour créer une atmosphère contenant. Au cours des différents suivis avec Bastien et Victor, ce travail autour des enveloppes a permis une évolution, surtout dans le cas de Bastien. Ce dernier a pu de plus en plus se mettre en contact avec ses sensations, exprimer ses émotions, retrouver une certaine stabilité dans ses postures et sa mobilité dans ses mouvements, et ainsi investir des activités en dehors de l'unité d'hospitalisation. Toutefois un travail sur l'enveloppe psychocorporelle serait intéressant à poursuivre pour lui permettre de consolider ses acquis, d'aider à la verbalisation de ses sensations qui reste encore compliquée et de continuer à proposer des variations toniques afin qu'il puisse les intégrer. Pour Victor, le travail autour de la contenance du corps ne s'est pas tout à fait déroulé comme je l'avais prévu. La non-continuité de sa présence au groupe « Corps et Sensations », ainsi que les difficultés à établir une relation de confiance avec lui, ne m'ont pas permis d'accompagner le patient dans la construction d'une enveloppe plus stable. Ce suivi m'a permis de me remettre en question et d'ajuster ma pratique. Je pense qu'il m'a manqué de temps pour créer un lien thérapeutique avec Victor afin que le groupe proposé puisse lui être bénéfique.

Ces deux pratiques m'ont beaucoup amenée à réfléchir sur la question de la régression, de la relation et du groupe. La régression est un processus qui accompagne parfois la thérapie et qui est d'autant plus présente dans l'utilisation des enveloppements humides. Cette régression demande d'être accompagnée pour ne pas mettre à mal le patient ou l'équipe soignante. Ceci m'a amené à discuter dans ce mémoire, de la relation. Elle est pour moi comme un socle, une base, aussi bien pour les packs que pour le groupe de psychomotricité. Sans elle, les propositions restent dans le registre d'une expérience ; alors que cette même expérience placée dans une relation avec le soignant et qui repose sur des bases théoriques, entrent alors dans le champ de la thérapie. La relation avec le patient est particulière en psychiatrie adulte et demande une finesse dans l'observation mais également d'être à l'écoute de ses propres ressentis. La relation ne se limite pas à la relation thérapeutique avec le/les patients, elle s'élargit au travail pluridisciplinaire et la cohésion dans l'équipe. Ainsi en reprenant cette notion de holding, le patient est bien porté par le thérapeute, qui est lui-même

soutenu par les équipes soignantes, les médecins et l'institution. Je suis finalement partie d'un travail basé sur les sensations pour arriver à une réflexion sur la relation. Dans une autre forme de relation, je me suis aussi intéressée au groupe dans sa dynamique et dans son éventuelle fonction d'enveloppe. Dans le cadre de ma pratique, il s'agissait d'un groupe ouvert qui rend difficile la dynamique de groupe, le groupe était parfois difficile à porter. Au vu de ces difficultés, j'ai choisi d'utiliser des rituels pour donner de la stabilité à mes séances. Et de jouer sur l'espace pour tenter de créer une dynamique de groupe en passant par le mouvement.

La psychomotricité offre donc aux personnes schizophrènes une approche thérapeutique centrée sur le corps afin de tenter de réunifier le corps vécu comme morcelé, diffus ou non-délimité. La relation avec le patient, le holding et l'approche sensorielle sont les bases d'un travail en vue d'apporter de la contenance et peut-être, créer une enveloppe psychocorporelle. L'approche basée sur la sensorialité et le corps comme contenant que j'ai proposé ici, sont pour moi les prémisses d'un travail et d'une approche basée sur l'image du corps. La représentation du corps pour ces patients est elle aussi au centre de leur problématique. Je n'ai pas pu vous en parler dans cet écrit, mais cette notion apparaît dans une continuité de mon travail.

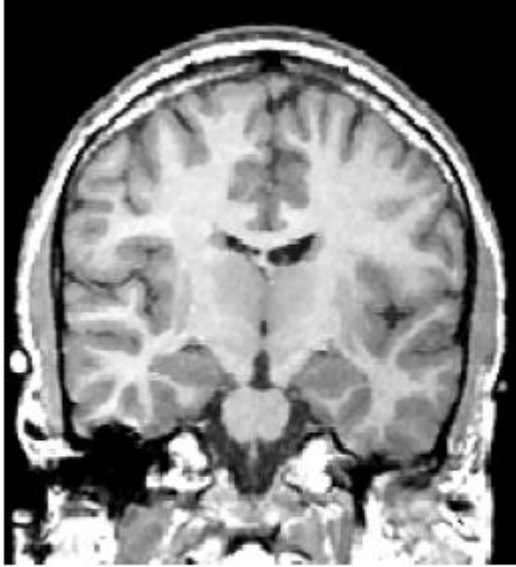
ANNEXE 1, Les principales voies dopaminergiques



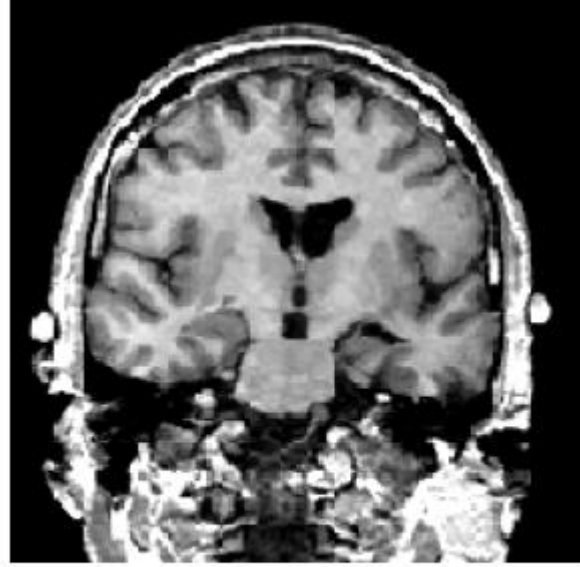
Principales voies dopaminergiques⁸²

⁸² BINDLER, CHOPIN, NUSS, PERETTI, 2010, p 121.

ANNEXE 2, Anomalies morphologiques cérébrales dans la schizophrénie



Sujet sain



Sujet schizophrène

IRM comparatif entre un sujet sain et un sujet schizophrène⁸³

⁸³ Site de l'université de Bordeaux 2, Schizophrénie : traitements et facteurs de risque.

ANNEXE 3, Les récepteurs sensoriels de la peau transmettent les informations au cortex cérébral au niveau de l'homonculus de Penfield

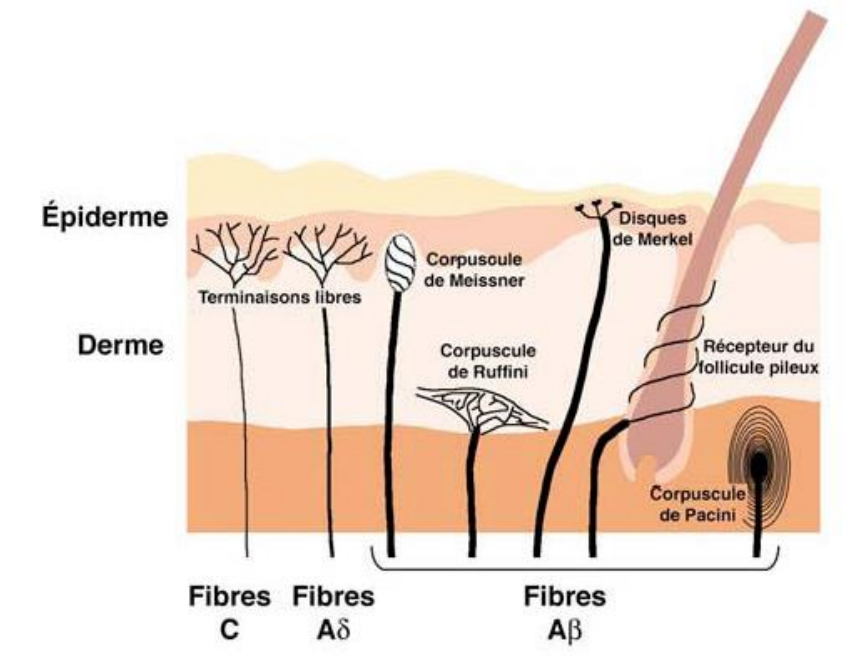


Schéma représentant les différents récepteurs de la peau

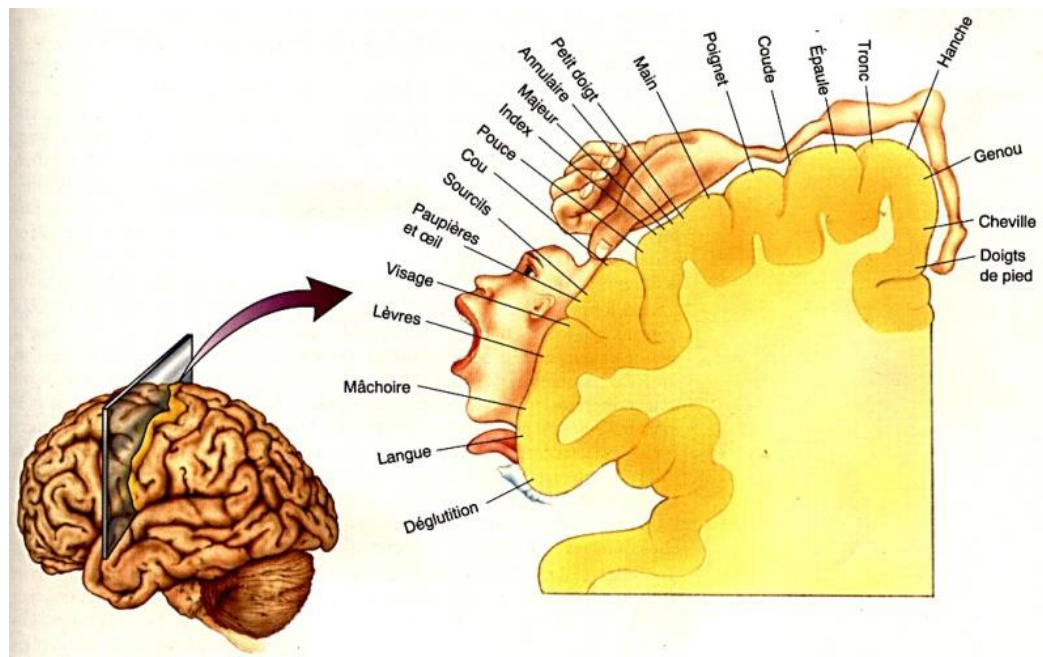
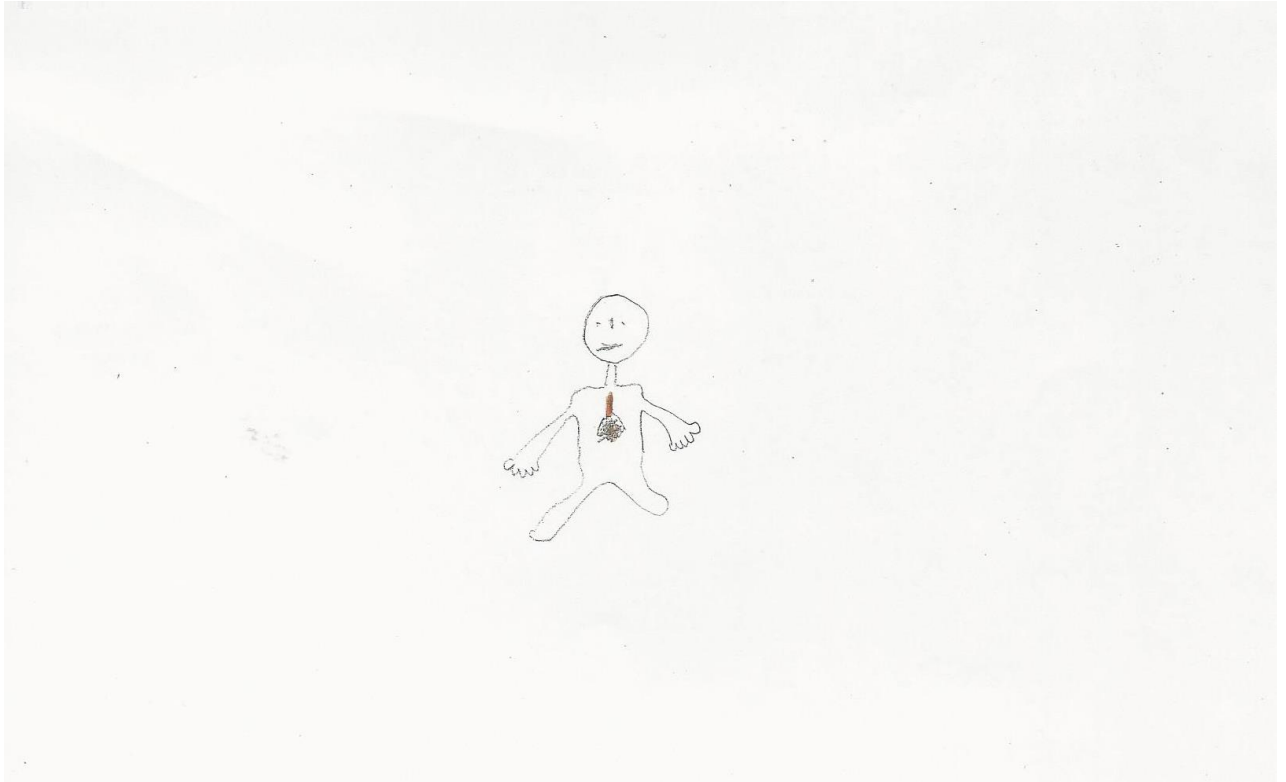


Schéma représentant l'homonculus de Penfield

ANNEXE 4, Dessin du bonhomme de Bastien à la suite de la 10^{ème} séance de Pack.

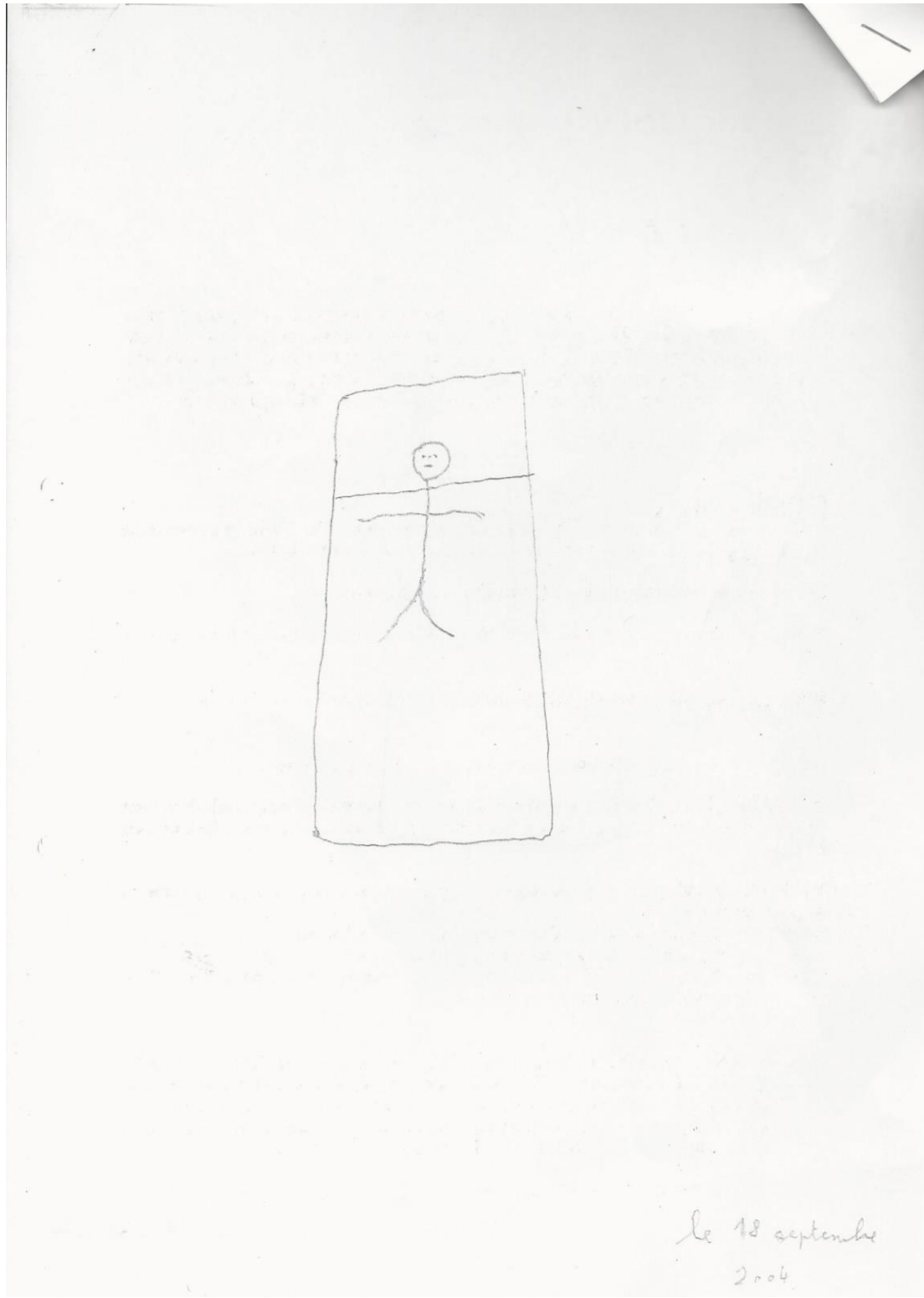


ANNEXE 5, Photographie de la salle de Pack*



* Ces photographies ont été prises et intégrées à ce mémoire avec l'autorisation de l'institution.

ANNEXE 6, Dessin du bonhomme de Bastien à la suite de la 4^{ème} séance de Pack.



BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- ANDRE P. (2013), *Psychiatrie de l'adulte*, Paris, Editions Heures de France, 5^{ème} édition.
- ANDRE P., BENAVIDES T., GEROMINI F. (2004), *Corps & psychiatrie*, Paris, Editions Heures de France, 2^{ème} édition.
- ANZIEU D. (1995), *Le Moi-peau*, Paris, Editions DUNOD, 1985.
- BLOCH H. (2000), *Premiers pas, premiers gestes – Le jeune enfant et le monde*, Paris, Editions Odile Jacob.
- BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès.
- CARRIC J-C. (2001), *Lexique*, Paris, Editions Vernazobres-Grego.
- COEMAN A., RAULIER H de Frahan M. (2004), *De la naissance à la marche, les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, Bruxelles (Belgique), Editions ASBL Etoile d'herbe.
- DEBRAY Q., GRANGER B., AZAÏS F. (2005), *Psychopathologie de l'adulte*, Paris, Editions Masson, 1998.
- DEFIOLLES-PELTIER V. (2010), *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, Paris, Editions Vernazobres-Grego, 2^{ème} Edition.
- DELION P. (1998), *Le packing avec des enfants autistes et psychotiques*, Ramonville Saint-Agne, Editions Eres.
- DELION P. (2007), *La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie*, Ramonville Saint-Agne, Editions Eres.
- LE BRETON D. (2011), *Eclats de voix – Une anthropologie des voix*, Paris, Editions Métailié.
- LE HUCHE F. (1998), *Le bégaiement*, Paris, Editions Albin Michel.
- PANKOW G. (1993), *L'homme et sa psychose*, Malesherbes, Editions Flammarion, 1969.
- PANKOW G. (2006), *L'être-là du schizophrène*, Malesherbes, Editions Flammarion, 1981.
- ROBERT-OUVRAY S. (1) (2007), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Editions Desclée De Bouver, 2002.
- ROBERT-OUVRAY S. (2) (2007), *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Editions Desclée De Bouver.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J-M. (2011), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Marseille, Edition Solal.
- VELEA D. (2005), *Toxicomanie et conduites addictives*, Paris, Edition Heures de France.

Articles :

BARTHELEMY S. (2015), *La fonction phorique : être porté pour porter*, Santé Mentale, numéro 195, page 14.

BINDLER L., CHOPIN M-V., NUSS P., PERETTI C-S. (2010), *Dépression, schizophrénie, toutes les voies mènent-elles à la dopamine ?*, La lettre du psychiatre, volume VI, numéro 4, pages 121 à 126.

CASTAREDE M-F. (2007), *Métapsychologie de la voix*, Champ psychosomatique – La voix, volume 4, numéro 48, pages 7 à 21, Edition L'esprit du temps.

DE VISSCHER P. (2006), *Un construct égaré : celui de la dynamique des groupes restreints*, Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, volume 2, numéro 70, pages 53 à 61, Presses universitaires de Liège.

ORJUBIN J-M. (2003), *Interview de Geneviève Haag*, thérapie psychomotrice et recherches, numéro 134, pages 4 à 9.

PRAT R. (2007), *Le rythme dans la peau*, Spirale, volume 4, numéro 44, pages 79 à 84, Editions Erès.

SZWEC G. (2006), *Les maladies de peau dans quelques modèles psychosomatiques*, Revue Française de Psychosomatique, volume 1, numéro 29, pages 31 à 49.

Mémoires :

HAUG A. (2010), *Fonction contenante et psychomotricité : de l'éprouvé à son appropriation – La thérapie psychomotrice au service d'une meilleure intégration des enveloppes corporeo-psychiques*, IFP – Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, Diplôme d'Etat de psychomotricité.

PERTHUIS L. (1988), *Les Packs : Une Technique de Soins dans le Traitement des Schizophrènes*, IFP – Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, Diplôme d'Etat de psychomotricité.

SAUZEDE A . (2011), *Un horizon vertical – L'axe corporel, point de départ du travail de restructuration identitaire chez le patient adulte hémiplégique*, IFP – Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, Diplôme d'Etat de psychomotricité.

Congrès :

ZEKRI-HURSTEL R., MEUNIER L., « Au carrefour de la psychomotricité et de la neurologie fonctionnelle : l'espace-temps de nos enveloppes corporelles et psychiques », Enveloppe émoi, 10 et 11-04-2015, à Poitiers, organisé par Psychomot86, 2^{ème} journées d'études, DVD du congrès non-publié à l'heure actuelle.

Sitographie :

Article de santé, Site Le Figaro, *Anxiolytiques*, www.sante.lefigaro.fr/sante/traitement/anxiolytiques/effets-indesirables, consulté le 30-01-2015.

Atelier donné au congrès de l'OIIQ (Ordre des Infirmiers et des Infirmières du Québec) (2012), Site du congrès de l'OIIQ, CLERMONT-DROLET, *Cocaéthylène : Quand alcool et cocaïne ne font qu'un*, www.congres2012.oiiq.org/sites/default/files/uploads/congres2012/pdf/A16_cocaethylene.pdf, consulté le 25-02-2015.

Cours d'Anatomie Fonctionnel, Site de la Faculté de Médecine Pierre et Marie CURIE, *Chapitre 2 – Fonction musculaire et mouvement*, www.chups.jussieu.fr/polysPSM/anatfonctPSM2/poly/POLY.Chp.2.3.4.html, consulté le 11-01-2015.

Cours de Médecine, Site de cours de médecine, *Organes des sens : Récepteurs sensoriels de la peau*, www.coursdemedecine.com/histologie/cours-histologie/organes-des-sens-recepteurs-sensoriels-de-la-peau/, consulté le 05-12-2014.

Lettre de Mise en demeure (30-11-2011), Site de Vaincre l'autisme – le nouveau défi de la recherche, *Mise en demeure*, www.vaincrel'autisme.org/sites/default/files/MISE_EN_DEMEURE_HOPITAL_PITIE_SALPETRIERE_301111.pdf, consulté le 23-02-2015

Promotion de la santé et prévention de la toxicomanie, Site du Centre Communautaire d'Intervention en Dépendance, *Les antidépresseurs*, www.etape.qc.ca/drogues/antidepresseurs.htm, consulté le 30-01-2015.

Recommandation de bonne pratique (2005), Site de la Haute Autorité de Santé, *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf, consulté le 25-02-2015.

Recommandation de bonne pratique (2012), Site de la Haute Autorité de Santé, *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandation_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf, consulté le 23-02-2015.

Résumé :

Sur le chemin d'une rencontre avec des personnes atteintes de schizophrénie en état aigu, j'ai cherché dans ce mémoire à faire état de ma réflexion autour de cette pathologie. Je suis passée par l'observation, la théorie et la clinique, pour mieux appréhender leur vécu psychocorporel, et orienter mes propositions. Mon travail s'est alors orienté vers la notion de contenance et d'enveloppe psychocorporelle. Dans cet écrit, je vous propose de suivre deux patients dans une aventure m'ayant permis de les accompagner, tout au long de ma troisième année d'étude en psychomotricité. J'ai participé à des séances de pack, ce qui m'a permis de me forger mon opinion sur le sujet. De plus, j'ai mis en place et mené un groupe intitulé « Corps et Sensations » en proposant différentes stimulations de la peau et différents niveaux toniques. J'ai ainsi été amenée à m'interroger sur l'intérêt de la psychomotricité dans l'unification du corps et la construction d'un contenant psychocorporel.

Summary :

On the way to a meeting with people with schizophrenia in the acute stage, I looked in this paper to report my thought about this disease. I proceed by using observation, theory and clinical symptoms, to better understand their psychocorporal experiences , and guide my proposals. My work then focused on the concept of containingand psychocorporal envelope. In this writing, I suggest you to follow two patients in an adventure that allowed me to accompany them throughout my third year of study in psychomotricity. I participated in the pack sessions, which allowed me to make my opinion about the subject. In addition, I have established and led a group called " Body and Sensations " by proposing different stimulations of the skin and toned different levels. I have been led to wonder about the interest of psychomotricity in the unification of the body and building a psychocorporal contain.

Schizophrénie, Peau, Tonus, Enveloppes psychocorporelles, Psychomotricité, Pack, Sensorialité