



HAL
open science

Regardez-moi, j'existe! Limites corporelles et regard chez le sujet adulte schizophrène

Margaux Riom

► **To cite this version:**

Margaux Riom. Regardez-moi, j'existe! Limites corporelles et regard chez le sujet adulte schizophrène. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359581

HAL Id: dumas-01359581

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359581>

Submitted on 2 Sep 2016

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

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

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75 364 Paris Cedex 14



Regardez-moi, j'existe !

Limites corporelles et regard chez le sujet adulte schizophrène

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

Par Margaux Riom

Référents de mémoire :

M. Thierry BENAVIDES

Mme Céline ROCHERIEUX

Session juin 2016

- Remerciements -

Mes premiers remerciements vont aux patients du centre de jour qui m'ont accueilli et accordé une place dans leurs soins. Ils ont enrichi ce travail et m'ont permis d'en apprendre davantage sur le sens de l'existence ; merci pour leur sincérité, leur confiance et leur investissement.

Je remercie également Céline Rocherieux, psychomotricienne et maître de mon stage, pour ce partage d'expériences, son investissement quant à ce travail et la place qu'elle m'a accordé au sein des séances de psychomotricité. Merci également à toute l'équipe soignante du centre de jour pour leur accueil, leurs conseils et les expériences qu'ils m'ont permis de vivre.

Je remercie Anne Blanchard, psychomotricienne et maître de mon second stage de troisième année, pour son accompagnement, son soutien et son aide quant à l'élaboration de ce travail. Merci pour son investissement, son écoute et cette amitié naissante dans la passion de cette profession.

J'adresse également mes remerciements à Thierry Bénavidès, psychologue clinicien, psychomotricien, psychothérapeute et professeur, dont la pensée m'a inspiré et m'a permis de me questionner sur mon positionnement en tant que future soignante. Merci pour le temps qu'il m'a accordé et qui m'a permis d'affiner ce travail ainsi que d'orienter mes questionnements et mes recherches. Merci également aux professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ma formation, pour m'avoir transmis ces connaissances et cette passion du soin.

Je souhaite remercier ma famille, dont Martine Riom, ma maman, à qui je dois mon éducation et mes valeurs, pour son soutien permanent, sa compréhension et son amour. Merci à Jean-Louis Riom, mon père, sans qui cette aventure de trois ans n'aurait pas été possible, merci pour ses encouragements et sa confiance. Merci également à Bernadette Hibon pour le temps consacré à la relecture de ce travail et son retour encourageant.

Merci à Pierre-Alain Devaux, plus qu'un ami, pour son soutien sans faille, sa confiance et sa considération. Merci de m'avoir accompagné et, malgré la distance, d'avoir parcouru ces épreuves à mes côtés. Merci également à sa famille pour leurs encouragements et la confiance qu'ils m'ont apporté jusqu'au bout.

Je remercie Chloé Quentin, mon amie, sans qui ces trois années auraient été plus difficiles à aborder. Merci pour son soutien, sa présence et son amitié à toute épreuve. Merci également pour toutes ces expériences enrichissantes vécues ensemble. Merci également à Karel Henrard, mon ami, pour son soutien tout au long de ces trois années et son application dans mon apprentissage et ma pratique de l'anglais.

Je souhaite remercier mes amis qui, malgré les distances, ont toujours eu confiance en moi et qui, par ces riches moments d'amitié partagés, m'ont permis d'évoluer et de devenir ce que je suis aujourd'hui.

*« Pour chaque être humain,
le corps est à la fois le véhicule que ses parents lui
ont fabriqué puis légué, et qui le fait appartenir au genre humain,
mais aussi un lieu unique, celui de chaque singularité, dans lequel son histoire personnelle
s'inscrit et vient colorer ce modèle général d'une mémoire d'expériences à nulle autre
pareille,
la sienne »*

P. Delion

- SOMMAIRE -

INTRODUCTION -----	- 7 -
I. PRESENTATION DU SERVICE PSYCHIATRIQUE -----	- 9 -
1. REPERES INSTITUTIONNELS -----	- 9 -
A. Présentation du centre de jour -----	- 9 -
B. Répartition des espaces -----	- 9 -
C. Répartition du temps -----	- 10 -
2. LES SCHIZOPHRENIES -----	- 11 -
A. Les psychoses -----	- 11 -
B. Clinique des schizophrénies -----	- 12 -
a. Que sont-elles ?	- 12 -
• Histoire -----	- 12 -
• Epidémiologie -----	- 14 -
• Caractéristiques -----	- 14 -
b. Comment se manifestent-t-elles ?	- 17 -
• Symptômes -----	- 17 -
• Formes cliniques -----	- 17 -
• Evolution de la maladie et critères diagnostics -----	- 19 -
c. Causes et traitements	- 20 -
• Etiologie -----	- 20 -
• Traitements -----	- 21 -
C. Les troubles psychomoteurs de l'adulte atteint de schizophrénie -----	- 21 -
• Ralentissement psychomoteur -----	- 22 -
• Tonus et ajustement postural -----	- 22 -
• Schéma corporel -----	- 23 -
• Image du corps -----	- 24 -
• Espace et temps -----	- 25 -
• Mimique et gestualité -----	- 25 -
• Motricité et coordinations -----	- 26 -
3. PLACE SPECIFIQUE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT -----	- 26 -
A. Indications et évaluations psychomotrices -----	- 26 -
B. Projet thérapeutique et déroulement des prises en charge -----	- 27 -
C. Présentation de l'atelier « en rythme » -----	- 29 -

II. PRESENTATION CLINIQUE ET LIENS THEORIQUES -----	- 32 -
1. PRESENTATION DES PATIENTS -----	- 32 -
A. Monsieur H. -----	- 32 -
a. Anamnèse	- 32 -
b. Contexte de la prise en charge	- 33 -
• Symptomatologie de Monsieur H.	- 33 -
• Projet de soin au centre de jour	- 34 -
c. Observations psychomotrices	- 34 -
d. Projet de soin en psychomotricité : en groupe	- 36 -
B. Madame F. -----	- 37 -
a. Anamnèse	- 37 -
b. Contexte de la prise en charge	- 39 -
• Symptomatologie de Madame F.	- 39 -
• Projet de soin au centre de jour	- 40 -
c. Observations psychomotrices	- 40 -
d. Projet de soin en psychomotricité : en groupe	- 42 -
C. Séquence clinique, l'atelier « en rythme »	- 43 -
2. L'IMAGE DU CORPS -----	- 45 -
A. Corps et médiation corporelle -----	- 45 -
B. Image du corps, définition et développement -----	- 48 -
C. Défaut d'intégration corporelle chez le patient schizophrène-----	- 52 -
a. Altération de la fonction du Moi-peau	- 52 -
b. Dissociation	- 53 -
c. Délires et hallucinations à thématiques corporelles	- 54 -
d. Symptômes de premier rang.....	- 54 -
e. Angoisses du schizophrène	- 55 -
3. LE REGARD -----	- 56 -
A. Définition et développement -----	- 56 -
B. Image du corps et regard -----	- 59 -

III. DISCUSSION	- 61 -
1. L'IMAGE DU CORPS ET LE REGARD CHEZ LE PATIENT SCHIZOPHRENE	- 61 -
A. Le monde du schizophrène	- 61 -
B. Défaut de contemplation, problématique du sujet regardant	- 63 -
C. Le sujet interpellé, problématique du sujet regardé	- 65 -
2. LES ENJEUX DE CES TROUBLES DANS LA RELATION	- 66 -
A. Comportements	- 66 -
B. Distances interpersonnelles	- 67 -
3. LES BIENFAITS DE LA PSYCHOMOTRICITE QUANT A L'IMAGE DU CORPS ET LE REGARD : VERS UN CORPS UNIFIE ET EN RELATION.	- 70 -
A. Image du corps	- 70 -
B. Relation dans le groupe	- 72 -
a. Le cadre.....	- 72 -
b. Le transfert.....	- 73 -
c. Les autres.....	- 75 -
C. Regard, témoin de l'identité et vecteur de la communication	- 76 -
CONCLUSION	- 79 -
ANNEXE I	- 81 -
ANNEXE II	- 83 -
GLOSSAIRE	- 86 -
BIBLIOGRAPHIE	- 94 -
SITOGRAFIE	- 97 -

- INTRODUCTION -

La psychiatrie. Mais qu'est-ce que cela ? A premièrement parlé, ce terme m'inspire la souffrance invisible, incomprise. Le secteur de la psychiatrie adulte me confronte à énormément de questions sans réponses. J'aimerais comprendre, découvrir les pathologies, les patients et la place de la psychomotricité. Comment peut-elle apporter son aide ?

Lors de mon stage long de deuxième année au sein d'un Centre Médico-Psychologique (CMP), je découvre, par des troubles anxieux et des dépressions, la névrose. Afin de découvrir d'autres formes de pathologies ainsi que d'affiner mes connaissances de la psychiatrie, j'effectue une semaine de stage en hôpital psychiatrique. Appréhension et curiosité grandissent en moi dès le premier jour. Je me trouve dans l'enceinte de l'hôpital, la psychomotricienne discute avec un soignant. Je patiente alors dans le couloir au fond duquel j'aperçois une dame. J'ai l'impression qu'elle m'observe. Malgré la distance, je perçois la couleur sombre de ses yeux, son regard est perçant, je me sens mal-à-l'aise. J'ai l'impression qu'elle entre dans mon intimité, dans mon être. J'aperçois du mouvement, elle s'approche doucement de moi sans briser ce lien. Que se passe-t-il ? Ce contact me perturbe. Les secondes me paraissent durer une éternité, je la sens proche de moi alors qu'elle se trouve à plusieurs mètres, je suis désorientée. Plus rien ne nous entoure, je reste dubitative dans l'attente d'une suite. Elle me saisit rapidement le bras sans rompre le dit-lien. Ne parlant pas français, la dame s'adresse à moi en marmonnant quelques mots d'une langue qui m'est étrangère. A cet instant, la psychomotricienne interrompt sa discussion, se tourne vers moi et tend son bras à la dame qui vient s'y agripper. Elle l'accompagne ensuite vers les lieux de vie. C'est à ce moment que je découvre pour la première fois la psychose. J'aimerais en savoir plus ; je n'en ai pas assez vu, pas assez appris.

« La vérité est une lutte de perceptions, les gens ne voient que ce qu'ils sont prêts à affronter. Ce qui compte, ce n'est pas ce que vous regardez, mais ce que vous voyez. Et quand différentes perceptions s'affrontent, la vérité finit par s'égarer. Et les monstres finissent par surgir. »¹

Le jour suivant, je découvre la schizophrénie. Pathologie de l'existence. J'ai observé ce patient, je l'ai *regardé*. Il me paraissait vide, dénué d'expressions et de pensées. Son regard était similaire à celui de la dame. Je me trouve dans un intérêt de plus en plus grand pour ces

¹ BILLER K., SUSSMAN M., *Perception*, M6, 2014, saison 1 épisode 14

symptômes, cette pathologie. Mais qu'est-ce que la schizophrénie ? Elle me procure une sensation inconnue, je me sens à nouveau mal à l'aise. Je veux comprendre, je veux *voir*. Je décide alors d'effectuer mon stage de troisième année auprès de patients atteints de cette pathologie qui me semble mystérieuse.

A raison d'un jour par semaine, j'effectue mon stage de troisième année au sein d'un hôpital de jour recevant des personnes atteintes de schizophrénie. J'observe les patients, je discute avec eux, je propose également des activités durant les séances. Deux patients m'interpellent, ils participent à l'atelier « en rythme ». Une dame, dont le regard ne m'est plus inconnu ; je trouve ce regard intrusif, c'est perturbant. Un homme qui, quant à lui, évite le regard des autres ; comme s'il était difficile pour lui d'être en contact visuel avec autrui. Comment expliquer ces différents regards ?

Depuis ma première expérience à l'hôpital psychiatrique, le regard me fascine. Il nous permet de voir et surtout de communiquer. Je me demande alors comment le regard peut-il être vecteur de la communication en respectant les distances interpersonnelles ? Je vais tenter de répondre à cette question tout au long de ce travail. Si ces patients ont de tels regards serait-ce parce que leurs limites corporelles sont déstructurées ? Cette hypothèse m'amène à la problématique suivante : une structuration des limites corporelles permettrait de contenir le regard dans un corps délimité ; ainsi, un travail sur l'image du corps à travers l'atelier « en rythme » permettrait de renforcer l'enveloppe corporelle. De plus, l'activité de groupe amène à la rencontre, la sensation d'être avec les autres et ainsi pourrait consolider l'identité des patients. Finalement, restituer une identité psychique et corporelle à travers un travail du corps et de la relation permettrait de contenir le regard dans un corps délimité et ainsi permettre la structuration des distances interpersonnelles.

J'ai choisi de rédiger mon mémoire sur la schizophrénie, je dirais plutôt LES schizophrénies, dans l'objectif d'affiner mes connaissances sur ces pathologies qui m'interpellent et me passionnent énormément. Je commencerai par vous présenter l'hôpital de jour, je tenterai également de définir les schizophrénies ainsi que la place de la psychomotricité auprès de cette population. A l'aide de la description de deux patients j'exposerai, en deuxième partie, mes observations cliniques en les alimentant de projets thérapeutiques et appuierai celles-ci de théories qui me semblent en lien avec l'image du corps et le regard. Enfin, je consacrerai une troisième partie à la discussion de ces liens en y amenant mes opinions.

I. Présentation du service psychiatrique

1. Repères institutionnels

A. Présentation du centre de jour

Un centre de jour, également appelé hôpital de jour, est un établissement extrahospitalier accueillant des patients à la journée. Les séjours peuvent être continus mais également discontinus ; il peut s'agir d'une à plusieurs demi-journées par semaine. Cette alternative à l'hospitalisation complète offre des possibilités de soin à des personnes capables de vivre en communauté en y conservant un hébergement de nuit au sein de leur famille, dans un foyer, dans un appartement thérapeutique ou dans un logement individuel autonome. Il permet alors d'optimiser l'insertion de ces personnes dans leur milieu social et familial.

Les soins assurés sont polyvalents et individualisés, il peut s'agir de prises en charge individuelles ainsi qu'en groupe. Ils s'adressent à une population adulte présentant des troubles et difficultés psychologiques, psychiatriques et relationnels divers. La structure dans laquelle j'exerce mon stage de troisième année accueille plus spécifiquement des personnes atteintes de schizophrénie présentant un état stabilisé. Elle est animée par une équipe pluridisciplinaire composée d'un praticien hospitalier, d'un interne changeant tous les six mois, d'un cadre de santé, d'une secrétaire, d'une psychologue, d'une assistante sociale, d'une psychomotricienne, d'infirmiers, d'ergothérapeutes et d'agents hospitaliers.

Les principaux objectifs du centre de jour sont les suivants : maintenir l'autonomie de la personne dans son environnement en améliorant sa qualité de vie et son insertion sociale, diminuer l'intensité de ses symptômes et les stabiliser, assurer des activités thérapeutiques adaptées aux patients, prévenir l'hospitalisation, faire participer activement le patient dans son projet de soin et lui permettre une continuité de ses soins.

B. Répartition des espaces

L'établissement est organisé sur un niveau. Il dispose en premier lieu d'un forum avec cafétéria ; véritable lieu d'échange entre soignants et patients. Il favorise la resocialisation ainsi que l'intégration de nouveaux patients au centre de jour. La plupart des patients s'y retrouvent pour passer un moment chaleureux et convivial ; ils peuvent également s'acheter

une boisson chaude, s'installer sur les sièges et lire un des nombreux livres disponibles sur les différentes étagères du forum.

De plus, le centre de jour dispose de sept bureaux : le secrétariat contient les dossiers des patients et leur est accessible pour toutes demandes ; le bureau infirmier, lieu dans lequel les infirmiers opèrent leurs soins auprès des patients. Le bureau du médecin psychiatre, où celui-ci reçoit les patients pour des entretiens d'admission, créer des projets de soin et effectuer d'autres rendez-vous afin de poursuivre le suivi des patients. Le bureau du cadre ; le bureau de l'assistante sociale ; le bureau de la réhabilitation, qui permet aux patients d'effectuer une auto-évaluation avec création d'objectifs professionnels dans le but de leur permettre une réinsertion. Enfin, le bureau du psychologue dans lequel celui-ci reçoit des patients en séance individuelle.

L'établissement comporte également une pharmacie, dans laquelle les infirmiers donnent les traitements médicamenteux aux patients. Une salle détente et une salle informatique sont accessibles sur demande du patient et sous surveillance d'un soignant. Une salle d'ergothérapie est utilisée lors de prises en charge en ergothérapie, tant individuelle que groupale ainsi qu'en co-thérapie avec un autre soignant. Une salle polyvalente est occupée lors de diverses activités telles que la vidéo, la relaxation, la gym douce, etc. C'est également dans cette salle que la psychomotricienne reçoit ses prises en charge individuelles et groupales. De plus, cette salle est occupée pour les réunions institutionnelles.

Enfin, l'établissement dispose d'un restaurant dans lequel les patients se retrouvent et mangent sur le temps du midi. Il y a également une salle à manger pour les soignants.

C. Répartition du temps

L'établissement est ouvert de neuf heures à dix-sept heures du lundi au vendredi. Les réunions de l'établissement se font en trois temps, tout le personnel soignant y est convié. Chaque matin, de neuf heures à neuf heures et demie, a lieu la réunion de transmissions au sein du secrétariat. C'est lors de celle-ci que sont transmises toutes les informations de la veille. Ensuite, au sein de la salle polyvalente, tous les lundis de midi à treize heures a lieu la réunion institutionnelle où les soignants discutent de l'institution. Enfin, les jeudis de onze heures à treize heures a lieu la réunion clinique où les soignants discutent des patients.

Lorsqu'une personne est dirigée vers le centre de jour par différentes structures de soin (Hôpital, CATTP², CMP, ...), celle-ci est convoquée à un premier rendez-vous avec le médecin psychiatre ainsi qu'un infirmier ; c'est l'entretien de demande d'admission. Si besoin, la famille peut être présente. Suite à cet entretien, le médecin et l'infirmier vont discuter de ce patient à la réunion clinique du jeudi afin de le présenter aux autres soignants et de lui assigner un infirmier référent. La personne est admise au sein de l'établissement le lundi suivant et effectue une période d'essai de quinze jours pendant laquelle les soignants vont l'observer. L'infirmier référent est chargé d'accompagner la personne dans la visite des locaux et de lui présenter les soignants. Durant cette période, l'équipe de soin discute du patient et des ateliers correspondants à ses besoins. Une fois la période d'essai finie, le médecin prend à nouveau rendez-vous avec la personne afin de faire un bilan, d'évaluer son intérêt ainsi que son investissement et d'établir avec lui un programme de soin personnalisé comprenant ses objectifs et ses activités au sein du centre de jour.

2. Les Schizophrénies

Afin de rédiger cette partie, je me suis principalement inspirée des lectures de *Psychiatrie de l'adulte* de Pierre André, *Les schizophrénies* de Sadeq Haouzir et Amal Bernoussi, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* de Véronique Defiolles-Peltier, du cours du Docteur Georges Nicolaieff concernant les « *Troubles délirants, Episode psychotique aiguë, Schizophrénies* », ainsi que d'autres ouvrages et plusieurs mémoires de psychomotricité.

A. Les psychoses

Le terme « psychose » a été inventé par Ernst von Feuchtersleben en 1847 pour désigner « l'aspect aiguë de la folie ». Ce terme dérive de la vision dichotomique de la psychiatrie dans les années soixante-dix et se définit par « un rapport à la réalité altéré » ; à l'inverse du terme névrose, définit par « un rapport à la réalité non altéré ». Les psychoses sont des maladies mentales majeures caractérisées par une altération de la vie psychique au niveau de l'appréhension de soi, telles que l'identité et la conscience de soi, ainsi que d'une

² Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

* Les mots signalés par un astérisque renvoient au glossaire en fin d'ouvrage.

perte du contact avec la réalité. Elles se manifestent essentiellement par des délires*. Ces derniers entraînent l'adhésion et la conviction totale du sujet aux idées délirantes. Ils provoquent alors, pour le sujet délirant, des relations au monde extérieur très troublées. « En résumé, délirer c'est sortir de la réalité extérieure, sans le savoir et sans pouvoir s'en rendre compte »³. La personne psychotique n'a donc pas conscience de son état pathologique et est persuadée que sa réalité intérieure est la seule vérité.

Dans les classifications, il existe deux types de psychoses : les psychoses aiguës, aussi appelées « bouffées délirantes aiguës » et les psychoses chroniques. Les psychoses aiguës sont des apparitions brutales d'idées délirantes qui durent moins de six mois. Quant à elles, les psychoses chroniques durent plus de six mois et se développent lentement. On en distingue deux types : les psychoses dissociatives qui représentent les schizophrénies et les psychoses non dissociatives, telles que la psychose paranoïaque*, la psychose hallucinatoire chronique* et la paraphrénie*. Dans un souci de synthèse, bien que passionnants, je ne développerai pas les différents types de psychoses ; nous nous intéresserons ici aux psychoses dissociatives que sont les schizophrénies.

B. Clinique des schizophrénies

a. Que sont-elles ?

- **Histoire**

Le sujet du mémoire impose un historique des schizophrénies dans la nosographie psychiatrique. Il sera ici brièvement exposé afin de pouvoir élargir mes propos quant aux descriptions cliniques de ces pathologies ; c'est pourquoi cette partie ne serait qu'insuffisante pour décrire la traversée des schizophrénies dans l'histoire de la psychiatrie.

Les premières descriptions des manifestations comportementales apparentées à la schizophrénie nous viennent de Philippe Pinel⁴. C'est en 1800 qu'il divisera la psychiatrie en quatre types : manie, mélancolie, démence et idiotisme dans le *Traité médico-philosophique*

³ ANDRE P., 2006, p.75

⁴ Savant français : médecin renommé comme aliéniste* précurseur de la psychiatrie, zoologiste (1745-1826)

sur l'*aliénation mentale ou la manie*. Durant les décennies suivantes, il publiera plusieurs descriptions des schizophrénies mais affublera chacune d'entre elles de noms différents.

En 1860, dans le *traité des maladies mentales*, Bénédic-Augustin Morel⁵ décrit le cas d'un jeune homme de quatorze ans devenu dément précoce. A travers ce terme, il ne semble pas avoir envisagé une nouvelle catégorie nosographique comme le fera, en 1898, Émile Kraepelin⁶ avec la « démence précoce » proprement dite.

Si aujourd'hui la démence se définit par une altération progressive des fonctions cognitives et de l'idéation⁷, à l'époque la démence signifiait la folie. La démence précoce, ancêtre théorique de la schizophrénie, est décrite par Kraepelin en trois variations : l'hébéphrénie*, la catatonie et la forme paranoïde.

En 1911, dans *Dementia Proccox* ou *Groupe des schizophrénies*, Eugen Bleuler⁸ définit le terme de « schizophrénie » : « nous désignons sous le nom de démence précoce ou schizophrénie un groupe de psychoses qui évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s'arrêter ou même rétrocéder à n'importe quel stade, mais qui ne permet sans doute pas de *restitutio ad intregum*⁹ complète. Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique et qu'on ne rencontre nulle part ailleurs »¹⁰. Il met en avant cinq symptômes : le trouble de l'association des idées, le trouble de l'affectivité, la perte de contact avec la réalité, l'autisme (dans le sens du repli autistique) et le syndrome dissociatif. Il décrit également quatre sous-types de schizophrénies : hébéphrénique, catatonique, paranoïde et simple.

En 1919, Victor Tausk¹¹ est le premier à élaborer une théorie psychanalytique sur la schizophrénie. Puis, en 1950, Marguerite Sechehaye¹² adapte la technique freudienne pour traiter une patiente schizophrène.

⁵ Psychiatre franco-autrichien (1809-1873)

⁶ Psychiatre allemand (1856-1926)

⁷ Fonctions exécutives

⁸ Psychiatre suisse (1857-1939)

⁹ Locution latine signifiant littéralement « restitution en entier » que je traduirais plutôt par un retour à l'état de santé antérieur à l'épisode pathologique.

¹⁰ BLEULER E., 1993, p.45

¹¹ Psychiatre, neurologue, psychanalytique slovaque (1879-1919)

¹² Psychanalyste suisse (1887-1964)

Enfin, Henri Ey¹³ en donnera la définition suivante : « un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence*, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments ; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation* de la personnalité. »

- **Epidémiologie**

Les schizophrénies concernent à peu près 1% de la population mondiale, ce qui est assez considérable. Le sex-ratio est de 1, c'est-à-dire qu'elles touchent autant les hommes que les femmes, néanmoins, les âges de début de la maladie diffèrent : elles surviennent de trois à cinq ans plus tôt chez l'homme que chez la femme¹⁴. Elles apparaissent précocement chez le jeune adulte, le plus souvent entre quinze et vingt-cinq ans mais peuvent également survenir à tout âge. Un fort taux de mortalité s'associe à celle-ci ; en effet, le risque suicidaire est neuf fois plus élevé que dans la population générale. Près de 30% des personnes atteintes font une tentative de suicide ; 4 à 10 % des schizophrènes se suicident. S'agissant d'une pathologie chronique, elle évolue tout au long de la vie de l'individu et engendre généralement une désinsertion sociale, des troubles cognitifs et comme émis ci-dessus, une surmortalité.

- **Caractéristiques**

Provenant du grec *skhizein* : fendre et *phren* : pensée, esprit ; Le terme *schizophrénie* signifierait « scission de l'esprit ». « Il s'agit d'une modification durable et profonde de la personnalité »¹⁵. Vous trouverez la définition de la CIM 10¹⁶ dans le glossaire en fin d'ouvrage au mot *schizophrénies**.

Les schizophrénies sont des maladies psychiatriques sévères ; ce sont des troubles psychotiques chroniques qui entrent dans le champ des psychoses dissociatives. Elles sont décrites par un trépied schizophrénique qui comporte les trois critères diagnostics à ces pathologies : le syndrome dissociatif, le délire paranoïde et le repli autistique.

¹³ Psychiatrie, philosophe et psychologue français (1900-1977)

¹⁴ HAOUZIR S., BERNOUSSI A., 2014, p.60

¹⁵ ANDRE P., 2006, p.82

¹⁶ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes

Le **syndrome dissociatif**, ou dissociation psychique, est synonyme de discordance. Il est défini par une « rupture de l'unité psychique »¹⁷. Cette perte de l'unité psychique provoque un relâchement des processus associatifs entre la pensée, les comportements et les affects. On la distingue en trois sphères :

- La dissociation de la pensée, ou idéique, est une altération de la sphère intellectuelle sur les plans de la construction logique, du contenu et du cours de la pensée. L'altération du système logique s'exprime par de la pensée magique* et du rationalisme morbide*. Les troubles du cours de la pensée se manifestent par différents symptômes : la diffluence*, la bizarrerie*, le barrage* et le fading*. Elle a également des conséquences sur le discours de la personne schizophrène qui est donc altéré, tels que par du mutisme*, des monologues* et soliloquies*, de l'écholalie* et échomimie*, du néologisme* et paralogisme*, mais également des contractions de mots* ainsi qu'une altération phonétique*. Une caractéristique importante de la pensée du patient schizophrène est l'ambivalence.

- La dissociation des affects, ou thymique, est une déconnexion entre le contenu de la pensée et le vécu affectif ; elle se manifeste par différents symptômes. L'indifférence affective* est le symptôme fondamental des troubles schizophréniques. Sa traduction clinique se caractérise par une froideur dans le contact, un appauvrissement de la mimique, voire de l'inexpressivité du visage. Par ailleurs, la personne peut également présenter des réactions émotionnelles brutales et inadaptées telles que de fortes colères ou de l'euphorie non-appropriées. Cette dissociation se manifeste donc par une ambivalence affective s'exprimant par des affects non adaptés aux situations, un émoussement des affects*, des rires immotivés* et une absence de vie sexuelle ou une sexualité sans affect.

- La dissociation des comportements et la dissociation motrice, se manifestent principalement par des bizarreries, un maniérisme*, des stéréotypies* et une *ambitendance**. A ces symptômes s'ajoutent un désintérêt et une adaptation insuffisante à l'environnement que l'on retrouve dans l'apragmatisme*. S'y associent également des phénomènes moteurs d'importance variable que l'on retrouve dans le syndrome catatonique* telle que la catalepsie*.

¹⁷ GARNIER, DELAMARE, Dictionnaire des termes de médecine, 23e édition

Le **délire paranoïde** se définit par un « désordre des facultés mentales caractérisé par une suite des convictions fausses, d'erreurs de perception ou de jugement, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence ; affirmé avec une croyance absolue, il n'est pas spontanément accessible à la critique »¹⁸. On décrit le délire via cinq caractéristiques : l'adhésion, les thèmes, les mécanismes, la systématisation et la participation affective.

- L'adhésion définit le crédit que le schizophrène porte à son délire. Il s'agit de sa conviction et de ses difficultés à pouvoir le critiquer. Elle peut être partielle lorsque le sujet se trouve dans une incertitude quant à la pensée objective de son vécu délirant. Elle peut également être totale lorsqu'il ne doute en rien de la réalité de ce vécu.

- Les thèmes sont polymorphes et multiples. Il n'existe pas de thèmes spécifiques dans les schizophrénies, ainsi, tous les thèmes délirants peuvent y être retrouvés. Néanmoins, certains sont plus évocateurs du diagnostic tels que le syndrome d'influence* et le syndrome de référence*, mais également les délires à thèmes persécuteurs et de vol ou d'imposition de la pensée.

- Les mécanismes sont les processus par lesquels les délires vont se construire. Il y en a de quatre types : hallucinatoires, interprétatifs, intuitifs et imaginatifs. Les hallucinations concernent tous les sens mais les plus fréquentes sont auditives et intrapsychiques*. Parmi ces hallucinations, on parle également d'automatisme mental* avec principalement pour thème le vol de la pensée.

- La systématisation détermine le niveau de cohérence du délire, il s'agit de son organisation. Il en existe deux types : paranoïaque et paranoïde. Premièrement, l'organisation paranoïaque correspond à des délires bien organisés et systématisés tels que les délires de jalousie par exemple. Deuxièmement, l'organisation paranoïde, correspondant à celle des schizophrénies, se trouve mal ou non organisée ; elle est dépourvue de cohérence interne.

- La participation affective au délire, ou thymie, se dit congruente lorsque les expressions affectives et émotionnelles ainsi que les mimiques sont en accord avec les propos délirants de la personne. A l'inverse, elle est non-congruente au délire lorsque les affects et les mimiques ne sont pas en accord avec les propos du sujet. Lorsqu'il n'exprime aucune émotion

¹⁸ ANDRE P., 2006, p.31

devant des propos tristes on parle d'émoussement des affects ; si devant ces mêmes propos il exprime paradoxalement de la joie, on parle de dissociation affective. La thymie non-congruente au délire ne concerne que les troubles schizophréniques.

Le **repli autistique** caractérise le désinvestissement de la réalité et de l'impénétrabilité du monde intérieur dans lequel les patients schizophrènes s'isolent. Je le perçois comme une opposition au monde extérieur. Il se manifeste par une perte de contact avec la réalité, un repli sur soi avec une indifférence au monde extérieur et un hermétisme, ainsi qu'un repli social avec peu de relations, un entourage amical pauvre et un isolement.

b. Comment se manifestent-elles ?

- **Symptômes**

Les **symptômes positifs**, principaux motifs d'hospitalisation, sont les symptômes qui répondent le mieux aux traitements médicamenteux ; on parle de schizophrénie productive. Ils regroupent les hallucinations, les délires, l'incohérence du langage, les troubles du comportement (agressivité, violence, agitation, préoccupations, ...) et les troubles du cours de la pensée (écholalie, bizarrerie, incohérence, ...).

Les **symptômes négatifs**, ont une évolution plus rapide lors des phases aiguës des schizophrénies débutantes et ont un délai plus long de réponse aux traitements, on parle de schizophrénie déficitaire. Ils regroupent le retrait social, l'apathie*, l'apragmatisme, l'émoussement affectif et l'ambivalence.

- **Formes cliniques**

La **schizophrénie paranoïde** est reconnue comme la forme la plus fréquente et productive au niveau symptomatique. La présence du délire paranoïde y est prédominante. Elle arrive plus tardivement que les autres formes mais répond mieux aux traitements médicamenteux. Elle s'installe souvent dans les suites d'un ou plusieurs épisodes délirants aigus et évolue par des périodes de poussées délirantes puis des périodes de rémission partielle pendant lesquelles le traitement permet une atténuation de la symptomatologie. Elle est répertoriée par la CIM-10 (F20.0) et le DSM-IV-TR (295.30).

L'**hébéphrénie**, ou désorganisation de la personnalité, débute chez le sujet jeune adulte ou adolescent et doit son nom à *Hébé*, déesse grecque de la jeunesse. Elle correspond à 20% des formes de schizophrénies. La prédominance du syndrome dissociatif lui est caractéristique et les manifestations délirantes y sont peu importantes. La symptomatologie déficitaire se trouve au premier plan avec un tableau clinique dominé par le retrait social, la perte d'intérêt, l'apathie, l'indifférence affective, l'aboulie... La pensée y est pauvre, incohérente et désorganisée. Ces formes répondent mal aux traitements. Elle est répertoriée dans la CIM-10 (F20.1) et sous le nom de schizophrénie désorganisée dans le DSM-IV-TR (295.10).

La **schizophrénie catatonique** a une dimension comportementale prédominante avec refus, opposition et négativisme*. On observe également des troubles moteurs tels que des stéréotypies, des échopraxies, une inertie et un maniérisme. On y retrouve un syndrome cataleptique¹⁹ par les caractéristiques particulières du tonus* en flexibilité cireuse, au cours duquel peuvent survenir brutalement des accès de fureur catatonique avec une agitation extrême et incontrôlable, une impulsivité et une auto ou hétéro-agressivité. Elle est répertoriée dans la CIM-10 (F20.2) et le DSM-IV-TR (295.20).

La **schizophrénie dysthymique**, aussi appelée psychose schizo-affective, se manifeste par la coexistence de symptômes appartenant au registre schizophrénique ; tels que les délires, les hallucinations, la désorganisation de la pensée ; ainsi que des troubles thymiques majeurs congruents ou non au délire, caractérisés par des moments d'exaltation thymique alternant avec des épisodes dépressifs. Ses tableaux cliniques l'intègre dans la psychose maniaco-dépressive, ou trouble bipolaire de l'humeur. Les troubles schizo-affectifs sont répertoriés dans la CIM-10 (F25.x) et le DSM-IV-TR (295.70).

Il existe **d'autres formes** de schizophrénie que je ne développerai pas dans cet ouvrage. Il s'agit de la **schizophrénie pseudo-psychopathique**, aussi appelée héboïdophrénie, la **schizophrénie pseudo-névrotique**, la **schizophrénie indifférenciée**, la **schizophrénie résiduelle** et la **schizophrénie désorganisée**.

¹⁹ Voir *Catalepsie* dans le glossaire en fin d'ouvrage

- **Evolution de la maladie et critères diagnostics**

Les formes d'entrée dans la maladie peuvent être brutales ou insidieuses. Elles sont brutales dans le cadre d'épisodes délirants aigus qu'on appelle bouffées délirantes aiguës, forme typique d'entrée dans la maladie, ainsi qu'une excitation psychique plutôt caractérisée par une agitation psychomotrice monotone et non adaptée à la situation. Elles sont également caractérisées par un état dépressif atypique qui ne relève pas d'une structure névrotique et qui réagit mal aux antidépresseurs ; ces derniers peuvent parfois déclencher un accès délirant. Les formes d'entrée insidieuses se caractérisent par une apparition progressive de divers troubles, tels la perte d'activité, des troubles de l'affectivité et du caractère, des idées délirantes et des hallucinations, des comportements étranges et impulsifs et des manifestations névrotiques, telles que des préoccupations obsessionnelles et des phobies ; la dysmorphophobie* par exemple, qui s'impose au sujet sous formes de convictions bizarres. Dans certains cas, le mode d'entrée peut être caractérisé par des épisodes d'allure maniaque ou dépressive atypiques.

La phase d'état correspond à la période pendant laquelle la maladie est installée. Sa durée s'évalue en décennies et sa symptomatologie est constituée de trois critères déjà expliqués : le syndrome dissociatif, le délire paranoïde et le repli autistique. La prédominance d'un de ces syndromes orientera la catégorisation de la schizophrénie vers un de ses sous-types.

Les formes terminales peuvent aller de la guérison, avec ou sans déficit, à la mort du sujet. L'évolution mortelle reste rare et constitue une complication des formes catatoniques ; les sujets passent par des états d'affaiblissement de l'esprit, d'abêtissement et de démence. Les traitements semblent modifier considérablement le pronostic évolutif des schizophrénies ; en effet, la majorité des schizophrènes vivent en dehors des hôpitaux et sont considérés dans un état stabilisé avec prise de traitements ambulatoires. Certains ont également une vie professionnelle et sont autonomes dans leur vie sociale et familiale. L'évolution des schizophrénies est variable d'un sujet à l'autre, néanmoins, les formes paranoïdes semblent avoir un meilleur pronostic évolutif.

Au sujet du **diagnostic** de la schizophrénie, je me suis référée à la classification américaine des troubles mentaux, le DSM-IV. Je vais ici résumer les critères diagnostics, néanmoins, vous trouverez l'intégralité du contenu du DSM-IV quant à ce diagnostic en

annexe²⁰ en fin d'ouvrage. Il nécessite la présence d'au moins deux des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, incohérence du discours, comportement désorganisé ou catatonique et des symptômes négatifs. De plus, il est déterminé par un dysfonctionnement des activités sociales, professionnelles et personnelles et nécessite la présence constante des signes cliniques depuis au moins six mois.

c. Causes et traitements

- **Etiologie**

A l'heure d'aujourd'hui, malgré des travaux considérables, on ne connaît pas l'étiologie précise des schizophrénies. Il serait plus abordable de considérer ces pathologies comme résultantes d'une interaction* polyfactorielle. Je m'engage ici à décrire brièvement trois facteurs de cause qui sont : génétique, biologique et environnemental. Néanmoins, il existe plusieurs hypothèses étiologiques différentes qui confrontent l'approche psychopathologique et plus précisément psychanalytique à l'approche cognitive ainsi qu'aux hypothèses neurobiologiques et neuropsychologiques.

Le **facteur génétique** signerait la présence d'un terrain génétique plus susceptible de déclencher ces pathologies. Le risque augmente de 10 à 12% chez les frères, sœurs et enfants de schizophrènes. De plus, il y a une concordance de 50% chez les jumeaux homozygotes même s'ils sont élevés séparément. Plusieurs recherches parlent d'un **facteur biologique** qui pourrait être un trouble du métabolisme de la dopamine. Enfin, il existe plusieurs **facteurs environnementaux**, tels que des complications obstétricales anténatales et périnatales, des carences nutritionnelles ou des infections virales pendant la gestation, ainsi qu'un contexte familial difficile et des relations mère-enfant perturbées dans les premières années de la vie. Il pourrait également s'agir de divers événements de vie tels que le stress et l'isolement social au début de l'âge adulte, mais également la consommation de drogues, y compris le cannabis, responsables de l'apparition de symptômes psychotiques transitoires, voire ici de schizophrénies.

²⁰ ANNEXE I, p.81

- **Traitements**

Il s'agit d'une approche bio-psycho-sociale. Je définirai ici quatre types de traitements des schizophrénies que sont la chimiothérapie, le traitement institutionnel, la psychothérapie et la sociothérapie.

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux antipsychotique. Ce sont des neuroleptiques qui ont pour effet de diminuer l'agitation et l'angoisse, réduire l'action délirante et de désinhiber un sujet ayant tendance au repli sur soi. Certains ont une action tranquillisante tandis que d'autres ont une action désinhibitrice. La posologie est adaptée à l'état clinique du patient.

Dans le cadre du traitement institutionnel, le sujet intègre une institution où il sera pris en charge par une équipe soignante pluridisciplinaire. Je vous invite à vous référer à la première sous-partie de cet ouvrage, dans laquelle je décris les objectifs du centre de jour qui est donc un lieu offrant un traitement institutionnel.

La psychothérapie se fait le plus souvent en dehors du lieu de soin institutionnel. C'est un endroit dans lequel le sujet fait un travail d'analyse et de compréhension de sa propre réalité psychique avec un psychothérapeute.

Enfin, la sociothérapie se préoccupe des conditions de vie du patient tel que son logement, ses conditions financières et son travail. Elle peut se faire tant dans l'institution qu'à l'extérieure de celle-ci si le patient n'y est plus pris en charge.

C. Les troubles psychomoteurs de l'adulte atteint de schizophrénie

Les troubles psychomoteurs sont des « comportements moteurs anormaux qui ne relèvent pas d'une atteinte neurologique manifeste mais demeurent effectivement en prises avec des déterminants émotionnels, affectifs ou cognitifs »²¹. Chez les sujets schizophrènes, on retrouve plusieurs troubles psychomoteurs, tels qu'un ralentissement psychomoteur et des troubles du tonus, de l'ajustement postural, du schéma corporel et de l'image du corps, de l'espace et du temps, de la mimique, de la gestualité, de la motricité et des coordinations.

²¹ HENRY J.-M., VEDIE C., WITJAS T., 2006

Avant tout, je tiens à préciser qu'il existe autant de schizophrénies qu'il existe de schizophrènes étant donné que chaque Homme est unique de par son histoire et sa personnalité construite à travers cette dernière. La psychomotricité représente pour chacun sa façon d'être au monde qui se construit dès la naissance par son histoire. Les symptômes que je m'appête à vous présenter sont une liste des troubles psychomoteurs confondus que j'ai pu observer au cours de mon stage. Ils sont propres aux patients du centre de jour, font partie de leur psychomotricité et ne correspondent aucunement un profil type de schizophrénie.

- **Ralentissement psychomoteur**

Le ralentissement psychomoteur est une « exagération anormale des temps de réaction et d'exécution en l'absence de tout trouble élémentaire »²² ; il se définit par une lenteur gestuelle et psychique.

- **Tonus et ajustement postural**

Le tonus est l'état de tension permanente de nos muscles. Il en existe trois types : de fond*, postural* et d'action*. Ces trois types confondus permettent le bon déroulement de l'acte moteur à travers l'activité cognitive du contrôle postural et de la réalisation de mouvements et de gestes. Il est lié à l'activité émotionnelle et relationnelle et varie constamment au long d'une journée en fonction des situations.

Les neuroleptiques prescrits aux sujets schizophrènes peuvent être responsables de troubles du tonus et de l'ajustement postural. En effet, ils peuvent provoquer un syndrome parkinsonien associé à une akinésie, une hypertonie plastique et des tremblements de repos.

Selon Véronique Defiolles-Peltier²³, « le tonus musculaire, l'un des révélateurs de l'intensité de la souffrance psychique, se trouve modifié (chez le sujet schizophrène) et on peut ainsi évaluer l'état tonique du sujet »²⁴. Chez ces personnes, nous observons particulièrement de l'hypertonie au cours des activités spontanées. Elle pourrait être mise en place à des fins défensives face aux angoisses de morcellement* ou de dépersonnalisation* ; en lien encore une fois à l'altération de l'image du corps. Elle permettrait alors de sentir son corps comme une unité, de par la contraction globale des muscles, ainsi que de se sentir

²² POLLET-VILLARD L., 2012

²³ Psychomotricienne française et professeure à l'université

²⁴ DEFIOLLES-PELTIER, 2000, p.130

différencié de l'autre et d'être contenu et protégé des stimulations extérieures, tel un bouclier protecteur. Néanmoins, la contraction permanente des muscles amène à une habitude et atténue la perception de ces muscles. « L'hypertonie finit par couper la personne des sensations de son corps en même temps qu'elle en entrave la mobilité »²⁵. Cette hypertonie touchant principalement le tonus postural, affecte l'axe et les ceintures scapulaire et pelvienne ; d'où la difficulté de dissociation de ces dernières.

De plus, nous pouvons observer une hypotonie globale du tonus d'action qui affecte principalement les membres inférieurs ainsi que les ceintures scapulaire et pelvienne. « La dysharmonie du tonus est donc caractéristique de la schizophrénie. Tantôt, le sujet porteur de schizophrénie se présente en hypertonie avec une hyperactivité, tantôt elle se montre hypotonique dans les phases d'apragmatisme (avec apathie, incurie, clinophilie). [...] Ce tonus dysharmonique pourrait constituer un syndrome caractéristique de cette population qui se différencie de la catatonie. »²⁶

Elle caractériserait la dissociation, « une expression de mollesse voire de nonchalance dans le mouvement s'inscrivant sur un axe rigide et pouvant basculer brutalement dans un état d'hypertonie générale. »²⁷

Enfin, l'altération de l'état tonique de ces sujets peut être liée à leurs états internes et plus particulièrement à leurs angoisses. Nous pouvons observer une difficulté à réguler leur tonus et doser l'énergie nécessaire afin d'ajuster leur posture d'où, à nouveau, la difficulté d'adaptation à l'environnement.

- **Schéma corporel**

« Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » Julian de Ajuriaguerra²⁸.

²⁵ CAUT I., 2000

²⁶ GOYTY MAIDER, 2014.

²⁷ TREILLET L., ROUYERE N., MECHLER I., 2008

²⁸ Neuropsychiatre, professeur à l'université et psychanalyste français d'origine espagnole (1911-1993)

Le schéma corporel est une connaissance objective et consciente que nous avons de notre corps ; il se développe tout au long de notre vie en fonction de nos expériences avec le monde environnant. Il est lié à la notion d'espace corporel et nous permet de localiser les différentes parties de notre corps et de le percevoir comme une unité corporelle. Le schéma corporel est en lien à l'espace et à l'environnement ; ses données organisent la connaissance de soi dans un environnement investi.

Les troubles du schéma corporel chez le sujet schizophrène se caractérisent par une méconnaissance partielle ou totale des parties du corps. Nous pouvons observer ces troubles dans des perturbations de l'équilibre et des coordinations dynamiques générales, ainsi qu'une difficulté à exécuter toute consigne nécessitant une connaissance du corps.

- **Image du corps**

L'image du corps est la représentation qu'un sujet a de son corps dans la relation. A l'inverse du schéma corporel, qui est une représentation objective et cognitive du corps, l'image du corps correspondrait à l'investissement libidinal du corps, donc en une représentation subjective et fantasmatique dont une grande partie est inconsciente. Je développerai plus précisément ce concept dans la deuxième partie de cet ouvrage.

L'image du corps du sujet schizophrène peut être dissociée, l'empêchant de sentir son corps comme une unité. On y retrouve alors des angoisses de morcellement, des dépersonnalisations, des dysmorphophobies... Ces troubles s'observent par des difficultés à percevoir son identité, une négligence de l'hygiène, un manque de confiance en soi avec mauvaise estime de soi.

Cette image du corps est marquée par un manque de limites entre soi et l'extérieur, ainsi qu'un manque d'unité et d'identification symbolique. Ainsi, le corps du schizophrène est vécu comme étant sans limites ; faire le rapport entre le contenant et le contenu lui est difficile. Ce qui peut nous permettre de comprendre à quel point les angoisses et souffrances de ces sujets handicapent leur vie quotidienne en affectant leur adaptation à l'environnement et engendrant des difficultés relationnelles.

- **Espace et temps**

C'est dans un espace et un temps donnés que les actions et les mouvements se déroulent. Ces deux notions sont donc des données indissociables. La désorientation spatiale et temporelle touche la plupart des sujets schizophrènes, le plus souvent par une dérégulation importante des rythmes nycthémeraux et alimentaires. « De plus, du fait de la rupture psychocorporelle, les expériences de ces personnes prennent difficilement sens. Ainsi, les sujets présentent un trouble du sentiment de continuité temporelle. Le temps présent n'a plus de sens, le passé et le futur peuvent se confondre. »²⁹

La perception de l'espace se désorganise par des difficultés à différencier son corps propre, à reconnaître ce qui est extérieur à celui-ci et à percevoir la distance qui le sépare d'autrui. Ces difficultés mettent à mal les relations entre le sujet et le monde extérieur.

- **Mimique et gestualité**

Chez le sujet schizophrène, une atteinte du tonus et de l'adaptation à l'environnement peut altérer sa gestualité et ses mimiques, les rendant alors inadaptées. Ainsi, nous pouvons observer des surcharges gestuelles, où l'harmonie du geste fait défaut avec une perte d'efficacité. On observe également des balancements, des contorsions corporelles, des gestes amplifiés et mal adaptés.

Les paramimies sont des expressions du visage, des mimiques, ambiguës ou paradoxales qui peuvent illustrer la dissociation, affectant la sphère comportementale. Les parathymies, quant à elles, sont des manifestations émotionnelles paradoxales qui concernent l'affectivité. Il s'agit, par exemple, de sourires immotivés en contradiction avec la situation.

Chez les sujets schizophrènes, nous pouvons donc observer une asynchronie des mimiques ; une immobilité du buste et des bras ; une absence ou rareté des sourires ; une attitude autocentrée et fermée avec un repli sur soi ; une absence de codes sociaux dans les gestes. Il y a également un défaut d'adaptation du regard avec une tendance à éviter le regard ou, à l'inverse, de porter son regard de manière importante, voire intrusive pour celui qui reçoit ce regard. Ces observations peuvent également être les conséquences d'une altération de l'image du corps. En surcroît de ces manifestations, nous observons également un

²⁹ POLLET-VILLARD L., 2012

apragmatisme, des stéréotypies, un maniérisme, des échopraxies et d'autres manifestations présentées précédemment.

- **Motricité et coordinations**

Une méconnaissance du corps ou un rapport difficile à ce dernier, tels que des troubles du tonus, du schéma corporel et de l'image du corps, peuvent engendrer des troubles de la coordination ainsi que des difficultés à organiser spatialement le geste par rapport aux repères corporels. Souvent, ces difficultés apparaissent lorsque le sujet exécute plusieurs mouvements en même temps. Les motricités fine et faciale peuvent également être altérées, ainsi que les dissociations des ceintures scapulaire et pelvienne. Nous pouvons également observer une lenteur à imiter les mouvements.

3. Place spécifique de la psychomotricité dans la prise en charge du patient

A. Indications et évaluations psychomotrices

Durant la période d'essai du patient, les soignants ont pour rôle d'observer ses besoins en termes de soin ; c'est à cet instant qu'une indication en psychomotricité peut être faite par un soignant lors de la réunion clinique. Elle peut également être faite au cours d'un suivi de soin, si le patient, de par une évolution ou une régression, nécessite des séances de psychomotricité. L'indication peut aussi venir d'une demande téléphonique du CATTP appartenant au même pôle que le centre de jour. Le patient peut lui-même faire une demande de prise en charge en psychomotricité auprès de son infirmier référent ou de la psychomotricienne. Suite à ces indications, les soignants en discutent lors de la réunion clinique ; si la réponse générale est favorable, avant de débiter les séances, la psychomotricienne demandera une ordonnance au médecin psychiatre du centre de jour.

Lorsqu'une prise en charge individuelle commence, la psychomotricienne propose au patient, le temps d'une séance de quarante-cinq minutes, différents exercices arrangés et inspirés d'épreuves standardisées de bilans psychomoteurs afin d'observer ses capacités psychomotrices. Il n'y a pas de cotation des résultats. Celle-ci rédige un compte rendu de ses

observations alimenté d'un projet thérapeutique qu'elle élabore à l'aide de ces dernières. Elle dépose ensuite le compte rendu dans le dossier du patient. Au long d'une prise en charge, la psychomotricienne propose des activités au patients en fonction de ses besoins ; elle observe ses capacités et ses difficultés psychomotrices à l'aide de propositions spontanées.

Son évaluation psychomotrice cible essentiellement les items suivants. Le tonus (ballant des bras, tonus axial) est évalué par des mouvements de contraction/relâchement des muscles, un toucher tel que l'examen du tonus, puis par la verbalisation du patient sur ses ressentis corporels. L'équilibre statique est observé par un travail sur les appuis et la solidité du squelette. Le schéma corporel est apprécié par la dénomination des différentes parties du corps que le patient ressent puis, la psychomotricienne complète cette liste en lui demandant de les montrer sur son propre corps. L'organisation du patient dans l'espace et le temps est évaluée via des propositions de déplacement dans l'espace ainsi que des épreuves de rythme inspirées de Mira Stambak³⁰. La motricité fine est, quant à elle, observée par une évaluation de la motricité gnosopraxique distale arrangée par la psychomotricienne.

B. Projet thérapeutique et déroulement des prises en charge

Dans les troubles psychotiques, et plus particulièrement dans la schizophrénie, le corps est le siège de l'expression de la souffrance psychique. La psychomotricité intervient en psychiatrie adulte dans la mesure où elle envisage la souffrance psychique et ses manifestations corporelles par un abord global de la personne ; « le projet thérapeutique du psychomotricien s'oriente vers l'unité corporelle, le contrôle tonico-émotionnel et le réinvestissement positif du corps propre du patient. »³¹

Le contenu des prises en charge ainsi que leur durée dépend des besoins de chaque patient. Au sein du centre de jour, les prises en charge individuelles en psychomotricité ont pour la plupart une durée de plusieurs années à raison d'une séance de quarante-cinq minutes par semaine. Il est possible que celles-ci soient interrompues par le patient dans le cadre de départs en vacances, de visites de la famille éloignée, d'hospitalisations d'urgence ou d'autres raisons propres au patient. A ces prises en charge s'ajoute l'ensemble des ateliers de groupe que fait le patient chaque semaine au centre de jour.

³⁰ Epreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak

³¹ POTEL C., 2012, p.18

Après quelques séances, la psychomotricienne discute avec le patient des objectifs de sa prise en charge en psychomotricité. Il peut arriver d'une séance à une autre que cette dernière lui décrive ses évolutions et ce qu'elle pense de ses éventuels nouveaux besoins en matière de soin. Le patient est acteur de sa prise en charge, il peut faire des demandes et est consulté pour tout changement. Il peut également refuser tout traitement. La prise en charge en psychomotricité peut être suspendue à la demande du patient puis reprendre plusieurs mois ou années plus tard.

La psychomotricienne rédige, après une à deux séances, un compte rendu qu'elle déposera dans le dossier du patient. Celui-ci contient les observations psychomotrices de ce dernier ainsi que les objectifs de sa prise en charge, c'est son projet thérapeutique. Elle fait également un compte rendu oral lors de la réunion clinique. Au cours de la prise en charge, elle rédige d'autres écrits qui contiennent les évolutions du patient. Cette dernière discute également de ces évolutions pendant les différentes réunions de synthèse du patient en question ; ceux-ci ont lieu plusieurs fois dans l'année en fonction du patient qui n'y est pas convié.

A nouveau, les médiations utilisées au cours des prises en charge dépendent des besoins des patients. La psychomotricienne utilise essentiellement des techniques de relaxation ainsi que des activités spontanées : expression corporelle, activités rythmiques, exercices de coordination, d'équilibration et de jeu. L'objectif principal est de mobiliser le corps afin d'en prendre conscience par la manipulation d'objets adaptés aux besoins des patients. Ainsi, les principaux items psychomoteurs travaillés avec cette population sont la régulation tonique, la restructuration du schéma corporel, de l'image du corps et de la latéralité*, l'organisation spatio-temporelle, le travail des coordinations motrices et des émotions. De plus, un travail de resocialisation, étant l'un des principaux objectifs du centre de jour, est omniprésent dans toutes les activités de l'hôpital.

On retrouve la co-thérapie dans les ateliers de groupe. Ceux-ci sont créés en fonction des affinités entre soignants qui discutent de leurs désirs soignants toujours en fonction des besoins des patients. Tous les ateliers sont dits « ouverts » ; c'est-à-dire qu'ils peuvent accueillir de nouveaux patients à tout moment de l'année. A l'inverse, les ateliers dits « fermés » ne concernent que certains patients et n'en accueillent pas d'autres. Une fois le projet créé, les soignants concernés l'exposent à l'équipe pluridisciplinaire lors des réunions

de transmission, où ils en discutent. Les infirmiers peuvent indiquer les patients, dont ils sont référents, si les objectifs de l'atelier correspondent à leurs besoins et le médecin psychiatre pourra donner son avis favorable. Une fois le projet validé, un temps de mise en place est nécessaire. Le but de ce temps est d'informer les patients des objectifs et de poser le cadre spatio-temporel de ce nouvel atelier, c'est-à-dire le lieu ainsi que le jour et les horaires de l'atelier. Des fiches d'information sont affichées dans le forum et les infirmiers référents en parlent à leurs patients concernés. Si d'autres patients sont intéressés par cet atelier, ils peuvent faire une demande d'intégration auprès d'un soignant de l'équipe pluridisciplinaire. La co-thérapie est très présente au sein de ce centre de jour et le nombre d'ateliers est assez élevé pour remplir chaque journée d'une semaine ; tous les soignants animent au minimum un atelier en co-thérapie.

C. Présentation de l'atelier « en rythme »

L'atelier « en rythme » a lieu tous les jeudis après-midi de quatorze à quinze heures dans la salle polyvalente du centre de jour. Il reçoit de deux à quatre patients et est animé par la psychomotricienne et moi-même. Les objectifs de cet atelier sont avant tout de permettre un lâcher-prise aux patients ; libérer leurs corps, souvent soumis à de fortes tensions, par des mouvements globaux qui aident également à diminuer les sensations de morcellement souvent retrouvées chez les sujets schizophrènes. Nous leur proposons de porter attention à leurs sensations afin de leur permettre une réunification de leur corps et de se sentir contenu dans celui-ci. Nous invitons également les patients à exprimer leurs ressentis et leurs vécus afin de faire du lien entre leurs sensations, leurs perceptions de celles-ci et des éléments de leur vie personnelle, antérieure ou de la vie de tous les jours. Cette mise en mot a pour objectif d'atténuer la dissociation, élément typique de cette pathologie, en faisant du lien entre les différentes qualités de l'être humain : les sens, les pensées, les mouvements du corps, les réactions toniques, les émotions, etc. La resocialisation est également un objectif proposé par des exercices nécessitant la rencontre, l'accordage à l'autre par le regard, le dialogue tonique* et verbal. L'intérêt se trouve dans une prise de conscience de leur place et de leur identité dans le groupe. De plus, le rythme se retrouve dans cet atelier par des discussions et exercices autour des différentes temporalités. Il fait également référence à la vie de par les mouvements de rythmes temporels, biologiques et physiques ; il peut apporter une certaine énergie tant physique qu'intellectuelle à ces patients se trouvant souvent dans un syndrome déficitaire*.

Cet atelier ne doit en aucun cas être contraignant pour le patient, c'est pourquoi les propositions doivent s'accompagner de plaisir et de bien-être dans une écoute du patient, de ses difficultés et de ses besoins. L'atelier se présente en trois parties ; il débute par un éveil corporel, se poursuit par des exercices de rythme et de rencontre en mouvement, puis se termine par une écoute musicale.

Je présente la première partie aux patients ; elle est plutôt directive dans le but d'accompagner les patients dans ce début de séance sans leur demander de réflexions qui pourraient les mettre dans une position anxieuse. Elle a pour objectif principal la prise de conscience corporelle, la sensation d'unité et d'identité psychocorporelle. Elle permet également au patient de s'inscrire doucement dans la séance et de l'amener à une meilleure perception de ses ressentis ainsi que d'affiner ses capacités d'attention. L'éveil corporel peut constituer un rituel rassurant que les patients retrouvent à chaque début de séance. Nous y travaillons la prise conscience des points d'appuis des pieds sur le sol, les sensations articulaires et musculaires dans le mouvement, la prise de conscience de l'axe et de la verticalité pour nous amener à sentir notre corps comme une structure solide et unifiée. De plus, je propose également aux patients d'exécuter des automassages avec une balle en la faisant rouler sur toute la surface du corps afin de ressentir la globalité de notre enveloppe corporelle qu'est la peau et de se sentir contenu dans un corps à nouveau unifié. Le schéma corporel et l'image du corps sont donc les principaux items psychomoteurs travaillés dans cette partie de l'atelier.

La deuxième partie s'organise de manière spontanée, la psychomotricienne et moi-même proposons des exercices au cours de la séance en fonction de ce que les patients font de nos propositions, de leurs verbalisations et leurs demandes s'il y en a. Les propositions sont variées et différentes à chaque séance. L'objectif est d'amener du mouvement corporel afin de réenclencher un mouvement psychique. La régulation tonique, les coordinations et parfois même l'équilibre sont travaillés dans cette partie avec et sans utilisation de matériel (ballons, tubes, physio ball, ...). Le rythme y est omniprésent de par nos propositions et la présence de temps de discussions avec les patients. Il s'agit de rythmes dans le temps : journée, semaine, mois, années ; de rythmes physiologiques : digestion, battements cardiaques, respiration ; ainsi que de rythmes moteurs : différentes vitesses de marche et de mouvements. De plus, l'intérêt de cette partie est de travailler sur la rencontre. Les patients se connaissent et discutent ensemble au forum du centre de jour, ce qui permet une plus grande disponibilité

quant à cet objectif. Il se présente par des jeux de rencontre via le regard, l'écoute corporelle, les codes sociaux, des exercices en duo, trio et également avec l'intégralité du groupe. L'objectif est de permettre aux patients de trouver leur place dans le groupe et de restructurer leurs identités souvent fragilisées par leur pathologie.

Pour la dernière partie, nous proposons aux patients un temps plus calme, assis, où nous diffusons une musique préalablement choisie avant la séance. Les musiques sont choisies dans un registre français afin d'y comprendre les paroles. Suite à cette écoute nous discutons des thèmes de la musique et des ressentis qu'elle peut générer ; ceci dans l'objectif de faire du lien entre un vécu, une émotion, une pensée. Après cette première écoute, les paroles sont distribuées et un nouveau temps d'écoute est proposé. Ensuite, nous discutons à nouveau des thèmes et du sens de la chanson. Ces discussions peuvent s'éloigner du sujet principal, l'objectif étant de permettre aux patients de s'exprimer sur tous thèmes confondus ainsi que de faire des liens. Les patients peuvent également amener une chanson afin de la partager avec le groupe.

L'aménagement de cet atelier, tel que je viens de développer, s'est construit au cours de mes mois de stage de par les observations des besoins des patients. Ce groupe a pris fin durant le mois de janvier ; il a évolué en atelier « gym douce ». Il souffrait d'un manque de participants et de fidélité de ceux-ci. L'approche corporelle me paraît être un abord délicat dans la psychose ainsi que la présence du regard de l'autre. Elle peut installer les patients dans des situations de gêne manifestées par des réactions de prestance*, de fuite ou d'angoisse que j'ai pu observer durant ces quelques mois.

Ce qui m'a principalement intéressé au sein de cet atelier ont été les particularités du regard de deux patients que je vais vous présenter dans la partie suivante. Ils ont influencé mes pensées et l'élaboration de mon travail autour de cet atelier, plus principalement sur l'image du corps travaillée par des exercices de conscience corporelle et de restructuration de l'unité et de l'identité des patients.

II. Présentation clinique et liens théoriques

1. Présentation des patients

Afin de respecter l'anonymat des deux patients que je vais vous présenter, je les nommerai monsieur H. Alain et madame F. Martine.

A. Monsieur H.

a. Anamnèse

Monsieur H. naît en octobre 1969, il a aujourd'hui 46 ans. Célibataire sans enfants, il vit seul en appartement. A sa naissance, son père biologique ne l'a pas reconnu. A ses deux ans il est alors adopté par le conjoint de sa mère. Quelques années après, sa demi-sœur naît. Il sera informé de son adoption à ses six ans.

A l'âge de 14 ans (1983), Alain est diagnostiqué schizophrène paranoïde. A ses 17 ans (1986), il fait une tentative de suicide puis intègre un foyer de jeunes travailleurs à sa demande jusqu'à ses 21 ans. A 20 ans (1989), Alain obtient le baccalauréat. Il poursuit ses études en langues étrangères appliquées anglais-allemand et développe un délire érotomaniac sur sa professeure d'allemand. Il effectue une année en licence de sociologie, mais n'obtient pas son année ; suite à ce redoublement, monsieur H. arrête définitivement les études.

A 24 ans (1993), il est hospitalisé à la demande d'un tiers pour une décompensation psychotique sur un versant dissociatif. Il obtient l'AAH³². A l'âge de 32 ans (2002), monsieur H. déménage et change d'arrondissement. De novembre à décembre 2002, il est hospitalisé suite à une convocation au commissariat et une visite à l'IPPP³³ après plainte du syndic. On note un délire de filiation, de grandeur, de persécution et une dépersonnalisation. « Je ne suis pas moi, je suis quelqu'un d'autre [...] ma mère est Catherine Deneuve. »

Début 2004, Alain a 34 ans, il fait un bilan de compétence et obtient la RQTH³⁴ pour un an. Il est intéressé par un stage en bureautique puis pour l'intégration d'un CAT³⁵. Le bilan

³² Allocation aux Adultes Handicapés

³³ Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police

³⁴ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

³⁵ Centre d'Aide par le Travail

conclue à une orientation vers un hôpital de jour avec un projet de bureautique, néanmoins la COTOREP³⁶ refuse le reclassement professionnel au motif d'un état psychiatrique non stabilisé. Alain abandonne alors tous ses projets et commence, sur les conseils d'un ami, à faire du bénévolat au resto du cœur. En mai 2005, Alain est convoqué au CAS³⁷ suite à une enquête qu'a menée la préfecture de police ; il aurait envoyé un mail au président de la république afin de lui parler de ce qu'il a « subit » chez lui.

En 2012, monsieur H. a 42 ans, ses symptômes délirants l'amènent à porter des propos incohérents quant à son identité sexuelle, il serait la fille de Romy Schneider. Il refuse d'intégrer un CATTP ou un hôpital de jour. Il développe un délire sur sa voisine, faisant écho à sa professeure d'allemand ; celui-ci a déposé, dans sa boîte aux lettres, une vidéo le représentant en plein acte masturbatoire. Une main courante a été déposée contre lui. Suite à une hospitalisation plein temps de six mois en SDRE³⁸, qui a eu lieu fin 2013, Alain intègre l'hôpital de jour en mars 2014. Il est suivi en ergothérapie, psychothérapie, psychomotricité et participe aux ateliers de l'hôpital de jour. Il projette d'exercer une activité professionnelle au sein d'une bibliothèque.

b. Contexte de la prise en charge

• Symptomatologie de Monsieur H.

Alain a été diagnostiqué schizophrène paranoïde à l'âge 14 ans. Dans son cas, la discordance idéo-affective³⁹ est fort présente, néanmoins, il y a peu de diffluence. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, ce sous-type de schizophrénie est caractérisé par la prédominance du délire paranoïde. Son syndrome délirant est floride, c'est-à-dire qu'il est riche en éléments. Les principaux thèmes de ses délires sont des thèmes de filiation, lorsqu'il pense être le fils de Catherine Deneuve par exemple ; ainsi que le thème d'identité sexuelle, lorsqu'il était convaincu d'être une femme. L'abandon du côté paternel semble beaucoup l'affecter, il serait à la recherche de son père géniteur. La thématique de paternité se retrouve beaucoup dans ses délires, « je suis le père de la fille d'un de mes voisins ». Les mécanismes sont principalement interprétatifs et hallucinatoires acoustico-verbaux ; monsieur H. attribue

³⁶ Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (devenue aujourd'hui la CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées)

³⁷ Centre d'Action Sociale

³⁸ Soins Psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat

³⁹ Qui concerne les liens entre pensée et affect

des voix à certains de ses voisins, à des personnes dans la rue et se sent importuné par ces voix. Ces automatismes mentaux se ciblent sur des accusations : « je fais mal ».

Il y a adhésion aux idées délirantes et rationalisations morbides. Il peut également critiquer partiellement ce qu'il vit dans ses hallucinations. De plus, sa pensée paralogique* soutient son adhésion au traitement : Alain ne se considère pas comme halluciné mais prend son traitement de crainte qu'on lui supprime l'AAH. Il a une bonne tolérance du traitement Haldol Decanoas, cependant ce dernier lui a provoqué une prise de poids importante sans troubles métaboliques. Monsieur H. a atteint un poids de 128 kilogrammes il y a quelques années avec inversion de son rythme nyctéméral. Depuis le début de sa prise en charge à l'hôpital de jour, son sommeil et sa charge pondérale se sont normalisés.

- **Projet de soin au centre de jour**

A travers son projet de soin, monsieur H. s'engage à être présent à l'hôpital de jour du lundi au vendredi. Ses objectifs sont d'approfondir les relations aux personnes avec lesquelles il éprouve un « bon feeling », de maintenir l'harmonie entre le centre de jour et sa vie professionnelle, de se saisir des activités, en tirer profit et les adapter à sa vie « pour le meilleur ». En janvier 2016, il ajoute un objectif à son projet : « me réaliser avec mes handicaps en tenant compte de mes limites. »

Alain s'engage également à participer aux ateliers : en rythme, vidéo, cuisine, écriture, jeux de société, cinéma, journal, jardin et théâtre.

c. Observations psychomotrices

Monsieur H. est un patient calme, volontaire et fidèle à ses rendez-vous. Il a une perplexité à prendre sa place, en effet, il n'ose pas s'asseoir ou enlever son manteau s'il n'y a pas été invité. Il n'ose pas prendre la parole lorsqu'il y a plus d'un patient dans la salle. Cependant, en l'absence d'autres patients il apprécie prendre la parole mais dévoile peu ses ressentis internes. Ses phrases paraissent intellectuelles de par la sélection de ses mots et sa posture, cette attitude me paraît être utilisée comme une carapace. Il se décrit comme soucieux de trouver une harmonie avec lui-même et les autres. Je ressens qu'une certaine confiance s'est installée envers les soignants et le centre de jour.

Alain a un bon **équilibre statique** avec un polygone de sustentation adapté. Néanmoins, quant à son **équilibre dynamique**, j'observe que sa marche présente un équilibre précaire et une certaine lenteur. Son **tonus musculaire** paraît légèrement hypertonique, provoquant quelques difficultés de fluidité dans le mouvement lors d'exercices de mobilisation des membres supérieurs principalement, mais peut également avoir un rôle restrictif dans sa marche qui est à petits pas. Il semble hésitant dans ses directions. Il évoque son ressenti corporel par un « manque de tonus musculaire » et exprime sa volonté de le renforcer afin de mieux se soutenir et endurer les « fatigues envahissantes » ; il dit être à la recherche d'une harmonie psychomotrice. Sa **posture** lui donne une attitude de repli ; en effet, son bassin est en rétroversion, il y a une accentuation de ses cyphoses dorsales et cervicales, entraînant la tête et le regard vers le sol. De plus, ses membres supérieurs sont en rotation interne et la position de ses épaules vers l'avant. Malgré une lenteur dans le mouvement et quelques maladresses, lorsqu'Alain se concentre sur la proposition, il montre quelques capacités de **coordination** et de **dissociation** de ses ceintures scapulaires et pelviennes. Il peut également coordonner des mouvements des bras, des mains et des jambes ensemble ; la dissociation reste compliquée. Les **coordinations faciales** sont bien réalisées, Alain sait reconnaître les émotions sur un visage et les exprimer avec le sien.

Au niveau des **aptitudes rythmiques**, Alain a un tempo spontané lent et discontinu. Cependant, à l'aide d'un étayage vocal, il montre une bonne adaptation aux différents rythmes donnés, frappés dans les mains par l'ensemble du groupe. Il fait preuve d'anticipation, de préparation et d'accordage. Monsieur H. a une bonne **organisation et orientation spatiale**, il sait se diriger dans l'espace et connaît les points cardinaux ; néanmoins, il éprouve quelques difficultés lorsqu'il s'agit de structurer l'espace, c'est-à-dire, le séparer en plusieurs parties.

Son **orientation spatio-temporelle** pose problème dans sa vie quotidienne. En effet, il éprouve des difficultés diurnes, surtout au matin, car il y a peu de temps son rythme nyctéméral était inversé, il dormait le jour et vivait la nuit. Les **repères temporels** se mettent lentement en place. De plus, Alain ne change pas ses vêtements, ce qui a pour conséquences de fortes odeurs, mais il ne s'en rend pas compte. Il se réfère à sa mère pour les soins quotidiens jusqu'à l'enfilage des chaussettes. Ainsi, au niveau de son **image du corps**, Alain présente une perception corporelle très sommaire et fragmentée. Son image dans le miroir lui renvoie une certaine étrangeté notamment en lien avec sa prise de poids. Il sait exprimer son état du moment et éprouve du plaisir à ressentir des « sensations de limites du corps » lors des

propositions de réveil corporel. Il exprime son plaisir à effectuer les automassages, précisant avec ses mots qu'il apprécie être acteur de ses sensations. Le sentiment de détente pour lui c'est « d'être là, présent ». Son **schéma corporel** semble être partiellement maîtrisé. Il possède une **latéralité** homogène à droite. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer sa **motricité fine** ni ses **capacités graphiques** ; cependant, monsieur H. exprime souvent son plaisir d'écrire et participe au groupe journal. Je pense qu'il maîtrise les actes moteurs du graphisme sans difficultés.

Au niveau de ses **capacités cognitives**, Alain a quelques pertes d'attention, il regarde ailleurs et ne suit plus la consigne. Il a une bonne mémoire épisodique et procédurale, néanmoins, sa mémoire à court terme se montre moins efficace. Il a une bonne compréhension des consignes et a accès à la symbolisation et l'humour, qu'il fait assez souvent. Dans ses verbalisations en séance, monsieur H. fait beaucoup de liens avec son enfance et des éléments de la vie quotidienne, ceci lui permet de travailler sur la dissociation. Il sait exprimer quelques ressentis et ses indisponibilités. Quant à son **regard**, j'observe qu'Alain l'oriente de manière désorganisée dans tous les sens, comme s'il était à la recherche d'appuis. Il utilise souvent son regard périphérique et ne regarde pas dans les yeux. Il est constamment dans l'évitement des regards.

d. Projet de soin en psychomotricité : en groupe

Monsieur H. a une posture en repli, sa marche est lente et son tonus est légèrement hypertonique ; ces caractéristiques permettraient peut-être d'expliquer sa maladresse, ainsi que sa marche à petits pas qui engendrerait des pertes d'équilibre et ainsi un équilibre dynamique précaire. La lenteur, observée dans son tempo spontané, détermine son rythme habituel. Alain a une légère hypertonie mais exprime le ressenti d'un "manque de tonus", il pourrait s'agir d'une ambivalence entre la réalité physiologique de son corps et ses perceptions qui sont les traitements cognitifs de ses sensations corporelles. Il peut effectuer des mouvements de coordination anticipés, contrôlés et fluides lorsqu'il se concentre. J'émet l'hypothèse qu'Alain a quelques troubles de l'attention qui, à nouveau, le rend maladroit et distrait. Néanmoins, sa mémoire et son attention auditives sont efficaces. Il présente une bonne perception et orientation dans l'espace ; cependant, sa structuration de l'espace ainsi que son orientation et ses repères temporels lui font défauts. Monsieur H. présente également des troubles de l'image

du corps ; typique atteinte retrouvée dans les schizophrénies. Cette altération de l'image du corps permet peut-être d'expliquer son repli et sa demande de renforcement musculaire afin de ressentir son corps unifié, à l'inverse du morcellement qu'il pourrait ressentir. De plus, cette atteinte s'illustre par sa sensation d'étrangeté dans le miroir, qui pourrait être accentuée par sa prise de poids. Enfin, de par cette atteinte de l'image du corps, ses limites corporelles sont déstructurées, l'empêchant de percevoir son corps comme une unité solide et formant un tout contenu. Ceci m'amène à penser que son comportement de repli et son regard fuyant sont peut-être la conséquence de cette altération, s'expliquant par le fait qu'un regard dans les yeux pourrait lui donner l'impression d'une intrusion, la sensation que la personne entre dans son corps car les limites ne sont pas là pour créer une certaine distance entre ces deux êtres ; d'où cet évitement.

Au vu de ses capacités et difficultés, le projet thérapeutique de monsieur H. au sein de l'atelier de groupe « en rythme » a pour objectif principal de favoriser son insertion dans le groupe afin de lui permettre une amélioration de ses capacités relationnelles et ainsi de pouvoir s'exprimer tant par le corps que par les mots sous le regard d'autrui. De plus, les propositions de ce groupe pourront permettre à Alain de renforcer son tonus musculaire, l'amener à prendre conscience de son axe et de sa verticalité pour qu'il puisse sentir son corps comme une structure solide et unifiée. On l'invitera également à être attentif à ses vécus internes, à les nommer afin de lui permettre une prise de conscience corporelle, ainsi que d'améliorer ses capacités d'association en faisant du lien. De surcroît, un autre objectif serait de discuter des différentes temporalités en lien avec le sujet des séances afin de l'amener à nouveau à faire du lien et de structurer son adaptation aux rythmes temporels, physiologiques et moteurs.

B. Madame F.

a. Anamnèse

En 1975, la famille de madame F. est prise dans la tourmente de la dictature Khmer, elle fuit le Cambodge pour séjourner en Chine puis à Hong Kong où son grand frère naquit. Ils arrivent en France en 1977, puis vient la naissance de Martine en novembre 1978, elle a aujourd'hui 38 ans. Ses parents vivaient chez la grand-mère maternelle mais celle-ci ne s'entendait pas avec sa fille (mère de madame F.) ; ils se séparent à sa naissance. Elle est

élevée par son père et ses grands-parents paternels. Elle ne reverra sa mère qu'à l'âge de 17 ans et découvrira qu'elle a eu quatre enfants avec le cousin de son père ; « mes demis frères et sœurs sont aussi mes cousins ». Au domicile de ses grands-parents paternels, Martine vivait avec son père, ses trois tantes et son oncle. Elle nommait ses grands-parents « maman » et « papa » et son père « tonton », comme ses oncles et tantes qu'elle considère comme des frères et sœurs. Proches en âge, il y avait beaucoup de conflits et de rivalité avec ses tantes, qui lui faisaient subir des attouchements ainsi que des coups de ceinture de manière récurrente. Martine garde un mauvais souvenir de sa grand-mère, elle la décrit comme « tyrannique » et « effrayante », qui la punissait injustement pour des choses qu'elle n'avait pas commises. Son père, suivi en psychiatrie pour psychose chronique, la battait elle et son grand-frère ; elle ressent beaucoup de honte face à ces actes subis. Son grand frère était aussi violent avec elle ; exigeant sur la propreté, il forçait Martine aux tâches ménagères et aux soins des animaux dont il faisait la collection et le commerce. Madame F. était chargée de congeler des souris vivantes pour les donner aux serpents et d'abandonner un chien dans la rue après lui avoir fourni des soins pendant plusieurs mois. Néanmoins, ce dernier lui apportait de l'aide lorsqu'elle faisait des épisodes hallucinatoires et des montées d'angoisse. Elle affirme avoir eu de bon rapport avec son grand-père paternel qui prenait soin d'elle. Elle le décrit comme bienveillant à son égard, elle l'aimait beaucoup. Ainsi, madame F. a grandi dans un milieu familial empli de confusions et de vérités déformées, où les places de chacun dans la filiation ne pouvait être nommées.

A ses 6 ans, Martine est diagnostiquée psychose infantile* dans la classification des TED⁴⁰ suite à sa première consultation accompagnée de son grand-père. Elle suit un cursus scolaire normal jusqu'à ses 12 ans où elle sera hospitalisée pendant deux semaines car elle entend des voix et se fait vomir. A 13 ans, elle entre dans une école de pâtisserie et n'y reste que cinq jours. L'année d'après, elle ne restera que cinq jours également dans une école de commerce. Entre temps, madame F. reste au domicile familial, elle a l'impression que les gens parlent dans son dos et dit être atteinte d'une paralysie des deux jambes. A ses 15 ans, elle tente une école de coiffure pendant un an, néanmoins, le jour du passage du CAP⁴¹, elle fait un malaise et est hospitalisée. De 16 à 18 ans, Martine fait appel à l'ANPE⁴² et effectue deux semaines dans un salon de coiffure. Elle dit voir des animaux de dos dans la salle de

⁴⁰ Trouble Envahissant du Développement*

⁴¹ Certificat d'Aptitude Professionnelle

⁴² Agence Nationale Pour l'Emploi

bain. C'est également la période pendant laquelle elle fait la connaissance de Paulo, avec qui elle partagera une relation amoureuse de sept ans. A ses 18 ans, Martine s'inscrit à une formation de remise à niveau général pendant un mois.

Lors de ses 19 ans, son frère fait une crise de violence et lui fracture le pouce, elle va alors vivre dans un foyer pour femme battues pendant une semaine. Son frère est condamné à cinq ans de prison avec sursis. Madame F. est prise en charge par une association de réinsertion sociale et consulte un thérapeute dans un CMP ; elle entend des voix l'accusant d'avoir tué des animaux. A ses 21 ans, elle décide d'habiter avec son petit ami Paulo qui exerce le métier de chauffeur/livreur. C'est également à cet âge qu'elle aura ses premières hallucinations visuelles et auditives. A 26 ans, Martine est hospitalisée pendant cinq mois suite à l'intervention de la police sur le lieu de travail de son conjoint où elle fait une crise d'angoisse et se jette d'un pont. A sa sortie, elle retourne vivre chez Paulo. Elle a la sensation que les gens peuvent lire dans ses pensées, qu'elle peut également lire dans les leurs et que les aliments sont empoisonnés. Elle se sent persécutée et entend des échos dans sa tête.

A ses 27 ans, ils quittent leur appartement insalubre et viennent habiter chez son frère jusqu'à ses 35 ans. Beaucoup de bagarres ont lieu entre Paulo et son frère, qui continue de la maltraiter. L'année suivante, sa grand-mère paternelle décède ; Martine est suivie en hôpital de jour pendant six ans. A ses 33 ans, son grand-père paternel décède, puis quelque mois après, son frère se suicide par pendaison pendant que Martine dort, c'est à son réveil qu'elle verra son corps et essaiera de le réanimer. Madame F. souffre de l'absence de son frère et prend beaucoup de poids. A ses 35 ans, elle se sépare de Paulo et intègre le centre de jour. Elle est diagnostiquée schizophrène paranoïde. Jusqu'à aujourd'hui, Martine est sous curatelle renforcée, elle touche les APL et vit dans un foyer communautaire.

b. Contexte de la prise en charge

• Symptomatologie de Madame F.

Madame F. est diagnostiquée schizophrène paranoïde à ses 35 ans. Les mécanismes hallucinatoires se manifestent par des automatismes mentaux visuels et auditifs importants. Elle décrit très souvent la vision terrifiante d'une femme sans pupille, aux cheveux longs et habillée d'une longue robe blanche. Elle ressemblerait à son frère lorsqu'il était enfant. Cette

absence de regard pourrait être mise en lien avec l'absence de considération qu'a vécu Martine par sa mère, sa famille et ses pairs tout au long de sa vie. Elle décrit également l'apparition d'un petit groupe de personnes l'accusant d'avoir tué et filmé des tortures qu'elle aurait exécuté sur des animaux. Ces hallucinations ont débuté lorsqu'elle vivait chez ses grands-parents ; le groupe de personnes se trouvait derrière les murs. Dans ses épisodes délirants on retrouve particulièrement des thématiques de persécution et de punition. De plus, Martine éprouve un sentiment d'abandon de par son enfance, les départ d'amis et les différents décès auxquels elle a fait face. Elle dit ne pas pouvoir être seule et est toujours dans la recherche d'une personne à ses côtés pour l'aider à surmonter et démêler ses délires envahissants, ainsi que de pouvoir construire son identité.

On retrouve chez elle une labilité thymique qui engendre une grande instabilité face à ses émotions. Sa participation affective est souvent très anxieuse, faisant référence à des événements anciens et provoque souvent des crises de larmes. Cette immaturité émotionnelle la rend adhésive dans ses relations à autrui, ce qui m'amène à penser à son regard, intrusif, adhésif à celui de l'autre, que je développerai dans la suite de cet ouvrage.

• **Projet de soin au centre de jour**

A travers son projet de soin, madame F. s'engage à être présente au centre de jour du lundi au vendredi. Ses objectifs sont de stabiliser son poids à l'aide d'une alimentation équilibrée, de se maintenir en bonne forme physique en améliorant sa qualité de vie, tel que par le sommeil, l'hygiène corporelle et le sport. Elle s'engage également à respecter la vie privée d'autrui, attendre son tour, respecter son engagement et prendre du plaisir au sein des activités qu'elle a choisi, ainsi que d'apprendre à se relaxer.

Ses ateliers sont les suivants : Détente, Ping-pong, Cuisine, Jeux de société, Bien-être, Aide ménager, Journal, En rythme et Photo.

c. Observations psychomotrices

Madame F. est décrite par son infirmière référente comme étant une personne vivante, courageuse et combative. J'observe une ambivalence très présente dans ses comportements ainsi que ses humeurs. En effet, Martine peut passer d'un état de joie à celui de tristesse ou de

fatigue d'un moment à l'autre. Elle peut fortement participer, être attentive et investir la séance comme s'installer sur une chaise et laisser son corps se relâcher, lui donnant l'aspect d'un corps mou, sans énergie et l'impression que la séance lui procure de l'ennui. De plus, madame F. peut manifester son mécontentement tout au long de la séance en prenant une posture de refus et par quelques réflexions, puis elle dira au médecin que l'atelier était « super ».

Martine a un bon **équilibre statique**, avec néanmoins un polygone de sustentation élargi. Son **équilibre dynamique** est bien maîtrisé. Son **tonus** musculaire tend à être hypotonique. Cependant, l'ambivalence étant très présente, madame F. peut passer d'un état hypotonique, le plus souvent assise sur une chaise, à un état hypertonique lorsqu'elle est debout en mouvement, associé à une certaine agitation psychomotrice. Sa **posture** est légèrement en repli, elle s'observe au niveau de ses épaules allant vers l'avant et par l'accentuation de sa cyphose dorsale. La **coordination** entre ses membres est bonne ; la **dissociation** est maîtrisée mais manque de fluidité et de précision. Madame F. sait exprimer les émotions par des mimiques, sa **motricité faciale** me paraît être maîtrisée. Son **tempo individuel** est rapide. Au niveau de ses **aptitudes rythmiques**, Martine s'adapte aux rythmes frappés dans les mains grâce aux étayages verbaux de la psychomotricienne ou de moi-même. Néanmoins, sans étayages elle n'anticipe pas le mouvement frappé ; sa réponse est alors en retard. Sa perception et sa mémoire auditives de phrases rythmiques instantanément entendues sont bien maîtrisées. Son **orientation spatio-temporelle** pose problème dans son quotidien. Il est difficile pour madame F. de suivre un rythme ritualisé au fil de ses journées, tant au sujet de son sommeil que de son alimentation. Son rythme nyctéméral peut s'inverser d'une semaine à l'autre. Son **organisation spatio-temporelle** est alors mise à mal, il est difficile pour Martine d'organiser ses journées ; elle nécessite alors d'un soutien permanent pour l'encourager à suivre un rythme diurne et se déplacer jusqu'au centre de jour. Ses **repères spatiaux** sont cependant plus solides que ses **repères temporels**. Madame F. souffre de la fragilité de son **image du corps**. Elle peut néanmoins exprimer quelques ressentis de réunification et de solidité de son axe et son enveloppe corporelle : « on se sent droit », « on sent tout le corps ». Son **schéma corporel** est pauvre mais il s'enrichit au fil des séances. Les processus de **latéralisation** se sont bien faits, Martine connaît sa droite et sa gauche, la réversibilité est acquise mais nécessite des temps de concentration par moments. Madame F. a une **latéralité** homogène à droite. Je n'ai pas pu observer sa **motricité fine** ni sa

graphomotricité. Au niveau de ses **capacités cognitives**, Martine a une bonne mémoire à long et court termes. Ses capacités d'attention dépendent de son état affectif du moment ; en effet, il lui est plus difficile de fixer son attention sur un élément lorsqu'elle est en agitation psychomotrice. Elle a une bonne compréhension des consignes et accède à la symbolisation. Au sujet de ses verbalisations, madame F. peut critiquer ses hallucinations et réfléchir à leurs sujets. Elle peut également faire des liens entre des événements passés et les éléments de ses hallucinations. De plus, Martine peut exprimer ses ressentis du moment et ses indisponibilités. La perception de voix forte génère de la surprise et de l'excitation chez Martine. Enfin, son **regard** me paraît être intrusif, comme transperçant notre propre limite. Par moments, elle peut lâcher le contact visuel, son regard se fixe sur un endroit de la salle et madame ne fait plus de mouvements ; elle perd alors son attention et sa participation dans l'atelier. Est-elle en train de penser ou plutôt d'interrompre toutes pensées ?

d. Projet de soin en psychomotricité : en groupe

L'ambivalence, très présente chez madame F., s'observe particulièrement dans ses humeurs, on retrouve ici une labilité thymique, mais également dans ses comportements et ses états somatiques tel que son tonus, qui engage alors une variation de son engagement psychique et corporel. Elle peut néanmoins verbaliser ses différents vécus, réels et hallucinatoires, ainsi que les critiquer. Martine est souvent dans une forte agitation tant au niveau de ses mouvements que de ses pensées ; elle est décrite hypomaniaque*. Son tempo spontané confirme l'aspect rapide de son rythme naturel. Cette hypomanie peut engendrer des pertes d'attention et pourrait expliquer ce pourquoi madame F. est parfois désorientée dans l'espace et le temps. Ceci a pu engendrer des difficultés de structuration de son image du corps, rendant la perception de son corps angoissante. Les sursimulations qu'elle se procure dans l'excès de mouvements permet peut-être d'atténuer l'angoisse de cette image du corps fragile. Madame F. ressentirait l'intégralité de son corps grâce aux mouvements et se sentirait peut-être plus unifiée ; ceci pourrait alors abaisser ses angoisses liées au corps, telle que l'angoisse de morcellement. Si son image du corps est fragilisée, ses limites corporelles le sont également. Ainsi, ce défaut de structuration de l'image du corps et de ses limites corporelles pourrait expliquer une difficulté de contenance dans son propre corps et ainsi, son regard n'étant pas contenu, il devient intrusif, peut-être à la recherche de limites chez l'autre.

Au vu de ses capacités et difficultés, le projet thérapeutique de madame F. au sein de l'atelier de groupe « en rythme » a pour objectif de favoriser l'approche corporelle afin de structurer ses limites corporelles et l'amener à enrichir son image du corps de représentations solides et unifiées. Ce travail de conscience corporelle s'associe à l'aspect de resocialisation du travail de groupe afin de lui permettre la structuration d'une identité psychique et corporelle solide ; c'est en structurant ses limites corporelles qu'a lieu, par leur aspect contenant du corps et du regard, la mise en place de distances interpersonnelles* où l'autre est distinctement différencié d'elle-même. L'objectif suivant est de l'encourager à verbaliser ses vécus internes pour l'amener à faire du lien entre son état affectif, ses pensées et ses sensations ; dans le but d'atténuer ses dissociations. Puis, un travail de régulation tonique et émotionnelle afin de lui permettre d'adapter son tonus en fonction des situations, afin qu'elle soit moins handicapée par certaines de ses réactions toniques l'empêchant d'agir sur le monde. Enfin, axer certains thèmes de l'atelier sur les repères temporels dans le but d'intégrer ces notions et lui permettre une meilleure orientation dans l'espace et le temps.

C. Séquence clinique, l'atelier « en rythme »

Je m'apprête à décrire ici une séquence clinique où la question du regard et de l'image du corps fût fortement présente. Il s'agit, depuis mon arrivée, de la dixième séance de l'atelier « en rythme ». Nous sommes au nombre de six : monsieur H., madame F., deux autres patients du centre de jour, la psychomotricienne et moi-même.

Je propose un temps de réveil corporel puis, à la fin de celui-ci, un temps de verbalisation. Martine prend la parole et dit qu'elle se sent « droite », nous discutons alors de l'importance de l'axe, de l'écartement des pieds et de l'orientation du regard vers l'avant pour engager une marche équilibrée. Alain exprime une sensation de bien-être et d'unification, « je sens tout mon corps... ça fait du bien ». Cette partie leur a permis de sentir le corps et leur provoque une sensation rassurante de contenance par la sensation des muscles et des os à l'intérieur du corps puis de la peau qui enveloppe ce tout.

Ensuite, nous proposons un temps de rencontre. Nous marchons dans la salle, dès que nous croisons une personne, nous devons nous arrêter face à elle et prendre le temps de la saluer ; d'abord avec des gestes tels que le salut militaire, la révérence, un geste de la main,

puis, en se serrant la main. Nous prenons un temps pour expérimenter chaque type de salutation. Puis nous proposons un temps de parole pour discuter des sensations, des images et des pensées ressenties et perçues, puis nous les comparons entre elles. Ensuite, en conservant cette même consigne, je propose la salutation suivante : nous nous arrêtons face à la personne et nous nous saluons avec le regard. Il s'agit de se regarder dans les yeux quelques secondes puis de reprendre la marche dans l'attente d'une autre rencontre. Monsieur H. marche, son regard dirigé vers le sol, il observe ce qu'il se passe avec son regard périphérique. Lorsque je le rencontre, son regard tient environ une seconde avant qu'il lâche ce contact puis redirige son regard vers le sol et reprend sa marche. Madame F., quant-à-elle, reste longtemps face à moi, son regard pénétrant le mien ; je prends donc l'initiative de rompre ce contact à chacune de nos rencontres. Puis, vient le moment où Martine et Alain se rencontre. Ils se regardent, Alain dévie presque instantanément le regard et dit « je ne peux pas... je n'y arrive pas... », son regard se dirige à nouveau vers le sol ; il ne le relèvera pas jusqu'à la fin de cette proposition. Martine, elle, eu un rire particulier qui m'a renvoyé aux souvenirs de ses rires immotivés ; ceci ne l'empêchant pas de rencontrer d'autres personnes dans la suite de la proposition. Cet instant n'a peut-être duré qu'une seconde, il m'a néanmoins paru très fort pour ces patients. Un temps de parole a été proposé pour discuter de cette situation, cependant, ni Martine, ni Alain n'a pris la parole pour en discuter. Leurs vécus restent alors un mystère. Je vous présenterai mes hypothèses et mes pensées quant à cette situation dans la discussion, troisième partie de cet ouvrage.

Enfin, nous terminons la séance par une écoute musicale pendant laquelle chaque patient développe quelques pensées qui leur parviennent quant au thème et au rythme de la musique.

Je suis partie de l'observation de ces deux patients ainsi que de cette séquence clinique pour formuler mes hypothèses quant au sujet de ce mémoire. Pour moi, il s'agirait ici de la problématique d'une image du corps altérée qui provoquerait les particularités de leur regard respectif. Il me semble alors pertinent, avant d'exposer mes hypothèses, de vous présenter les aspects développementaux de l'image du corps et du regard ainsi que de leur altération dans la schizophrénie dans les parties suivantes.

2. L'image du corps

L'image du corps, comprise dans la notion de corps, est une terminologie psychanalytique. Elle ne suffirait aucunement à décrire la notion de corps. Comme nous le verrons par la suite, le regard implique un engagement perceptivo-moteur. C'est pourquoi, avant de porter mon attention sur l'image du corps et son altération dans la schizophrénie, une brève présentation de la notion de corps et de la médiation corporelle me paraît importante.

A. Corps et médiation corporelle

Le corps est une notion complexe appartenant à un ensemble sémantique plurivoque. « L'étude du corps humain concerne la physique, la biologie, la métaphysique, la spiritualité et la morale. »⁴³

Constitué des éléments de son anatomie, il désigne au premier abord un aspect matériel se distinguant de l'esprit. Il est doté de mouvements assurant les fonctions nécessaires à la vie des êtres vivants mais signifie également cadavre. Il concerne la biologie qui étudie tout ce qui concerne les êtres vivants et se subdivise en plusieurs disciplines : anatomie, physiologie, cytologie, anthropologie, sémiologie, et d'autres disciplines qui intéressent les sciences de la vie. Ainsi, le corps entre également dans le champ des représentations et du symbolisme ; tels que dans les représentations culturelles que sont la danse, le mannequinat, la littérature, etc. La culture joue un rôle important dans les connaissances et les représentations du corps. « Rien n'est plus mystérieux sans doute aux yeux de l'homme que l'épaisseur de son propre corps. Et chaque société s'est efforcée avec son style propre de donner une réponse particulière à cette énigme première où l'homme s'enracine. Le corps semble aller de soi. [...] Chaque société, à l'intérieur de sa vision du monde, dessine un savoir singulier sur le corps : ses constituants, ses performances, ses correspondances, etc. Elle lui donne sens et valeur. »⁴⁴

Je m'intéresse ici à cette approche sociologique du corps que nous expose David Le Breton⁴⁵ dans son livre *Anthropologie du corps et modernité*. Selon lui, le corps est une construction symbolique culturelle à laquelle un savoir propre au symbolisme général est

⁴³ ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY GIROMINI F., 1996, p.12

⁴⁴ LE BRETON D., 1998, p.8

⁴⁵ Anthropologue, sociologue français et professeur à l'université de Strasbourg

appliqué par la société. « Le corps est une construction symbolique, non une réalité en soi. D'où la myriade de représentations qui cherchent à lui donner un sens et leur caractère hétéroclite, insolite, contradictoire, d'une société à une autre. Le corps semble aller de soi mais rien finalement n'est insaisissable. Il n'est jamais une donnée indiscutable, mais l'effet d'une construction sociale et culturelle »⁴⁶. C'est par cette connaissance mutuelle du corps que les modalités d'interactions sociales vont s'instaurer ; ainsi, les gestes, les postures corporelles, les mimiques permettent une compréhension commune entre les êtres. Dès qu'un comportement semble différent, l'incompréhension des interlocuteurs apparaît, pouvant provoquer un malaise pour celui qui a rompu cette base de communication commune. « Un malaise jaillit de la rupture de sens, qui met malencontreusement le corps en évidence »⁴⁷. Je pense ici aux difficultés de relation que l'on retrouve dans les schizophrénies. Qu'il s'agisse d'une mauvaise compréhension des intentions d'autrui venant de l'autre ou du sujet lui-même, cette rupture de compréhension provoque une rupture de contact, d'interaction, qui pourrait amener le sujet à éviter la redondance de ce type de situation par un retrait, un repli sur soi. David Le Breton ajoute à l'idée que le corps et sa représentation soient une connaissance qui provient de la société et des relations, que « la phénoménologie [...], l'anthropologie aujourd'hui nous montrent que le corps est la condition de l'homme, le lieu de son identité »⁴⁸.

Julian de Ajuriaguerra a souligné l'importance du corps comme lieu d'expérience et de communication, notamment au travers de la notion de dialogue tonique. Ce mode d'échange, n'apportant pas les mêmes informations que le langage verbal, fonde ce dernier en lui conférant sa dimension vivante. « Notre corps est d'une part en relation avec l'espace qui l'entoure, mais d'autre part, il ne peut se structurer que dans et par le corps d'autrui, à travers la fonction tonico-posturale, premier canal de communication et d'échanges pour le petit enfant »⁴⁹. Selon Ajuriaguerra, le développement cognitif dépend des facteurs affectifs et relationnels. Il s'agit d'une opinion que Wallon avait déjà défendu et qui marqua une génération de psychologues de l'éducation en France. « Les approches reconnaissant l'union indissociable de la psyché et du soma abordent la personne humaine dans son corps, tout à la fois fonctionnel, expressif et relationnel. L'expérience corporelle mobilise le sujet dans ses

⁴⁶ *Ibid.*, p.13-14

⁴⁷ *Ibid.*, p.131

⁴⁸ *Ibid.*, p.262

⁴⁹ CLANET C., FOURASTE R., SUDRES J.-L., 1993, p.46

possibilités à se mouvoir et s'émouvoir. L'attention au corps soutient l'investissement libidinal de l'enveloppe self et renforce le narcissisme. »⁵⁰

Jacques Corraze⁵¹ parle de l'image spéculaire du corps. Cette dernière est la perception qu'un sujet a de son corps à travers son reflet tel que dans le miroir. Le corps devient objet virtuel de l'espace extérieur, ce qui va permettre une prise de conscience du corps par différentes images spéculaires de celui-ci et par le corps de l'autre. « Le corps, tel qu'il apparaît au sujet reflété par le miroir, renvoie tout à la fois à l'image du corps construite par les perceptions directes et à celle qu'autrui en a. Nous voici alors confrontés à l'image directement perçue de notre corps, à l'image que nous renvoie le miroir et à la perception que les autres ont de nous »⁵². Je perçois à quel point, pour ces auteurs, la présence de l'autre est importante dans le travail de représentation et de construction de l'identité corporelle qu'un sujet se doit de faire pour s'individualiser.

Pour Freud, l'appareil psychique se constitue à partir des sensations : « Le Moi est avant tout un Moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface »⁵³. Il précisera, « Le Moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental »⁵⁴. C'est à partir de là que Didier Anzieu développera et enrichira cette conception freudienne du Moi en proposant le concept de Moi-peau que nous verrons dans la suite de cet ouvrage.

Ces notions du corps tendent vers une conception moniste du corps où l'esprit et le corps s'étayaient constamment, tant dans le développement de l'Homme, la construction de son identité, que dans ses fonctions quotidiennes et ses relations aux autres. Là, étant le travail de la psychomotricité qui met avant ces liens entre corps et psyché. Elle est l'expression corporelle de notre vie psychique, affective, intellectuelle et relationnelle, tant dans son fonctionnement que dans sa structure.

⁵⁰ SCHMID NICHOLS N., 2010, p.94

⁵¹ Agrégé de philosophie, docteur des lettres et sciences humaines, docteur en médecine, psychiatre français, a été professeur des universités, directeur et enseignant de l'école de psychomotricité de Toulouse.

⁵² CORRAZE J., 2009, p.178

⁵³ FREUD S., 2001, p.264

⁵⁴ Dans une note ajoutée à l'édition anglaise de *Le Moi et le Ça* (1927)

La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre ; elle propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet étant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe. C'est à travers les médiations corporelles, où le corps devient le médiateur, que le psychomotricien agit sur le corps pour rétablir les fonctions psychiques, mentales et affectives entravées. Il aide son patient à trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel, à mieux prendre conscience de son corps, à le maîtriser, à en faire un instrument capable de s'exprimer et de communiquer. Les possibilités thérapeutiques des médiations corporelles sont multiples et dépendent de la façon dont elles sont intégrées dans le projet thérapeutique du patient. En règle générale, ce projet intègre plusieurs approches. Une prise en charge uniquement centrée sur les troubles de l'image du corps ne serait pas efficiente. Il faut donc prendre en compte les problématiques psychiques, les événements traumatiques du patient, ainsi que les facteurs déclenchants et le cadre environnant.

Je m'apprête désormais à définir la notion d'image du corps dans le développement sain ainsi que dans les schizophrénies ; ceci en élaborant une présentation successive des travaux de différents auteurs dans un ordre chronologique. Dans un souci de synthèse, je me suis sentie dans l'obligance de faire un choix parmi le grand nombre d'auteurs ayant traité sur le sujet.

B. Image du corps, définition et développement

Selon Henri Wallon⁵⁵, « la psychomotricité reste le moyen premier et fondamental de l'expérience du corps, mais la connaissance qui en est issue, du sentiment au concept, résulte conjointement d'une assimilation affective et polysensorielle, la prise de conscience de son unité morphologique passe par le chemin de son individuation effective »⁵⁶. Le concept d'image du corps témoigne de la construction et de la structuration de notre être au monde de par notre corporéité.

Le mot image vient du latin *imago* qui signifie représentation, imitation, portrait ; le

⁵⁵ Psychologue, médecin et homme politique français (1879-1962)

⁵⁶ WALLON H., 1987

mot corps, quant à lui, vient du latin *corpus* signifiant corps, individu, ensemble, tout, personne ou encore cadavre. L'image du corps serait donc la représentation d'un ensemble. Elle associe le physique à la psyché : toute personne qui représentera son corps, le fera en fonction de ce qu'il ressent intérieurement, ses ressentis pouvant être physiologiques, émotionnels, ou encore à travers le regard d'autrui. Selon le dictionnaire Larousse, l'image du corps est une « représentation que l'individu a de son propre corps (à distinguer du schéma corporel dont la base est neurologique). »⁵⁷

Durant ces derniers siècles, plusieurs auteurs se sont questionnés sur cette notion et en ont donné leur propre définition. Paul Ferdinand Schilder⁵⁸ est le premier à évoquer le concept d'image du corps qu'il décrit sous plusieurs aspects :

- **Le corps perçu** : relatif au schéma corporel. Défini par les perceptions cutanées, musculaires, tendineuses et viscérales ; il se précise dans le mouvement et se délite dans l'immobilité.

- **Le corps libidinal** : il se construit en fonction des affects que nous ressentons envers les différentes parties de notre corps. C'est sur ce corps libidinal que se base l'homunculus de Penfield*.

- **Le corps social** : il est en interaction avec le regard des autres. Nous sommes en permanence confrontés à la vision de leur corps ainsi que le nôtre, face à leur regard. Un décalage trop important entre notre corps et le leur pourra créer un sentiment d'inconfort ou d'étrangeté.

Pour lui, « l'image du corps humain, c'est l'image que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même »⁵⁹. Cependant, Schilder ne fait aucune distinction entre le schéma corporel et l'image du corps.

Didier Anzieu⁶⁰ développe, à partir de 1974, le concept de **Moi-peau**. Il est exposé dans divers travaux dont son livre *Le Moi-peau* publiée en 1985. Il approche la notion d'image du corps en établissant une comparaison entre le Moi enveloppant l'appareil psychique et la peau qui enveloppe le corps. Par ce concept, il entend « une figuration dont le

⁵⁷ LAROUSSE, Dictionnaire, Larousse-VUEF, 2002, p.528

⁵⁸ Psychiatre et psychanalyste autrichien (1886-1940)

⁵⁹ SCHILDER F. P., 1968, p.35

⁶⁰ Psychanalyste français et professeur à l'université (1923-1999)

Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps [...] Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif »⁶¹. Le bébé est au contact de sa mère par la peau ; au fur et à mesure, ses expériences vont délimiter un extérieur et un intérieur du corps et ainsi établir une limite corporelle. Il pourra différencier son Moi psychique et son Moi corporel. Pour Anzieu, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique. Elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire ; par ses propriétés sensorielles, elle garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre. Ce concept a huit fonctions⁶² : la maintenance du psychisme, la fonction contenante, la pare-excitation, l'individuation de soi, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la charge libidinale et l'inscription des traces sensorielles tactiles.

En 1984, Françoise Dolto⁶³ publie son livre *l'image inconsciente du corps*. Selon elle, l'image du corps « est éminemment inconsciente [et] peut devenir en partie préconsciente, et seulement quand elle s'associe au langage conscient, lequel utilise métaphores et métonymies référées à l'image du corps, tant dans les mimiques langagières que dans le langage verbal. [...] L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [et] peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant »⁶⁴. Elle nous permet, avec l'association du schéma corporel, d'entrer ou non en relation et en communication avec autrui car elle est « le support du narcissisme »⁶⁵. Notre passé fait donc écho dans l'interaction présente avec autrui et le monde environnant. L'image du corps résulte de la dialectique entre l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène :

- **L'image de base** est le premier support de l'image du corps et permet, par sa dimension statique, « de se ressentir dans une mêmeté d'être, c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle. Elle est constitutive de ce que j'appelle narcissisme primordial [qui] constitue en quelque sorte une intuition vécue de l'être-au-monde »⁶⁶. Chaque stade vécu par l'enfant vient remanier et compléter cette image de base. Il existe donc une image de base respiratoire-olfactivo-auditive puis une image de base orale et enfin

⁶¹ ANZIEU D., 1985, p.39

⁶² Voir les descriptions des huit fonctions du Moi-peau d'Anzieu en ANNEXE II, p.83

⁶³ Psychanalyste française (1908-1988)

⁶⁴ DOLTO F., 1984, p.22

⁶⁵ *Ibid.*, p.23

⁶⁶ *Ibid.*, p.50

une image de base anale.

- **L'image fonctionnelle** correspond à « l'image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir [...] elle réalise un enrichissement des possibilités relationnelles avec autrui »⁶⁷.

- **L'image érogène**, quant à elle, « est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés, traits et trous, imaginés doués d'intentions émissives actives ou réceptives passives, à but agréable ou désagréable. »⁶⁸

Ces trois composantes sont à tout moment reliées entre elles par, ce que Dolto appelle « l'image dynamique »⁶⁹, qui désigne les pulsions de vie de l'individu. Ces pulsions de vie sont en permanence animées par le désir d'être et de communiquer avec un autre sujet. Enfin, la **castration**, « interdit radical opposé à la satisfaction recherchée et auparavant connue »⁷⁰, va permettre la symbolisation et participe au modelage de l'image du corps.

Cité par Marc Guiose⁷¹, Didier Houzel⁷² parle, en 1987, de la **fonction contenante** de l'image du corps : « la fonction contenante s'entend au sens de Wilfried R. Bion⁷³, c'est un processus de transformation intime, qui permet que des sensations et des émotions impensables deviennent pensables, puissent être contenues dans une activité de pensée, au lieu d'être purement et simplement évacuées dans des actes ou déviées vers des atteintes somatiques, ou faire effraction entre le monde intérieur et le monde extérieur dans une activité hallucinatoire. »⁷⁴

En 1990, Marilou Bruchon-Schweitzer⁷⁵ donne une nouvelle définition de l'image du corps : « l'image du corps paraît appropriée pour décrire les aspects subjectifs de l'expérience corporelle, telle qu'elle peut être perçue et rapportée par l'individu non seulement à propos d'un corps-objet pourvu de propriétés physiques (tailles poids, volume, orientation...) mais aussi à propos d'un corps-sujet investi d'affects complexes, plus ou moins conscients, et

⁶⁷ *Ibid.*, p.55

⁶⁸ *Ibid.*, p.57

⁶⁹ *Ibid.*, p.58

⁷⁰ *Ibid.*, p.71

⁷¹ Psychologue, psychothérapeute, psychomotricien français et professeur à l'université

⁷² Pédopsychiatrie, psychanalyste français et professeur à l'université

⁷³ Psychiatre, psychanalyste britannique (1897-1979)

⁷⁴ GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M., 2007, p.51

⁷⁵ Professeure française émérite de psychologie à l'université Bordeaux 2

souvent de nature auto évaluative »⁷⁶. L'image du corps serait alors une configuration globale intégrant l'ensemble des représentations que l'individu a élaboré vis-à-vis de son propre corps à travers diverses expériences vitales. Elle permet à l'individu de représenter psychiquement son corps et d'en avoir une image qui serait basée sur les ressentis que nous avons de notre corps, mais aussi de ce que nous lisons dans le regard des autres. Elle indique la façon dont la personne habite son corps. Elle évolue au fil du temps et se construit au cours de notre vécu, elle est donc propre à chacun.

C. Défaut d'intégration corporelle chez le patient schizophrène

« Plus qu'une distorsion, il s'agit d'un véritable vécu de perte de l'unité du corps : les limites sont floues, les perceptions sensorielles sont énigmatiques et renforcent le caractère discontinu de l'enveloppe corporelle. Le corps est vécu avec le sentiment d'un éclatement intérieur. »⁷⁷

a. Altération de la fonction du Moi-peau

Les limites entre le dedans et le dehors se retrouvent trop étanches dans la schizophrénie. La perception de leur corps étant fragile, elle ne leur permet pas de s'y référer. Je développerai ici l'altération des fonctions contenante, de maintenance, d'individuation, de pare-excitation et d'intersensorialité.

- La **fonction contenante** est indistincte, la limite psychique et corporelle peut-être elle-même inexistante chez certains sujets atteints de schizophrénie. En cas de topographie psychique constituée d'un « noyau sans écorce »⁷⁸, l'angoisse est permanente, non localisable et non identifiable. L'individu ne trouve pas de contenant à une expérience, il peut confondre et inverser le dedans et le dehors. Etant dépourvu de « barrière protectrice », il est confronté à une insécurité permanente ; des angoisses, telles que l'angoisse de morcellement, peuvent alors s'installer.

- La **maintenance du psychisme** est altérée, dans le sens où le sujet, pour se protéger, peut dénier son vécu émotionnel considéré comme menaçant. Je reprends ici l'exemple de

⁷⁶ BRUCHON-SCHWEITZER M., 1990, p.176

⁷⁷ ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY GIROMINI F., 1996, p.31

⁷⁸ CAUT I., 2000

madame F. dans une certaine apathie lors de l'atelier, qui dira par la suite au médecin qu'elle a fortement apprécié cette séance.

- L'**individuation de soi** faisant défaut, le sujet perd le sentiment d'unicité de soi.

- La fonction de **pare-excitation** étant altérée, l'appareil psychique ne peut pas se protéger des excitations qui y pénètre et provoque des automatismes mentaux. Selon Esther Bick⁷⁹, pour palier à ce défaut de pare-excitation le sujet se crée une seconde peau musculaire. Je pense ici à monsieur H. qui est fortement soumis à la persécution de ses voix internes et dont la posture a pris une forme de repli due à son hypertonie, sa carapace musculaire.

- L'**intersensorialité** faisant défaut, il peut arriver que le sujet schizophrène attribue à autrui ses propres actes, entraînant des angoisses de morcellement. Par exemple, ils peuvent avoir l'impression que certaines parties de leur corps se dissocient du reste, ou se sentir incarnés dans différentes personnes à la fois.

b. Dissociation

L'**hermétisme** est un aspect impénétrable. Monsieur H. a une tonalité énigmatique, dans le sens où son discours et son comportement paraissent indéchiffrables. De plus, son attitude de repli l'amène à se **détacher de la réalité**, rompant toute communication avec autrui. Les **bizarries** s'observent fortement chez madame F., essentiellement par des rires immotivés en contradiction avec la situation ; mais également par les paradoxes et illogismes de son discours. L'**ambivalence** est également fort présente, elle est décrite précédemment pour chaque patient dans leur présentation clinique.

Gisela Pankow⁸⁰ reformule la dissociation par une altération de l'image du corps : « Par le terme de dissociation je définis la destruction de l'image du corps telles que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur. C'est cette absence de lien entre le dedans et le dehors qui caractérise la schizophrénie ; il n'y a pas de chaînes d'association permettant de retrouver le lien entre les débris de tels mondes détruits. »⁸¹

⁷⁹ Psychiatrie et psychanalyste polonaise puis britannique (1902-1983)

⁸⁰ Neuropsychiatre et psychanalyste française d'origine allemande (1914-1998)

⁸¹ PANKOW G., 1969, p.121

Deux types de vécu du corps apparaissent régulièrement dans les propos des patients schizophrènes. Il peut s'agir en premier lieu d'une absence de perception traduisant un vide angoissant que les idées délirantes permettront d'expliquer ; « je ne sens pas... ils me vident de ma substance... c'est pour ça que je ne sens plus mes pieds ... » ; monsieur H. disant « je ne sens pas mes jambes... Elles ne me soutiennent pas ». D'autre part, il peut s'agir de perceptions à caractères inquiétants voire douloureux, se manifestant par des thèmes de transformations corporelles. Il peut s'agir d'arrachement de la peau, d'un organe, de l'intérieur ; traduisant cette altération des limites corporelles censées contenir l'intérieur de l'extérieur du corps, séparer le dedans du dehors pour pouvoir agir sur l'environnement sans « perdre » une partie du corps. Ceci témoigne du vécu d'un corps dissocié.

La dissociation peut s'accompagner alors d'un vécu de destruction de l'image du corps, de l'unité du Moi et d'angoisses de morcellement. « Un corps dissocié est livré à l'angoisse de ses origines [...] par-là s'efface la distinction entre soi et autrui. »⁸²

c. Délires et hallucinations à thématiques corporelles

« L'hallucination est présente lorsque l'expérience du corps est vécue comme réelle : le bras comprimé ne donne pas l'impression d'être comme rempli de fourmis, mais il est la fourmilière »⁸³. Les délires à thématiques corporelles se manifestent par la conviction que ses propres gestes et sensations sont possédés ou contrôlés. Ils concernent également les convictions de transformation du corps et les idées hypochondriaques. Henri Ey parle d'hallucinations corporelles lorsque « le sujet perçoit son corps en tout ou en partie comme un objet ou un être extérieur à soi, c'est-à-dire comme un objet métamorphosé par l'impossibilité même de la métaphore. »⁸⁴

d. Symptômes de premier rang

En 1955, Kurt Schneider⁸⁵ décrit les symptômes de premier rang afin de faciliter le diagnostic de schizophrénie. Elle s'inscrit dans une conception nosographique héritée de

⁸² SAMI ALI M., 2010, p.9

⁸³ ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY GIROMINI F., 1996, p.30

⁸⁴ *Ibid.*, p.30

⁸⁵ Psychiatre allemand (1887-1967)

Kraepelin et conforme au modèle médical. Les symptômes de premier rang font partie des expériences psychotiques les plus fréquentes et caractéristiques de la schizophrénie. Ce sont des « situations au cours desquelles, le sujet expérimente certains de ses actes et états personnels comme étant d'origine étrangère ou ayant subi une influence étrangère. »⁸⁶

Kurt Schneider répertorie les manifestations suivantes : « publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de répliques, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée et autres influences de la pensée, diffusion de la pensée, perception délirante, ainsi que tout ce qui est fait ou influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté »⁸⁷. Ces manifestations entraînent une confusion entre ce qui émane de l'intérieur et de l'extérieur du corps ; ainsi, les sujets ont des difficultés à reconnaître leurs propres actions et tendent à les attribuer à autrui. Ils ont une perturbation du sens du corps. « L'externalisation sensorielle du corps vient modifier le vécu du corps en première personne au point d'externaliser le soi »⁸⁸. Ces manifestations sont très présentes chez les deux patients précédemment présentés, je vous renvoie à cette partie pour la description clinique de celles-ci.

e. Angoisses du schizophrène

Toutes ces atteintes témoignent d'une image du corps floue, abimée, déstructurée, mettant à mal le vécu corporel. Ce qui a pour conséquence l'apparition d'angoisses importantes.

Harold Searles⁸⁹ explique l'angoisse du schizophrène comme une sensation de ne plus exister en tant qu'être humain. Le sujet schizophrène ressent plusieurs dangers le guettant : « le danger que son individualité ne soit noyée dans une relation symbiotique avec l'autre personne. Le danger que son statut dans le monde de ses semblables ne soit réduit à celui d'un animal, d'un mort ou d'un objet inanimé. Et pour finir celui de cesser totalement d'exister aux yeux des autres »⁹⁰. Pour Searles, c'est une angoisse de morcellement, de confusion identitaire et d'anéantissement. Cela s'enracine dans le ressentir du sujet schizophrène lors de son

⁸⁶ FRANCK N., 2010

⁸⁷ INSTITUT DES SCIENCES COGNITIVES, 2013

⁸⁸ ANDRIEU B., 2010

⁸⁹ Psychiatre et psychanalyste américain (1918-2015)

⁹⁰ SEARLES H., 1977, p.262

enfance, au sein de son environnement familial qui lui a barré la représentation et la signification de son être physique, émotionnel et social. Cet ensemble empêche le sujet de ressentir des sentiments clairs sans ambivalence. Mais la plupart du temps, ses sentiments seront morcelés, flous et dénués de sens affectif ou de considération en lien avec la situation, la personne ou le contexte. »⁹¹

Donald Woods Winnicott⁹² évoque le terme : « angoisses disséquant primitives »⁹³, sous lequel il regroupe plusieurs angoisses retrouvées dans la schizophrénie. Il s'agit des angoisses de désintégration*, de déréalisation*, de ne plus pouvoir se porter soi-même : « crainte de l'effondrement », de dépersonnalisation et de perte de la capacité d'être en relation avec les objets. Winnicott précise que la psychose n'est pas en elle-même un effondrement, mais une défense contre une angoisse sous-jacente impensable.

Pour Paul-Claude Racamier⁹⁴, l'angoisse « mobilise des défenses dont l'ampleur est sans commune mesure avec celle que l'on connaît dans les névroses. Pour échapper à cette angoisse manifeste ou latente, le sujet schizophrène (son Moi) renonce non seulement à son plaisir mais jusqu'à sa sécurité physique, son intégrité corporelle (autostimulations) et son intégrité mentale (il faut parler autostimulations mentales). »⁹⁵

Après avoir parcouru cette présentation de l'image du corps et de son altération dans les schizophrénies. Nous allons maintenant nous intéresser au développement du regard et de ses liens à l'image du corps dans le développement sain.

3. Le regard

A. Définition et développement

La vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût sont les sens que l'enfant apprécie et qui l'amènent à découvrir le monde et réaliser les apprentissages fondamentaux qui lui permettront de se développer. Dès la naissance, l'enfant dispose d'un ensemble de capacités

⁹¹ HAOUZIR S., BERNOUSSI A., 2014, p.71

⁹² Pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique (1896-1971)

⁹³ WINNICOTT D. W., 2000

⁹⁴ Psychiatre et psychanalyste français (1924-1996)

⁹⁵ RACAMIER P.-C., 1976, p.2

sensorielles qui vont se développer tout au long de son enfance en suivant son développement neurologique. La croissance de son système nerveux et de son système perceptif lui permettra d'acquérir une maîtrise plus assurée et plus fine de ses sens.

Chez le fœtus, la vision est le dernier sens à se développer. Ce sera lors du septième mois in utero qu'il pourra distinguer les ombres et les nuances de la lumière à travers le ventre de sa mère. En effet, lorsque l'on procède à une amnioscopie* son rythme cardiaque s'accélère, indiquant que son système visuel est sensible à la lumière. Toutefois, peu stimulée, sa vue ne se développera pas dans l'obscurité du ventre maternel. Ce sera durant sa première année de vie qu'elle va se développer à grande vitesse. À la naissance, la vision du bébé n'est pas encore tout à fait au point. Il peut voir à une distance de plus ou moins vingt centimètres, juste assez pour pouvoir regarder sa mère qui le nourrit. Les visages humains seront d'un grand intérêt autour de ses 2 mois, où il cherchera le regard des personnes qui se présentent à lui. Comme nous l'avons vu précédemment, le regard des proches et son propre regard permettent au bébé de découvrir le monde et de construire son identité. « Dès leur naissance, les bébés seraient *programmés* pour un engagement interactif et auraient besoin de la réponse du visage adulte pour être portés dans la poursuite de cet engagement »⁹⁶ ; ce qui ouvre la voie à l'imitation, et par conséquent, aux identifications. L'Homme est un être en relation ; quant est-il alors du regard dans la vie psychique ?

Daniel Marcelli⁹⁷ expose en 2006, dans son livre *Les yeux dans les yeux, l'énigme du regard*, le fait que l'animal, dans la plupart des circonstances, détourne le regard. A l'inverse, dès la naissance l'être humain regarde de face, se trouvant dans un échange avec l'autre. C'est pourquoi il faut placer l'échange des regards au cœur de l'intersubjectivité*. « La capacité à croiser les yeux et surtout à partager durablement les regards semble bien spécifique à l'espèce humaine »⁹⁸. Selon Jacques Lacan, le regard humain se distingue de l'œil ; c'est ce qui « pousse à voir », qui attire l'œil et l'oblige à réagir. Le regard n'est ni l'organe de la vue ni de la vision ; il existe même pour la personne aveugle de naissance. Il est un objet imaginé, appelé par Lacan « objet a » ; on pourrait dire, de façon réductrice, qu'il représente le désir supposé d'autrui. Le regard est essentiel. Dans un premier temps, regarder c'est entrer en contact avec quelqu'un, attirer et maintenir son attention. Il permet aussi de percevoir les réactions de son interlocuteur, de vérifier l'écoute et la compréhension et de s'appuyer dessus

⁹⁶ MARCELLI D., 2006, p.70

⁹⁷ Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent français

⁹⁸ *Ibid.*, p.31

pour approfondir la relation. David Le Breton expose l'aspect émotionnel du regard, « le regard témoigne bien de cette façon de prendre part émotionnellement à l'échange par le seul repérage de signes plus ou moins explicites, dégagés par l'interlocuteur : la sympathie ou l'antipathie, la méfiance ou la confiance s'y donnent apparemment à lire »⁹⁹. Tout regard humain est à la fois perception et expression de son existence personnelle. C'est également à travers les autres que nous trouvons la reconnaissance de qui nous sommes, grâce à laquelle nous pouvons avoir le sentiment d'exister.

Au milieu du XX^e siècle, des philosophes français tels que Sartre¹⁰⁰, Merleau-Ponty¹⁰¹, Foucault¹⁰², et d'autres, dont certains travaux ont directement influencé Lacan, accordent au regard un rôle déterminant dans notre façon d'être au monde. Selon Sartre, le regard est du côté de l'autre, nous rencontrons l'existence d'autrui par et dans l'expérience du regard, expérience éminemment conflictuelle dans la mesure où elle nous met d'abord à sa merci. « Le regard est une réalité psychique majeure, déterminante, il se présente à l'analyste à la façon de ces éléments de la physique des particules qui échappent à la saisie directe, et il n'a de sens que par rapport aux messages dont il annonce la couleur. »

Freud l'a envisagé dans le circuit de la pulsion partielle, en fonction du fantasme auquel nous avons souvent recours pour s'en défendre. Il en dégage un rôle premier et essentiel du regard qui déclenche une envie de voir et de comprendre ; sous cet angle il incarne la poussée à voir : « par poussée d'une pulsion, on entend le facteur moteur de celle-ci, la somme de force ou la mesure d'exigence de travail qu'elle représente. »¹⁰³

Lacan a travaillé sur les distinctions qui s'imposent en portant son regard sur le représentant de cette poussée. Il faut le situer par rapport au message énigmatique pour lui donner sa véritable signification : c'est un signal qui avertit de la dangerosité du message et qui impose un travail de traduction incessant. « Le névrosé y fait face en construisant un fantasme ou des théories, le pervers en le confondant avec le sexe, le psychotique en lui donnant une forme fantasmagorique, et le créateur en produisant une œuvre. »¹⁰⁴

⁹⁹ LE BRETON D., 1998, p.103

¹⁰⁰ Philosophe français (1905-1980)

¹⁰¹ Philosophe français (1908-1961)

¹⁰² Philosophe français (1926-1984)

¹⁰³ FREUD S., 1915, p.167

¹⁰⁴ BONNET G., 2004, p.468

Le regard est un mot symbolique par lequel nous construisons, nous ressentons et nous exprimons notre identité ; il désigne donc la dimension relationnelle de notre corporéité. Ainsi, le regard est constitué par un ensemble de gestes, d'informations visuelles, de représentations et d'images. Caractéristique de la manière dont nous sommes au monde, il s'implique dans un engagement perceptivo-moteur. Il est propre à l'Homme, à sa psychomotricité ; il se développe alors tout au long de sa vie et concerne en premier lieu les relations de l'être au monde. Le regard n'est donc pas qu'une donnée sensorielle, qu'est la vue, mais plutôt un processus par lequel nous ressentons, nous percevons et nous pensons les choses qui nous entourent. Il est la dimension symbolique d'une sensorialité structurant notre identité. Cette dernière, constituée du monisme corps et psychisme, un tout uni et indissociable, se construit également par la structuration continue de l'image du corps. Dans une influence réciproque, le regard et l'image du corps me paraissent alors en lien.

B. Image du corps et regard

Je m'intéresse ici au développement du regard au travers celui de l'image du corps. Deux notions qui me paraissent indissociables.

Winnicott, suivi par Lebovici¹⁰⁵, nous dit « un bébé seul ça n'existe pas ». Comme nous l'avons vu succinctement dans les descriptions de l'image du corps ; le bébé se développe d'abord dans la relation avec ses parents via le holding* et le handling* de Winnicott, à travers lesquels sa psyché prend corps et où il acquiert la sensation d'habiter son corps. Il ressentira une contenance dans les bras de son parent et à travers son regard, ce qui lui permettra de se sentir contenu et en sécurité pour se développer et devenir sujet.

John Bowlby¹⁰⁶ a mis en évidence l'importance de l'attachement* que l'enfant reçoit de ses parents lors de ses premières interactions. L'attachement et les regards d'autrui que l'enfant va recevoir durant ses premières années vont lui permettre de construire une image de soi distincte de l'autre et de se constituer une identité.

Jacques Lacan¹⁰⁷ développera un aspect important du stade du miroir, en y introduisant une réflexion sur le rôle de l'autre. Dans cette expérience, l'enfant n'est pas seul devant le

¹⁰⁵ Psychiatrie, professeur de psychiatrie et psychanalyste français (1915-2000)

¹⁰⁶ Psychiatre et psychanalyste britannique (1907-1990)

¹⁰⁷ Psychiatre et psychanalyste français (1901-1981)

miroir, il est porté par l'un de ses parents qui lui désigne, tant physiquement que verbalement, sa propre image. Ce serait dans le regard et dans le dire de cet autre, tout autant que dans sa propre image, que l'enfant vérifierait son unité. En effet, l'enfant devant le miroir reconnaît tout d'abord l'autre, l'adulte à ses côtés, qui lui dit « regarde, c'est toi ! », et ainsi l'enfant comprend « c'est moi ». Le regard sera donc un concept fondamental pour Lacan puisqu'il va permettre au semblable d'évoluer à travers cette identification : « l'image de mon corps passe par celle imaginée dans le regard de l'autre ; ce qui fait du regard un concept capital pour tout ce qui touche à ce que j'ai de plus cher en moi et donc de plus narcissique. »¹⁰⁸

Le rôle du miroir continuera d'être exploré par d'autres psychanalystes comme Françoise Dolto et Mélanie Klein¹⁰⁹ qui met en relief l'importance de l'autre pour que l'enfant puisse se reconnaître : « J'ai besoin de l'autre pour me reconnaître, car c'est toute la relation que l'autre a avec lui-même qui va permettre à l'image de mon corps de s'exprimer ou pas ; c'est en ce sens que l'enfant peut s'avancer avec enthousiasme vers l'autre et à la suite d'une réflexion moqueuse de cet autre, être déçu ; en conséquence de ne plus vouloir se montrer sous le même jour à l'autre »¹¹⁰. L'élaboration secondaire de l'image du corps ne peut être reconnue et assurée par nous que par notre perception du regard et du jugement d'autrui. Notre corps n'acquiert une totale réalité pour nous que lorsque notre acceptation du regard et du jugement d'autrui permet de construire une image de notre corps en accord avec la configuration fantasmatique dessinée par nos désirs.

« Nous ne sommes-nous qu'aux yeux des autres et c'est à partir du regard des autres que nous nous assumons comme nous-mêmes »¹¹¹.

C'est le regard des autres qui nous permet de construire notre identité. L'enfant a besoin de ces regard bienveillants et constructifs afin de construire son image du corps et son identité. Je pense que si ces relations primaires sont altérées, le sujet développera alors des difficultés d'intégration de son image du corps, de sa façon d'être au monde et de la construction de son identité. Altération que l'on retrouve chez les sujets atteints de schizophrénie.

¹⁰⁸ Jacques Lacan

¹⁰⁹ Psychanalyste autrichienne (1882-1960)

¹¹⁰ Mélanie Klein

¹¹¹ SARTRE J.-P., 1943

III. Discussion

1. L'image du corps et le regard chez le patient schizophrène

A. Le monde du schizophrène

Le regard est un moyen de construire le monde, de le percevoir et d'interagir avec lui. Dans la schizophrénie, la perception du monde est tronquée. Quel est donc le monde des schizophrènes ? Tout d'abord, je pense que nous pouvons parler de monde propre à chaque sujet ; étant donné que nous le construisons de par nos expériences dans l'environnement qui nous entoure. Il n'y a donc pas de perception du monde commune mais plutôt un même monde perçu différemment par chacun.

Madame F. a grandi dans un milieu familial où les places de chacun dans la filiation sont confuses. La France n'étant pas le pays d'origine de cette famille, l'utilisation du langage français posait problèmes au sein du foyer familial ainsi que dans ses scolarisations. De plus, Martine n'ayant rencontré sa mère qu'à l'âge de 17 ans, un sentiment d'abandon est fortement présent. Ceci me laisse penser qu'il fut difficile pour madame F. de se construire une identité solide. Ayant vécu des maltraitances sexuelles, physiques et d'injustice ; son rapport au corps est également difficile. Son image du corps n'a donc pas pu se développer dans un environnement sécurisant, ne lui permettant pas de se forger des limites corporelles solides. Non regardée par sa mère et par sa famille, non considérée en tant que telle, ses relations à l'autre ont également dû être endommagées. Martine a pu grandir avec une perception du monde négative, c'est-à-dire, dans la souffrance et la peine ; nécessitant l'apparition de délires et d'hallucinations en guise de défense contre ces attaques terrifiantes ; ceci lui permettant de transposer ses angoisses du réel dans ce monde irréel qui lui appartient. J'émet l'hypothèse que l'hallucination de cette femme en robe blanche sans pupille pourrait représenter cette absence de regard et de considération. Ne percevant peu son corps et ayant une identité fragile, madame F. se trouve dans une relation adhésive à autrui. Elle ne peut rester seule et son regard, comme dit précédemment, est intrusif. Je pense que sa difficulté à percevoir ses limites et sa propre identité amènent Martine à la chercher chez l'autre. Son comportement adhésif l'amène parfois à être dans l'imitation de l'autre ; en effet, lorsque je fais un mouvement et que madame F. le fait en même temps que moi, son regard est comme perdu, ne regardant rien. Peut-être considère-t-elle que ce mouvement provient d'elle-même ; qu'elle

effectue ce mouvement à travers mon corps. Ainsi, je pense que madame F. se sent exister à travers l'autre, d'où son regard pénétrant.

Monsieur H., non reconnu par son père à la naissance a toujours été dans la recherche de ce père inconnu. Ce vécu d'abandon est extrêmement présent dans sa vie et représenté dans les thèmes de ses délires. En effet, la relation avec sa mère étant très fusionnelle, ceci m'encourage à penser que l'absence de son père a empêché, ce que Lacan nomme en reformulant le « complexe d'Œdipe » de Freud, le « nom du père ». Il s'agit du père, qui ordonne et interdit, qui, par sa présence en tant que tiers dans la relation symbiotique entre la mère et son bébé, va amener ce duo à se séparer progressivement pour lui laisser place et inscrire une triangulation dans la relation. Alain reconstitue ce vécu dans ses hallucinations où il ressent ce besoin du père. Peu d'éléments de son anamnèse nous indique l'environnement dans lequel il a grandi. Beaucoup de ses délires remettent en cause son identité tant sexuelle que dans la filiation ; ce qui me laisse penser que ce défaut de construction de son identité, éventuellement par un manque d'identification paternelle, lui a peu permis de prendre confiance en lui, d'où cette timidité et sa difficulté de prise d'initiative. De plus, plutôt dans une attitude de repli, Alain n'a sûrement pas investi la découverte de son corps et de son environnement. Il aurait alors peu de connaissances sur ce qui l'entoure mais également sur son corps. Ainsi, son image du corps serait peu structurée et ses limites corporelles fragiles, voire quasi-inexistantes. La relation se montre également difficile ; son identité étant peu solide, la confrontation à la présence de l'autre pourrait être une expérience angoissante pour monsieur H., peut-être ressent-il une intrusion du regard de l'autre, comme si le regard d'autrui outrepassait ses limites, d'où cet évitement du regard.

Chez ces deux sujets, le développement psychomoteur a été perturbé par les événements de leur enfance. Ainsi, le corps étant peu investi et ayant parfois subi des maltraitances, la structuration de leur image du corps ainsi que de leurs limites corporelles a été altérée. Le désinvestissement de leur corps rend difficile la découverte de l'espace, la curiosité envers l'environnement et les échanges de regard avec autrui, donc la découverte de l'autre et des relations. C'est pourquoi, leur perception du monde me paraît pauvre et confuse. La dissociation étant très présente, elle provoque des difficultés à faire des liens et renforce ainsi la perception d'un environnement confus. De plus, la difficulté à trouver leur place dans leur famille, dans la société puis dans le monde met à mal la construction de leur identité. Le monde du schizophrène est propre à chaque sujet, il est néanmoins angoissant ; les délires

pouvant être la défense face à cette insécurité. Ceux-ci, provoquant une perte de contact avec la réalité qui altère leur rapport, leur perception et leur place dans le monde. « La croyance se met toujours en perspective sur le collectif ou mieux, sur l'humainement commun : elle demande, ne fût-ce que virtuellement, à être partagée. Cela fait que pour les propos des schizophrènes l'idée réelle "croyance" ne nous vient guère à l'esprit. [...] Cela ne signifie point évidemment qu'il n'y croit pas et qu'il cherche à nous induire nous ou lui-même, en erreur, à nous tromper. Le tout se situe sur le plan d'existence que "être un schizophrène" réalise »¹¹². Cette croyance délirante se trouve sur un fond d'incroyance collective... Jeanine Chamond¹¹³ illustre cet *être-dans-le-monde* du schizophrène : « dans une existence en défaut de continuité, où rien n'est véritablement arrimé, il est condamné à une errance, tout à la fois temporelle, spatiale, identitaire, langagière, à la marge du monde commun. Non légitimé dans l'institution symbolique, sans arrimage dans le temps de la communauté, sans parvenir à faire expérience, il est aussi privé de la justification de soi que donne l'expérience naturelle du monde. Son drame peut prendre le sens d'une illégitimité à exister. »¹¹⁴

Les schizophrénies, maladies de l'existence, mettent à mal les relations au corps, à l'environnement et à l'autre. La sensation d'exister, qui pour moi est la manifestation de l'identité, se trouve altérée et provoque des vécus angoissants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur corps, je dirai même de leur être. En guise de protection, ces sujets se retrouvent alors dans un repli, un évitement de ces angoisses ou bien dans l'adhésivité à l'autre en collant à cette identité qui devient sienne. L'identité se développe et se solidifie grâce à la structuration de l'image du corps, c'est pourquoi les regards de ces patients me semblent témoigner de l'altération de leurs images du corps.

B. Défaut de contemplation, problématique du sujet regardant

« Dans la psychose, le regard se fait réalité, il prend corps dans des hallucinations, des idées délirantes, et on assiste à un investissement de l'énigmatique pour lui-même, de l'ésotérique pur, qui se transforme alors en mystère. C'est pourquoi il est si nécessaire de le situer à sa vraie place : c'est un simple signal, qui, à la différence du signal d'angoisse, renvoie à un message accessible mais problématique. L'impression produite par le regard tient

¹¹² MINKOWSKI E., 1999, p.402

¹¹³ Psychologue française

¹¹⁴ CHAMOND J., 1999, p.323

en effet toute entière à l'émergence de ce message, à sa proximité et à la possibilité enfin de l'affronter pour lui-même. Lorsque je me sens regardé, c'est parce que l'un ou l'autre message domine la scène, et que le moment est venu de me laisser à nouveau questionner au lieu de chercher à éteindre le clignotant ou bien de l'affecter à d'autres sources qui n'ont rien à voir avec lui »¹¹⁵. Ce message me paraît être la perception de l'afférence sensitive qu'est la vision, soit l'activation de représentation du stimulus visuel permettant son identification, sa localisation et son interprétation. « La composante affective et individuelle [...] s'associe au travail perceptif. La confrontation avec l'expérience de l'autre contribue à générer des compétitions dans les représentations, modifiant leur contenu. »¹¹⁶

Selon Ariane Bilheran¹¹⁷, le sujet schizophrène est envahi par un morcellement d'identités. Monsieur H. est fils d'une actrice, la fille d'une autre actrice, puis à nouveau un homme, tout à la fois. Pas de liens entre ces différentes identités, la séparation entre soi et autrui, entre son propre corps et celui de l'autre ne s'opère pas bien. Ces deux patients ont l'impression que d'autres personnes pénètrent à distance dans leur cerveau et contrôlent leurs pensées. Madame F. ayant également l'impression qu'elle peut lire dans les pensées des autres. L'adhésion au délire est inébranlable et excessive, elle donne au sujet l'assurance qu'il ne délire pas. Le délire ne pourra être critiqué que dans son après-coup. Il n'y a plus d'ouverture au monde. L'identité étant le produit d'un croisement de regards sur soi, et de regards que chacun veut poser sur soi-même ; elle ne s'acquiert plus par le regard de l'autre. Le regard a un pouvoir fondateur ou destructeur de l'identité. Dans la schizophrénie, il s'agit de problématiques identitaires de l'énonciation, c'est-à-dire la charge affective que le sujet prend par rapport à lui-même dans le langage au lieu de porter son intérêt sur la question de la vérité de ce qui peut être dit. C'est cela qui permet de distinguer les « jeux de rôle », où l'on emprunte de multiples identités sans en être dupes, des rôles que l'on s'attribue et auxquels l'on adhère sans critique et sans le besoin de la validation du regard d'autrui.

Ce moyen de contact et de communication, moyen de sollicitation, perd ce rôle dans la schizophrénie. Ce qu'il voit, ce qu'il dit et ce qu'il fait n'est pas dans une recherche de contact mais plutôt une recherche de protection, de défenses contre ses angoisses. Selon Bleuler, cité par Eugène Minkowski¹¹⁸, « Les schizophrènes les plus avancés qui n'ont plus aucun rapport

¹¹⁵ BONNET G., 2004, p.467

¹¹⁶ ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY GIROMINI F., 1996, p.27

¹¹⁷ Psychologue et écrivain française. BILHERAN A., 2015, p.6-8

¹¹⁸ Psychiatre et philosophe russe puis français (1885-1972)

avec l'ambiance vivent dans un monde qui n'est qu'à eux. Ils s'y sont enfermés, pour ainsi dire, avec leurs désirs qu'ils imaginent réalisés ou avec la souffrance résultant des persécutions dont il se croient victimes. Ils limitent leur contact avec le monde extérieur au strict minimum. »¹¹⁹

C. Le sujet interpellé, problématique du sujet regardé

« L'œil est ce qu'il voit et il est vu par ce qu'il voit : telle est la structure d'inclusions réciproques qui définit la vision dans le système schrébérien »¹²⁰. Lorsque le sujet voit, il est vu. Ce contact visuel engage une certaine relation à l'autre.

« Si le délire se confond avec la vision jusqu'à adhérer à son mode de fonctionnement, la vision, elle, ne relève pas moins de la relation de dépendance hypnotique, impliquant la possibilité de lire la pensée [...]. Relation où les yeux dans les yeux, sans le moindre recul possible parce que l'espace pourvu de profondeur s'est déjà évanoui, deux volontés s'affrontent avant que l'une ne cède à l'autre, subjuguée. Magie du regard traversant et traversée par un autre regard, de la distance qui disparaît en même temps que l'autre, de l'objet devenu le reflet de lui-même. A perte de vue, l'œil se voit dans l'œil qui le voit en se voyant dans l'œil qui le voit ... »¹²¹. Il s'agit ici de la notion d'identité que le sujet schizophrène emprunte dans l'autre. L'autre le regarde, le sujet est vu mais ce qu'il voit ce n'est pas l'autre mais lui-même. Ce regard se retrouve chez Martine, tant dans son regard que dans ses gestes adhésifs à l'autre, sans distances entre elle et autrui. N'ayant pas de limites corporelles solides, elle ne différencie que trop peu son dedans du dehors, tant corporel que psychique. Madame F. adhère alors à l'identité de l'autre, elle devient l'autre. « La vision dans l'expérience schrébérienne n'est pas seulement le point de convergence de l'ensemble du délire, elle est aussi le lieu où s'exaspère la problématique du dedans et du dehors. »¹²²

D'autre part, la perte de contact avec la réalité ainsi que le repli autistique, retrouvés dans la schizophrénie sont les causes de confusions dans la compréhension des codes sociaux et des règles de vie en société. Ceci engendrerait alors des difficultés au quotidien dans leur autonomie ainsi que dans leur relation aux autres. Selon Nicolas Franck¹²³, on retrouve un

¹¹⁹ MINKOWSKI E., 1997, p.145

¹²⁰ SAMI-ALI, 1984, p.56

¹²¹ *Ibid.*, p.61-62

¹²² *Ibid.*, p.62

¹²³ Professeur des universités et Praticien Hospitalier britannique ; FRANCK N., 2015

trouble de la compréhension des intentions d'autrui dans la schizophrénie qui serait sous-tendu par des difficultés d'attribution d'actions ou d'intentions pour soi ou autrui. Je pense également aux délires, souvent à thèmes de persécution, que l'on retrouve chez ces deux patients. Par exemple, monsieur H. perçoit les regards d'un groupe de personnes dans la rue tournés vers lui, il interprète ces regards comme moqueurs et accusatifs ; il va également les entendre, par des voix dans sa tête, disant du mal sur lui. Ce vécu douloureux, conséquence d'une interprétation faussée d'une situation banale, renforce le repli d'Alain qui va alors baisser la tête et fuir cette situation angoissante.

Ainsi, en fonction de la structuration de l'identité du sujet, la solidité de ses limites corporelles et finalement de son image du corps, l'interprétation donnée à ce qu'il voit du regard de l'autre, soit sa perception, sera caractéristique d'une identification adhésive pour madame F. et d'un sentiment d'intrusion et de persécution pour monsieur H.

2. Les enjeux de ces troubles dans la relation

« Si l'homme est menacé, il se défend ; parfois, en attaquant celui qui le menace ; parfois en l'ignorant. Cette ignorance peut rester sur un plan strictement psychique, comme Freud l'a montré par rapport au refoulement chez le névrosé. Mais dans les situations plus graves où la menace pesant sur la vie devient insupportable, il y a toujours la possibilité d'une fuite, c'est-à-dire d'une évasion dans l'espace. »¹²⁴

A. Comportements

Cette fuite, nous la retrouvons dans les délires, les hallucinations et les changements d'identité qui rassurent en donnant une explication moins douloureuse et plus acceptable de l'évènement vécu. Madame F. voit ce groupe de personnes l'accusant de torturer des animaux, ne serait-ce pas une protection de sa propre culpabilité en voyant d'autres l'accuser de ce dont elle s'accuse elle-même ? Monsieur H. ne projette-t-il pas son manque de confiance en lui en attribuant ses propres réflexions aux personnes dont il interprète le regard ?

¹²⁴ PANKOW G., 2006, p.165

Les regards que ces sujets donnent et reçoivent provoquent des modifications de leurs états. C'est le cas pour tout être humain ; un contact transmet des choses et c'est ce que nous allons faire de ces ressentis qui permettra l'émergence d'une réponse. Le regard dans la schizophrénie, évoqué dans les parties précédentes, provoque des difficultés d'adaptation dans la relation. Si le message est interprété comme dangereux, le sujet adaptera son comportement pour se protéger ; telle que Martine qui, lors de l'atelier « en rythme », se trouve en difficulté dans une proposition, peut-être trop complexe, va s'affaler sur sa chaise et poser son regard au sol, comme si elle ne regardait plus rien, qu'elle rompait le contact avec l'environnement. Ceci me paraît être une fuite de la situation. Il est également arrivé, dans le même cas de figure, que madame F. quitte la salle en plein cours d'une proposition. De surcroît, certaines réactions peuvent être agressives, mais sont encore fois, les manifestations de leur défense.

C'est donc dans les comportements, voire les bizarreries, que l'on peut observer cette difficulté d'adaptation à l'autre dû à la perception que le sujet se fait de l'autre et de ses actions. Cependant, la confiance peut s'instaurer entre sujets et me paraît alors atténuer les angoisses de l'environnement relationnel. Ce qui laisse aux patients la liberté de s'exprimer, voire de se confier, telle que madame F. auprès d'autres patients du centre de jour.

B. Distances interpersonnelles

Par distances interpersonnelles, j'entends la distance idéale d'échange avec autrui. Elle varie en fonction des affinités que nous avons avec la personne en face de nous. S'il s'agit d'un proche, personne avec qui nous partageons une forte affinité, la distance que nous prenons entre nos deux corps peut être courte, visages rapprochés, jusqu'à un contact tactile sans que cela ne nous dérange. A l'inverse, lorsqu'il s'agit d'une personne étrangère, une courte distance entre nos deux corps ainsi qu'un contact tactile peuvent nous mettre mal-à-l'aise. Encore une fois, les caractéristiques de ces distances sont propres à chacun. Certaines personnes sont plus tactiles que d'autres par exemple. Néanmoins, nous avons en commun cette idée que si ces distances interpersonnelles sont dépassées par un interlocuteur, le malaise peut s'installer et une réaction manifestera alors ce désagrément.

Selon Edward Twitchell Hall¹²⁵, la perception de l'espace est dynamique parce qu'elle est liée à l'action. Il introduit la notion de « proxémie » désignant « l'ensemble des observations et théories que l'Homme fait de l'espace en tant que produit culturel spécifique »¹²⁶. Il définit quatre types de distances dont la plupart des mécanismes liés à leur saisie se produisent inconsciemment. Le passage de l'une à l'autre est marqué par des modifications sensorielles telles que la chaleur corporelle par exemple. Il s'agit de l'intime (moins de 40 cm), le personnel (de 45 à 125 cm), le social (de 120 à 360 cm) et le public (au-delà de 360 cm). Les mesures exactes de chaque type et la place des limites correspondantes varient en fonction de la personne et de la culture.

J'estime que les distances interpersonnelles concernent également le regard. Nous pouvons être troublés lorsque quelqu'un nous fixe dans les yeux sans rompre ce lien, peu importe la raison, il pourrait s'agir d'une provocation ou d'une personne en train de penser. Lorsque nous discutons, nous lâchons de temps en temps ce contact d'œil à œil dans le respect de l'autre, pour ne pas le mettre mal-à-l'aise.

Dans les schizophrénies, nous avons vu que la relation à autrui est souvent coupée ; le sujet s'enferme dans son monde en réduisant son contact avec le monde extérieur au minimum. Néanmoins, lorsqu'il y a de la relation, celle-ci est souvent gênante et non-adaptée entre les interlocuteurs.

Prenons l'exemple de madame F. ; lorsque celle-ci s'adresse à moi et que je ne la regarde pas, ses phrases sont plus ou moins construites. Tandis que lorsque je tourne mon regard vers elle, son regard pénètre dans le mien et Martine ne parle plus. Nous savons que ses limites corporelles sont fragiles, ce pourquoi je pense que pendant cet instant où elle ne parle plus, ses pensées sont interrompues par une nouvelle sensation ; elle trouverait des limites en moi dans lesquelles elle pourrait se sentir contenue. Ainsi, les distances interpersonnelles de Martine me paraissent trop étroites et dérangementes pour celui qui les reçoit. En effet, la sensation d'être pénétré par le regard de l'autre me provoque un ressenti d'intrusion, jusqu'à ne plus être certaine que mon corps n'est habité que par moi. C'est pourquoi je me sens mal-à-l'aise face à ces regards.

¹²⁵ Anthropologue, sociologue américain et professeur à l'université (1914-2009)

¹²⁶ HALL E. T., 1978, p.13

Dans le cas de monsieur H., lorsqu'il discute avec la psychomotricienne et moi-même, son regard est souvent dirigé vers le sol. Lorsqu'il choisit un siège, celui-ci se trouve le plus loin de nous. Ses distances interpersonnelles me paraissent être larges. Ceci me donne l'impression que s'il était possible d'agrandir la pièce pour qu'il puisse se reculer encore, il le ferait. Ses limites corporelles étant également fragiles, le contact de l'autre me paraît être angoissant pour Alain. En attitude de repli, il regarde souvent le sol et ne bouge plus, nous devons l'appeler à plusieurs reprises pour qu'il reprenne contact avec le groupe et l'activité proposée.

Ainsi, je reprends l'exemple de l'atelier « en rythme » ; séance pendant laquelle monsieur H. et madame F. ont croisé leurs regards. Il me semble que Martine ne parlait plus jusqu'à ce qu'Alain détourne son regard en exprimant que cette situation n'était plus possible pour lui. J'ai senti le malaise monter en lui, tandis que madame F. riait d'un rire particulier. Je pense que monsieur H. s'est senti pénétré par le regard de madame F, vécu angoissant auquel il a répondu du rejet et s'est replié sur lui, dirigeant à nouveau son regard vers le sol. Quant à elle, Martine n'a peut-être pas trouvé de limites dans le regard d'Alain, d'où ce rire qui pourrait être l'expression d'une anxiété, telle qu'une réaction de prestance*.

Enfin, ces distances interpersonnelles propres à ces deux patients, ne sont pas adaptées à celle de l'interlocuteur face à eux. En effet, ces patients ont ce regard avec beaucoup de personnes. Je n'ai pas pu les observer en dehors du centre de jour. Je ne sais donc pas comment Alain regarde sa mère, ni comment Martine regarde ses tantes par exemple. Cependant, ils prêtent ces regards aux soignants et aux patients du centre de jour, sans nuances dans les distances et peu importe leurs différentes affinités. Je pense ainsi que cette altération de leurs distances interpersonnelles est également en lien avec l'altération de leurs images du corps. En effet, s'ils ne sont pas contenus dans leur corps, les échanges avec l'extérieur se trouvent insécures et angoissants, leur corps risque d'entrer dans l'autre, dans le cas de Martine ou, dans le cas d'Alain, se faire pénétrer par toute personne qui croise son regard ... qui le touche peut-être ?

3. Les bienfaits de la psychomotricité quant à l'image du corps et le regard : vers un corps unifié et en relation

« La psychomotricité reste le moyen premier et fondamental de l'expérience du corps, mais la connaissance qui en est issue, du sentiment au concept, résulte conjointement d'une assimilation affective et polysensorielle, la prise de conscience de son unité morphologique passe par le chemin de son individuation effective. »¹²⁷

A. Image du corps

La psychomotricité, dans le sens de la thérapie, est le médiateur par lequel se fait l'articulation entre le corps psychique et le corps somatique. Elle permet au corps de communiquer sur un mode conscient et inconscient. Les expériences et le vécu émotionnel de chaque séance, sont imprimés dans le corps de chacun et s'expriment de façon interactive tout au long de la séance. Le champ de la thérapie psychomotrice est le champ de la thérapie du lien entre le corps et la psyché. Comme nous l'avons vu, la schizophrénie est une illustration flagrante de la rupture de ce lien et où les troubles psychomoteurs témoignent de cette dissociation. Ce sont les temps de parole entre les participants de l'atelier, la psychomotricienne et moi-même, qui consisteront à mettre des mots sur les propositions de mise en mouvement, sur les sensations et les émotions, ainsi que de commenter l'éprouvé corporel qui s'en dégage. Ils permettent à nouveau de faire du lien entre une sensation, sa perception, une pensée, une image...

Eric Pireyre¹²⁸ évoque le rôle de l'intervention psychomotrice, « par la prise de conscience du corps, elle mobilise le patient aux niveaux sensoriels, affectif et relationnel, conscient et inconscient. Elle facilite l'identification des perceptions, l'émergence d'émotions et de représentations. Elle propose la mise en mots des vécus corporels et peut relier ces vécus à d'autres pans de la vie du patient. Elle accompagne la mise ou remise en route de capacités d'introspection. Elle encourage la subjectivité. »¹²⁹

Le travail que nous effectuons lors de l'atelier « en rythme » a pour but d'enrichir la psychomotricité de chacun en étayant la prise de conscience des sensations corporelles, de

¹²⁷ WALLON H., 1987

¹²⁸ Psychomotricien français, directeur de l'Institut de formation des psychomotriciens de Lyon 1 et professeur à l'université.

¹²⁹ PIREYRE E., 2015, p 20.

favoriser la verbalisation et les liens, ainsi que de développer les relations aux autres en consolidant l'identité des sujets par le vécu et l'expression de leur subjectivité. La première partie de la séance, qu'est le réveil corporel, vise à percevoir les os, les muscles et les articulations dans le mouvement, puis la peau par des automassages avec une balle ; ceci afin de ressentir l'enveloppement de toute ces sensations par celles de la peau. Suite à cette proposition, les verbalisations des patients semblent exprimer des sensations de bien-être : « je me sens léger », « d'habitude j'ai mal ... je me sens compressée ... là, c'est parti... », « je me sens détendu ». Cette partie vise à enrichir l'image du corps des patients afin de leur permettre de ressentir leur corps comme une unité solide.

Plus les séances s'enchainent et plus les patients osent proposer de nouveaux mouvements, prendre la parole pour parler de leur vécu. Les mots utilisés pour exprimer leurs vécus sont plus précis et tendent à exprimer la sensation de contenance. Suite à cette partie, les patients me semblent également plus disponibles pour les propositions de mouvements et de rencontre. Je le rappelle, se représenter son corps, c'est intégrer ses expériences corporelles, se les approprier à la fois du point de vue de la connaissance, de l'émotion, de l'affect et dans la relation à l'autre. Le travail de l'image du corps que nous faisons dans cette première partie m'encourage à penser qu'elle permet aux patients d'être présent dans leur corps tant physiquement que psychiquement, avec une distinction moins floue de leurs limites corporelles, entre le dedans et le dehors ; d'où le fait qu'ils apprécient les sensations de cette proposition, leurs angoisses corporelles étant surement atténuées puisqu'il y a prise de conscience d'un corps délimité. Ainsi, ce travail de l'image du corps permet de renforcer leur enveloppe corporelle.

C'est ce travail du corps, permettant de prendre plaisir dans les mouvements, en ressentant son axe, son enveloppe corporelle, son unité, que la solidité psychique peut s'installer. « Au fil des séances, l'expérience de la perception du corps propre, accompagné sans intrusion par le thérapeute, débouche sur la conviction du patient qu'il a des sensations, qu'il peut les provoquer et s'en rendre maître, y trouver du plaisir »¹³⁰. Ceci me semble amener les patients à restructurer leur identité corporelle afin qu'elle soit rassurante et permette la prise d'initiative, l'envie de bouger, l'envie de vivre. Ce travail ne peut se résumer qu'à l'image du corps. Il a été effectué en groupe ; comme nous l'avons vu, la relation aux

¹³⁰ POUS G., 1995, p.148

autres a également un rôle très influent sur la structuration de l'identité.

La thérapie corporelle constitue une situation de rencontre entre des vies, des histoires. Elle ne peut être neutre, surtout quand le corps, témoin des souffrances et des contradictions de l'être humain, est en jeu. Au fil de chaque séance nous vivons avec les patients des expériences communes, nous ne pouvons rester neutres, chaque personnalité et sensibilité vont ainsi influencer la relation.

B. Relation dans le groupe

a. Le cadre

Nous venons de le voir précédemment avec le travail de l'image du corps, la notion de contenance a une grande importance dans la consolidation de l'identité des patients. Quelques propos sur le cadre me paraissent alors intéressants, puisque nous y trouvons également un aspect de contenance, cette fois-ci matériel et symbolique.

Le cadre représente le lieu et l'horaire de la séance. Il rassure les patients car il trouve une régularité dans la séance, tel un rituel. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »¹³¹. De plus, le lieu va permettre aux patients de s'habituer puis de se sentir en sécurité pour pouvoir exprimer en toute confiance leurs émotions. Le cadre permet également l'abaissement des angoisses. Il représente le rythme de l'activité et les règles qui sont appliquées, comme retirer les chaussures avant de franchir le tapis de début de séance. La psychomotricienne et moi-même faisons partie du cadre puisque nous avons le rôle d'animer la séance, d'instaurer les règles et de maintenir la sécurité de l'atelier. Le cadre a une fonction de contenance que je rapprocherais des fonctions du concept de Moi-peau d'Anzieu, car il existe pour les deux une délimitation entre un dehors et un dedans, entre une présence et une absence. « Le cadre et la règle jouent un rôle de contenant et instaure un système de pare-excitation. Les limites de sécurité sont garanties par le thérapeute dans le cadre. »¹³²

Le cadre est commun à tous les participants de l'atelier, également pour la psychomotricienne et moi-même. Ce qui nous met déjà dans une expérience commune, créant

¹³¹ POTEL C., 2012, p.321

¹³² DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., 1999, p.174

alors le groupe. La relation à travers celui-ci se manifestera dès les premières interactions tant motrices que verbales.

b. Le transfert

Le transfert est un concept psychanalytique découvert par Freud. Il qualifie la relation particulière qui unit le patient à son analyste. Il est vu dans un premier temps comme un simple déplacement d'affects d'une personne à l'autre. Dans la théorie psychanalytique, chaque individu reproduit sans le savoir des émotions et des scénarios installés au cours de l'enfance et refoulés. La cure psychanalytique amène à réactualiser ces mouvements psychiques anciens en transférant les affects positifs ou négatifs, associant amour et haine, sur l'analyste. Le processus est très complexe, il ne s'opère pas sans résistances de telle sorte que, selon Freud, l'analyse du transfert est d'abord celle de ces résistances. Le transfert recouvre donc l'ensemble des sentiments positifs et négatifs ressentis par le patient à l'égard de l'analyste, en tant qu'ils sont la transposition d'une relation ancienne. Selon Jean David Nasio¹³³, « avant d'être un élément crucial de la cure analytique, le transfert est avant tout un phénomène humain qui s'éprouve à des degrés variables dans les relations entre les individus. »¹³⁴

En psychomotricité, c'est par le corps du psychomotricien et sur ce qu'il témoigne de ses images inconscientes que se fait le transfert ; le corps étant le support de son état d'intégration psychique. Dans son ouvrage *corps du vide et espace de séance*, Pierre Fédida¹³⁵ amène l'idée que le corps du thérapeute doit devenir la métaphore corporelle du corps du patient, ce qui suppose une grande capacité à supporter les identifications et contre-identifications qui jouent de l'un à l'autre. Il s'agirait d'être pour le patient, le visage maternel qui renvoie son écho et les identifications projectives pathologiques dont nous sommes le support pour nos patients. On renverrait alors à nos patients une image personnelle de notre corps dégagée de ses identifications pathologiques inconscientes, c'est pourquoi il est important que nous soyons au clair avec notre propre corporéité et son inscription dans notre histoire. Ceci se fait par notre inscription dans un large éventail d'expériences corporelles vécues et perçues, c'est-à-dire pensées. En tant que psychomotriciens, nous avons donc à

¹³³ Psychiatre et psychanalyste franco-argentin

¹³⁴ NASIO J. D., 2012

¹³⁵ Psychanalyste et relaxateur français

réfléchir notre approche qui sera le vecteur de ces transformations, via l'engagement des corps dans l'échange et dans l'action. Ainsi, nous pourrions accompagner nos patients là où ils ont besoin d'être vus et ressentis, d'abord dans ce monde de l'informe où l'on assiste impuissant à leur agonie, puis dans une progressive restauration qui leur permet de se saisir d'une autre identité via la nouvelle spécularisation que nous leur proposons et les identifications qui en découlent.

Ainsi, notre travail trouve ses meilleurs ajustements dans l'expérience personnelle d'une thérapie corporelle éclairée de ces dimensions transférentielles. Ce cheminement nous permet de se questionner sur les points aveugles suscités dans notre psychisme par celui de nos patients ; en élaborant dans notre histoire personnelle ce qui nous entraîne vers ce rôle de « soignant » et ne pas s'enfermer dans l'illusion réparatrice qui peut nous conduire à ignorer la complexité de la relation que nous instaurons avec nos patients lorsque nous leur proposons des expériences corporelles. La remise en question et la réflexion engagées par le partage clinique et théorique avec les professionnels de l'institution ainsi que dans la lecture des écrits qui nous transmettent le cheminement de nos pairs, nous pouvons également y trouver une ouverture de notre travail à la dimension symbolique qui doit le guider.

Enfin, dans l'intérêt des patients, le rôle du psychomotricien dans ces dimensions transférentielles est de permettre aux patients de se sentir en sécurité et leur offrir un espace dans lequel ils peuvent projeter leur identité afin de la renforcer. « Le contact et l'échange, ça aide, calme, soulage, fait du bien et permet de se « décharger ». C'est l'aspect contenant de la relation de soins. [...] Le fait de « vider » ses sentiments négatifs sur le soignant est facteur d'apaisement »¹³⁶. Ainsi, ce rôle de soignant a une fonction de contenance, dans laquelle le patient va pouvoir se reconstruire avec des bases narcissiques plus sécurisées. Ils pourront exprimer leur identité propre dans la relation et se sentir sujet parmi les autres.

« Le lien établi entre le sujet et le soignant est basé sur l'écoute, l'attention, la bienveillance et le respect. En utilisant le corps comme pivot de la relation il permettra de restituer un dialogue entre le patient et le monde qui l'entoure. Prendre conscience du bien-être apporté par l'autre est une étape vers la reconstruction de soi. »¹³⁷

¹³⁶ BONNET C., FONTA A., HURET J., ..., 2007, p.133-134

¹³⁷ ÉVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES, 2006, p.8

c. Les autres

La relation entre patients et soignants permet, comme nous venons de le voir, d'associer un aspect contenant aux séances. Les patients ont alors la possibilité de livrer quelque chose de leur personnalité faisant évoluer les séances. Cet atelier étant un groupe ; les relations entre les patients ont aussi leur importance dans la structuration de leurs identités respectives. Bien entendu, cet atelier propose de travailler ce renforcement identitaire, mais ce dernier est constamment en remaniement de par les expériences de chacun avec l'environnement relationnel.

Il me semble intéressant ici de développer la notion de *pathos humain* d'Eugène Minkowski. Il s'agit de la psychopathologie définie donc comme une psychologie du *pathos humain*. Ce dernier serait une réflexion sur la souffrance des assises de la personne humaine, où l'angoisse, l'affectivité, l'expression, la spontanéité, l'authenticité trouvent leur place. Etant une psychologie de l'être humain, elle se réfère à une conception anthropologique. « Nous appartenons à un groupe, à une collectivité, à une profession, à une corporation, et les liens qui rattachent les divers membres d'un groupe seront plus ou moins extrinsèques (lieux, temps, histoire, filiation). [...] En dépassant ce qui se situe dans le temps et dans l'espace, ce qui n'est que conditions et circonstances, il touche au lien qui, d'une manière primitive et intrinsèque cette fois-ci, unit les êtres humains en en constituant la commune mesure »¹³⁸. C'est donc le social qui marque sa conception anthropologique. « C'est l'humainement commun qui prime, et de loin, les individus isolés »¹³⁹. Ceci constitue la réalité humaine que Minkowski appelle l'*ambiance* et que l'on retrouve donc dans les relations. « Loin de moi la tendance à suspendre le psychique dans le vide. Je crois seulement que le « psychique » trouve son fondement non uniquement dans les relations organo-psychiques, mais encore dans les primitives et fondamentales relations interhumaines. »¹⁴⁰

Comme nous l'avons vu tout au long de cet ouvrage, les sujets schizophrènes ont des difficultés à être dans la relation ; d'où l'objectif de cet atelier. Je souhaite ici citer Sven Follin¹⁴¹ sur le concept de *contact vital* afin d'affiner la réalité de ce trouble. « Il faut souligner ici le terme vital, car ce que le schizophrène perd, ce n'est pas la possibilité d'un

¹³⁸ MINKOWSKI E., 1999, p.78

¹³⁹ *Ibid.*, p.123

¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 29

¹⁴¹ Psychiatre français (1911-1997)

simple contact sensoriel avec l'ambiance mais la dynamique de ces contacts, c'est à dire tout ce qui fait le caractère vivant de la relation du sujet à autrui »¹⁴². Je mettrais l'accent sur la dimension sociale de cette notion provoquant la rupture avec le monde humain.

Les propos de Minkowski appuient mon hypothèse dans le sens où élaborer un travail de groupe, tel que l'atelier « en rythme », permet aux patients de trouver leur place dans ce groupe. Un atelier permet de vivre des expériences communes, il amène certains à mieux se connaître, à se comprendre et à comparer leurs ressentis. Ainsi, un sujet peut se sentir différent d'un autre de par ses capacités et son vécu, mais il ressent sa place dans le groupe en étant attendu, interpellé, encouragé, etc. Les patients apprennent alors à se découvrir eux-mêmes grâce aux autres. Leur identité propre me semble se structurer. Certains patients osent s'affirmer lors de discussions, ils peuvent donner leurs avis et se positionner sur un mode de pensée. Je pense ici à monsieur H. qui, malgré sa timidité, semble désormais prendre un certain plaisir à exprimer, devant le groupe, ses pensées et son avis sur les thèmes des musiques. Néanmoins parfois, la libre expression de sa pensée peut engendrer des conflits entre patients ; il s'agit pour moi d'une évolution qui, au lieu d'enfermer le patient dans un repli, dans une perte de vitalité, lui permet désormais d'exprimer ce qu'il pense et ce qu'il ressent. La dissociation reste présente dans certains discours et comportements, néanmoins, je perçois une augmentation de l'expression de leur personnalité et de leur identité.

Ainsi, le travail de groupe permet la resocialisation par la rencontre, la sensation d'être avec les autres, le partage d'expériences communes et consoliderait alors l'identité des patients.

C. Regard, témoin de l'identité et vecteur de la communication

La structuration de leur image du corps ainsi que de leurs limites corporelles est renforcée et se perçoit par l'investissement de leur corps dans les mouvements, les sensations mais également par leur engagement dans l'espace. Les échanges avec les autres sont également favorisés. De par le cadre et l'enveloppe groupale, les patients se permettent parfois un lâcher prise de leurs tensions et tendent vers une curiosité des activités que nous proposons ; ils s'intéressent également à la manière dont les autres patients exécutent la

¹⁴² FOLLIN S., Avant-Propos, dans MINKOWSKI E., 1997, p. I-II

proposition. C'est le cas, par exemple, lors des propositions en binôme où, avant chaque changement, nous prenons le temps de discuter en binôme pour partager nos différents ressentis. Ainsi, un intérêt pour l'autre apparaît doucement.

Il peut arriver que monsieur H. et madame F. fassent du lien entre la séance actuelle et une proposition de la semaine précédente. Ils peuvent également lancer un sujet de conversation et l'investir. Leur perception du monde semble s'enrichir et leur dissociation s'atténuer. De plus, le fait d'avoir trouvé place dans le groupe leur permet d'être plus à l'aise dans les prises d'initiative et de parole. Cependant, lorsqu'un événement négatif survient dans leur vie, ils sont susceptibles de retrouver leurs difficultés d'adaptation, voire d'arrêter leur traitement et de faire un épisode délirant aigu. Ce fût le cas de madame F. en décembre, à la date d'anniversaire de son ancienne relation avec Paulo. Elle fût hospitalisée durant une semaine. Je perçois ceci comme une évolution de ces patients qui reste fragile et qui se doit d'être renforcée. Mais ceci prend du temps, plusieurs années sont nécessaires pour solidifier le rendu de ces évolutions et permettre au patient d'être plus autonome et adapté dans sa relation à lui-même et aux autres. « La relation de soin en psychiatrie est l'une des plus longues qui soit en médecine. Certains patients sont en effet suivis pendant vingt ou trente ans par le même médecin ou la même équipe soignante. [...] Cette relation est d'une grande complexité et ce, d'autant que les soignants considèrent comme thérapeutique le fait que cette relation survive aux « attaques » de la maladie psychotique, aux rechutes, aux passages à l'acte. »¹⁴³

Le travail de la psychomotricité effectué lors de l'atelier a permis de renforcer l'image du corps des patients et de restructurer leur identité. La sensation d'exister, ressentie à travers cette nouvelle identité psychocorporelle plus ou moins solide, abaisse les angoisses liées aux corps mais également à l'être dans toute sa psychomotricité et dans sa relation au monde, tant dans l'espace que dans le rapport aux autres. Je pense que cette diminution des angoisses permet, en collaboration avec la prise du traitement antipsychotique, un abaissement des délires et des hallucinations. Permettant ainsi de rendre au regard, contenu dans un corps mieux perçu et délimité, son rôle de communication. A certains moments, madame F. peut se dégager du regard de l'autre et critiquer ses propres mouvements, « je bouge mon bras plus vite que vous ... je tape trop vite... », sans pénétrer le regard de l'autre ou adhérer à ses mouvements. Ceci arrive principalement suite au réveil corporel, moment où son enveloppe

¹⁴³ BONNET C., FONTA A., HURET J., ..., 2007, p.138

corporelle est fortement ressentie. Quant à lui, monsieur H. se trouve dans un repli atténué ; il communique beaucoup plus qu'à son arrivée dans le groupe. Son regard reste souvent périphérique mais il peut, à certains moments, regarder dans les yeux. Durant l'une des dernières séances, lors de la proposition des salutations avec le regard, celui-ci avait pris un regard provocateur et un sourire au coin des lèvres. Prise d'initiative qui témoigne de son aisance à participer et prendre des initiatives au sein de l'atelier.

Cependant, certains malaises se trouvent encore présents lorsqu'il y a non compréhension des intentions d'autrui et la création d'une interprétation. La personnalité pathologique de ces sujets peut refaire surface en guise de protection face à ces incompréhensions inquiétantes. C'est pourquoi, nous axions également les sujets des temps de parole sur les codes sociaux, les règles de vie et l'individualité de chacun. Par individualité, j'entends l'idée que chaque ressenti, pensées, mouvements, images sont propres à chacun et qu'on ne peut savoir ce que l'autre pense, ressent ou imagine.

La distance relationnelle me paraît plus adaptée et permet donc d'instaurer un espace, concret et symbolique, afin de créer un lien. Le regard est utilisé comme moyen de communication ; même si cette évolution n'est pas continue dans le temps, elle est présente. Comme dit précédemment, ces quelques mois ne suffisent pas à atteindre une évolution solide et stable de ces patients. Néanmoins, ces sensations agréables et rassurantes ont permis à ces patients de trouver du plaisir dans les mouvements de leur corps, l'action, la relation et finalement de trouver un plaisir à vivre, qui, je suis sûre, leur permettra de s'investir d'autant plus pour retrouver ces sensations agréables d'existence et de considération.

Monsieur H. et madame F. ont appris à mieux se connaître eux-mêmes. Leurs limites corporelles paraissent moins floues et leur identité plus structurée. La relation aux autres leur permettant également de se sentir considéré et individualisé. Ainsi, la restitution de leur identité psychique et corporelle à travers un travail du corps et de la relation permet progressivement de contenir leur regard et d'en faire un vecteur de la communication en respectant les distances interpersonnelles.

- CONCLUSION -

Ce mémoire retrace mon expérience auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Il illustre ces pathologies, mes connaissances et mon vécu, ainsi que les nombreuses recherches abouties afin de répondre à mes questionnements. Il m'a permis de m'interroger sur l'intervention spécifique que je pourrais mettre en place à travers ma pratique psychomotrice.

J'ai pris conscience, de par mes observations cliniques ainsi que les différentes lectures sur le sujet, que la schizophrénie est une maladie complexe, recouvrant une grande hétérogénéité symptomatique ; l'expression des symptômes variant d'un individu à l'autre. La thérapie à médiation corporelle me paraît importante et complémentaire des approches pluridisciplinaires. Ainsi, la psychomotricité me semble adaptée voire indispensable dans les prises en charge en psychiatrie, où la notion du corps se trouve très souvent altérée.

Je me suis intéressée aux enjeux de l'altération de l'identité de sujets porteurs de schizophrénie, en passant par l'altération de leur image du corps, pour expliquer la problématique du regard que l'on retrouve souvent dans ces pathologies.

Du fait de la déstructuration psychocorporelle, l'image du corps solide et délimitée par des limites corporelles, soit le sentiment d'unité corporelle, fait défaut. Le sujet ne se perçoit pas comme un être différencié, unifié et singulier. Ceci altère également son regard, signant la déstructuration de son identité. Le manque de sécurité interne qu'il présente, ne lui permet pas de vivre comme un être de relation à soi, à l'environnement et aux autres.

Ainsi, en psychomotricité, le travail thérapeutique auprès de ces personnes vise la réappropriation corporelle. Le psychomotricien s'ajuste, en étant attentif à ses ressentis, pour accompagner le patient dans sa reconstruction identitaire. Le patient pourra prendre conscience que son corps peut être investi différemment et être porteur de plaisir. Il pourra ainsi s'appuyer sur la réalité de ses ressentis et sa sécurité interne pour faire face aux angoisses qui le traversent. L'approche psychomotrice tend à harmoniser le vécu corporel et psychique dans la relation à soi et à l'autre.

De ce fait, le travail de l'image du corps et de la structuration des limites corporelles amène les sujets à restructurer leur identité psychocorporelle. En lien avec le travail de groupe, qui permet également ce travail identitaire, d'individuation ; le patient pourra se sentir sujet, unique et en relation. Sa présence à lui-même signe son identité solide, son regard pourra alors être contenu et exprimer cette solidité identitaire. Le sujet pourra être en relation en respectant les distances interpersonnelles. Finalement, le regard devient vecteur de la

communication et respecte les distances interpersonnelles lorsqu'il appartient à un être dont le corps et l'esprit forment un tout unifié.

Je me questionne alors sur les propriétés du regard lorsqu'un sujet subit un délire à thème identificatoire. Son identité psychocorporelle ne semble pas structurée lorsque ce type de délire apparaît. Avec cette nouvelle identité, comment le sujet perçoit-il son corps ? Qu'en est-il de son image du corps et de ses sensations d'unité ? Son regard est-il toujours vecteur de la communication ? Ces questionnements constituent un autre angle de réflexion et de mise en pratique qui me procurent de l'intérêt. Je pense à l'hypothèse suivante : la certitude du sujet quant à son identité peut le rassurer et lui permettre d'apaiser ses angoisses tant psychiques que corporelles. Néanmoins, les délires identitaires sont une défense contre ces angoisses et ne sont que temporaires, c'est pourquoi le travail de restructuration de l'identité psychocorporelle est importante et me paraît indispensable pour le meilleur accompagnement de ces personnes.

Au sein du centre de jour, ce qui a attiré mon attention et m'a provoqué la plus grande joie, fût la considération des soignants envers les patients. En effet, ces derniers sont avant tout considérés et respectés à la valeur de tout être humain. Ils sont acteurs de leurs soins et rien ne leur est imposé. Ils ne sont aucunement forcés à venir, à prendre leur traitement ou à suivre leurs prises en charge. Bien entendu, ils sont entourés de l'équipe soignante qui encourage ce parcours de soins pour les aider au mieux à être autonome et à se sentir bien. C'est en cela que l'identité des patients peut également se structurer.

Je suis partie de mon vécu personnel afin d'élaborer mes questionnements quant à la problématique de ce mémoire, ainsi que tout au long de sa rédaction. J'estime, comme dit plus haut, que le travail du psychomotricien est de porter attention à ses ressentis afin de s'adapter au mieux à la prise en charge du patient. Ce travail des émotions permet d'en faire quelque chose de plus adapté à l'autre pour affiner le travail en commun lors des séances. Rédiger cet ouvrage sans prendre de distance face à mon vécu avait également pour objectif d'accompagner le lecteur à percevoir les chemins de pensée par lesquels je suis passée au fil de ma rédaction.

Enfin, à travers la richesse de mes expériences et des connaissances acquises, je pense que le travail des émotions et le perpétuel questionnement semblent être, en complémentarité des compétences du psychomotricien, d'autres leviers indispensables à l'individualisation de l'accompagnement.

- ANNEXE I -

Critères diagnostiques de la Schizophrénie du DSM-IV (p.360-361)

A. Symptômes caractéristiques :

Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) symptômes négatifs, p. ex., émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté

N.-B. : Un seul symptôme (lu Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

B. Dysfonctionnement social/des activités :

Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

C. Durée :

Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au Critère A (c.-à-d., symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (p. ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Exclusion d'un Trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur :

Un Trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

E. Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance :

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

F. Relation avec un Trouble envahissant du développement :

En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Classification de l'évolution longitudinale :

(Ne peut s'appliquer que si au moins une année s'est *écoulée* depuis la survenue initiale des symptômes de la phase active) :

Episodique avec symptômes résiduels entre les épisodes (les épisodes sont définis par la réémergence de symptômes psychotiques manifestes) ; spécifier également si nécessaire **avec** symptômes négatifs au premier plan.

Episodique sans symptômes résiduels entre les épisodes Continue (des symptômes psychotiques manifestes sont présents tout au long de la période d'observation) ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan.**

Episodique en rémission partielle ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs** au premier plan

Episode unique en rémission complète

Modalité autre ou non spécifiée

- ANNEXE II -

Description des fonctions du Moi-peau de Didier Anzieu¹⁴⁴

Maintenance du psychisme

Sorte de soutien axial vertical contre lequel le Moi peut s'adosser pour mettre en œuvre les mécanismes de défense les plus archaïques, comme le clivage et l'identification projective. De même que la peau remplit une fonction de soutènement du squelette et des muscles, le Moi-peau est une partie de la mère - particulièrement ses mains - qui a été intériorisée et qui maintient le psychisme en état de fonctionner. Ce que Winnicott appelle le holding, la façon dont la mère soutient le corps du bébé, maintient le corps et le psychisme du bébé dans un état d'unité et de solidité. Ici est en jeu l'identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient. C'est plutôt la pulsion d'agrippement ou d'attachement qui trouve satisfaction que la libido.

Fonction contenantante

Cette fonction est exercée principalement par le handling maternel. La sensation-image de la peau comme sac est éveillée, chez le tout-petit, par les soins du corps, appropriés à ses besoins, que lui procure sa mère. De même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau vise à envelopper tout l'appareil psychique, prétention qui s'avère par la suite abusive mais qui est au début nécessaire. Le Moi-peau est alors figuré comme écorce, le Ça pulsionnel comme noyau. La pulsion n'est ressentie comme poussée, comme force motrice, que si elle rencontre des limites et des points spécifiques d'insertion dans l'espace mental où elle se déploie et que si sa source est projetée dans des régions du corps dotées d'une excitabilité particulière. Cette complémentarité de l'écorce et du noyau fonde le sentiment de la continuité du Soi. A la carence de cette fonction répondent deux formes d'angoisse.

¹⁴⁴ Selon ABBADIE D., 2011

Pare-excitation

De même que la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci contre les agressions physiques, l'excès de stimulations de la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, et cela jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction. Le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme à défaut de l'épiderme : c'est la seconde peau musculaire (E. Bick), la cuirasse caractérielle (W. Reich).

Individuation de soi

Qui apporte à celui-ci le sentiment d'être un être unique. De même que la membrane des cellules organiques protège l'individualité de la cellule en distinguant les corps étrangers auxquels elle refuse l'entrée et les substances semblables ou complémentaires auxquelles elle accorde l'admission ou l'association, le Moi-peau apporte le sentiment des frontières du Soi et la distinction chez autrui des objets d'attachement et d'amour.

Intersensorialité

Cette fonction aboutit à la constitution d'un « sens commun » dont la référence de base se fait toujours au toucher. Le Moi-peau étant une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originnaire qu'est l'enveloppe tactile.

Soutien de l'excitation sexuelle

Surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée. La peau du bébé faisant l'objet d'un investissement libidinal de la mère ; la nourriture et les soins s'accompagnant de contacts peau à peau, généralement agréables, qui préparent l'auto-érotisme et situent les plaisirs de peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels. Faut d'une décharge satisfaisante, cette enveloppe d'excitation érogène peut se transformer en enveloppe d'angoisse.

Charge libidinale

Charge du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques. Cette fonction répond à la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes.

Inscription des traces sensorielles tactiles

Cette fonction est renforcée par l'environnement maternel dans la mesure où il remplit son rôle de « pré-sensation de l'objet » (Winnicott, 1962) auprès du tout-petit. Le Moi-peau est le parchemin originaire, qui conserve, à la manière d'un palimpseste, les brouillons raturés, grattés, surchargés, d'une écriture « originaire » préverbale faite de traces cutanées. Une première forme d'angoisse relative à cette fonction est d'être marqué à la surface du corps et du Moi par des inscriptions infamantes et indélébiles provenant du Surmoi : rougeurs, eczéma, blessures symboliques selon Bettelheim (1954). L'angoisse inverse porte soit sur le danger d'effacement des inscriptions sous l'effet de leur surcharge, soit sur la perte de capacité de fixer des traces, dans le sommeil par exemple. La pellicule qui permet le déroulement des rêves vient alors proposer à l'appareil psychique l'image visuelle d'un Moi-peau restitué dans sa fonction de surface sensible.

Toxique (Abbadie en décrit une neuvième)

Parallèlement au rôle que joue la peau dans l'immunité, à la reconnaissance Soi / Non-Soi et les attaques du Non-Soi que cela implique, il existe des attaques inconscientes sur le contenant psychique. Pour D. Anzieu, il existerait des parties du Soi fusionnées à des représentants de la pulsion d'auto-destruction inhérente au Ça, déportées à la périphérie du Soi, enkystées dans la couche superficielle qu'est le Moi-peau et qui seraient à l'origine de ces attaques inconscientes, peut-être étayées sur des phénomènes auto-immuns, qui rongent sur place la continuité et la cohésivité de cette couche superficielle.

- GLOSSAIRE -

Aliéniste

Synonyme de « psychiatre » dans un langage ancien.

Altération phonétique

Altération de l'intonation, du rythme de la voix et/ou de l'articulation.

Ambitendance

Ambivalence de la volonté qui se traduit par une hésitation permanente dans certains gestes initiés et interrompus inlassablement.

Ambivalence

Tendance à doter tout élément psychique de valeurs positives et négatives simultanément. Il peut s'agir d'une personne qui présente ou manifeste des comportements, des goûts contradictoires ou opposés ; une tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l'égard d'un même objet : amour et haine, joie et tristesse, etc.

Apathie

Etat de fatigue et de mollesse, accompagné d'une indifférence ou d'une absence d'émotions et de désirs. Il s'agit d'une sorte d'indolence, d'inertie, due à un état physique ou psychologique provoqué par une pathologie.

Apragmatisme

Trouble de l'activité apprise se caractérisant par l'incapacité pour un individu de réaliser des actes courants. Il s'agit d'une absence d'activité efficace se manifestant par plusieurs symptômes tels que :

- L'aboulie : diminution de la volonté, incurie ;
- La clinophilie : tendance abusive à rester en position allongée dans son lit.

Attachement (théorie)

Champ de la psychologie qui traite d'un aspect spécifique des relations entre êtres humains. Son principe de base est qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue.

Automatisme mental

« Impression d'être influencé à distance, contrôlé et manipulé par des forces, des personnages, des machines ou encore la sensation de vol de leurs idées et sentiments par des forces hostiles. »¹⁴⁵

Ce sont des hallucinations psychiques qui s'imposent au sujet. Il est formé de trois types : idéo-idéique, idéo-verbal et idéo-moteur et réunit des phénomènes hallucinatoires intrapsychiques responsables d'idéation, de formulations verbales et de gestes ou actes qui s'imposent à la personne.

Barrage

Éclipse non épileptique de la pensée se traduisant par l'interruption momentanée, involontaire et sans raison apparente, du discours ou de l'action.

Bizarrerie

Caractère de ce qui est bizarre. Bizarre : qui s'écarte du goût, des idées reçues et de l'ordre commun. Parler de la bizarrerie c'est se référer à une norme. On doit tenir compte des normes du contexte culturel dans lequel on se trouve. En psychiatrie on définit la bizarrerie comme une combinaison insolite de gestes, de mimiques et de paroles qui donnent une impression d'étrangeté du contact.

Catalepsie

La catalepsie est définie par une perte ponctuelle de la contraction volontaire des muscles de l'organisme. L'attitude du cataleptique ressemble à la position des statues. Le corps s'arrête en plein mouvement et est figé pendant son action. La contraction des muscles est involontaire et un tonus important de ses muscles empêche alors de modifier la position spontanément adoptée. La personne peut rester immobile plusieurs minutes voire plusieurs heures. Elle concerne les pathologies psychiatriques et neurologiques.

Contraction de mots

Réduction de la graphie d'un mot en supprimant des lettres à l'intérieur de celui-ci, en conservant une ou plusieurs lettres initiales et une ou plusieurs lettres finales.

Délire

Vient du latin de *lirare* qui signifie « sortir du sillon », il pourrait signifier au sens figuré « dérailler », « perdre la raison ». C'est un ensemble d'idées fausses qui envahissent le psychisme ; il représente une expérience qui perturbe fortement la personnalité du délirant.

Dépersonnalisation

Symptôme dissociatif se caractérisant par un sentiment de perte de sens de soi-même, dans lequel un individu ne possède aucun contrôle de la situation. Ce symptôme apparaît souvent comme étant un mécanisme de défense de l'esprit contre une anxiété qu'il ne peut supporter. La dépersonnalisation est une expérience subjective de déréalité de l'individu en lui-même.

¹⁴⁵ PEDINIELLI J. L., GIMENEZ G., 2009, p.87

Déréalisation

Symptôme dissociatif se caractérisant par une altération de la perception ou de l'expérience du monde extérieur apparaissant comme étrange et irréel. Suivant les cas, les éléments normalement ancrés dans la personnalité comme la notion d'existence peuvent être remis en question. La déréalisation est en quelque sorte une expérimentation d'un doute métaphysique de manière concrète. Elle n'est pas une maladie à proprement parler, il s'agit d'un symptôme retrouvé dans différentes affectations psychiatriques.

Désintégration (Angoisse)

Altération, voire perte de l'intégrité corporelle.

Dialogue tonique

Liens entre le tonus musculaire et l'état émotionnel décrit par Julian de Ajuriaguerra par le « dialogue tonico-émotionnel », approfondissant la notion de « dialogue tonique » déjà proposée par Wallon dès 1930. Pour J. de Ajuriaguerra, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels de deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge. S'intéresser au dialogue tonico-émotionnel porte donc tout naturellement à s'intéresser à la manière dont les émotions peuvent être transmises entre deux partenaires à travers leur tonus.

Diffluence

Perturbation des associations idéiques se traduisant par des digressions incontrôlables, répétées et anarchiques, sans rapport entre elles.

Dissociation

Rupture de l'unité psychique, avec perte de l'association des différentes instances telles que l'affectivité, la volonté, les fonctions intellectuelles, les capacités de raisonnement et de synthèse. Terme introduit par E. Bleuler pour désigner ce qu'il considéra initialement comme le trouble fondamental du « groupe des schizophrénies ».

Distance interpersonnelle

Distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction, un échange, une communication. A lier à la proxémique de Edward T. Hall, qui est l'étude de la perception et de l'usage de l'espace par l'Homme.

Dysmorphophobie

Trouble de l'image du corps caractérisé par une peur paralysante de devenir difforme provoquée par des détails corporels comme, par exemple, la forme des seins, l'implantation des cheveux ou la forme du nez.

Écholalie

Trouble du langage qui consiste à répéter de manière systématique les derniers mots entendus.

Echomimie

Impulsion malade obligeant certains patients atteints de pathologie mentale à répéter les postures physiologiques de leur entourage.

Émoussement des affects

Diminution observable de la réponse émotionnelle. L'émoussement des affects est marqué par une réduction sévère de l'expression des émotions associée à un désintérêt et une indifférence émotionnelle. C'est une perte d'élan vital s'exprimant par des mimiques pauvres et une voix monotone.

Fading (mental)

Ralentissement du débit et diminution de l'intonation. Il peut s'agir d'un arrêt progressif des propos du patient, traduisant un évanouissement du cours de la pensée, suivi d'une reprise du rythme normal sur un thème identique ou sur une autre idée.

Handling

Manipulation physique du bébé ; les soins prodigués à l'enfant participent à ce qu'il puise se constituer une intériorité et des limites corporelles.

Hébéphrénie

Une des grandes formes cliniques des états schizophréniques, à début le plus souvent post-pubertaire, marquée surtout par l'importance de la discordance et du repli autistique, la pauvreté de l'activité délirante et par une évolution vers une désorganisation intellectuelle et relationnelle.

Holding

Maintien du bébé ; ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. L'aspect essentiel du maintien est le fait de tenir physiquement l'enfant. Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère.

Homonculus de Penfield

Homonculus, terme issu du latin signifiant « petit homme », est le terme utilisé par le neurologue Penfield, pour désigner la représentation graphique des parties du corps humain, telle qu'il se projette sur le cortex, c'est-à-dire l'écorce cérébrale des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes. Il est la carte corticale représentant notre corps. Les informations tactiles construisent l'Homoncule sensoriel (hémisphère gauche), tandis que les informations envoyées aux muscles construisent l'Homoncule moteur (hémisphère droit).

Hypomanie (hypomaniaque)

Forme de manie caractérisée par un trouble de l'humeur. Elle peut être irritable, excitée, persistante et omniprésente, s'exprimant des pensées et des comportements concomitants. Un individu atteint d'hypomanie, appelé hypomaniaque, possède en général un besoin moins important de dormir et de se reposer, est très extraverti, très compétitif, et manifeste une énergie débordante. La caractéristique majeure de l'hypomanie est l'activité exagérée précédant une période de dépression.

Indifférence affective

Absence de participation affective ou présence d'affects inadaptés à des situations dont la charge émotionnelle ne laisserait personne indifférent.

Inhibition psychomotrice

Restriction excessive globale ou isolée des fonctions motrices, expressives, intellectuelles, relationnelles et sociales. On y perçoit une retenue excessive, une raideur, une certaine lourdeur dans les gestes, comme un puissant frein intérieur à la motricité qui se transforme en lenteur dans l'expression orale ou écrite, quand il n'y a pas de mutisme. Il y a une tendance à s'isoler et à se replier sur soi-même.

Interaction

Action où l'influence réciproque peut s'établir entre deux objets ou plus. Elle est toujours suivie d'un ou plusieurs effets. On la perçoit, par exemple, dans les relations entre personnes.

Intersubjectivité

Concept philosophique développé pour la première fois par Emmanuel Kant. Il s'agit de l'idée que les hommes sont des sujets pensants capables de prendre en considération la pensée d'autrui dans leur jugement propre. L'intersubjectivité fonde ainsi une théorie de la communication.

Intrapsychique (mécanisme hallucinatoire)

Sont perçues comme une ou plusieurs voix provenant de l'intérieur de la tête du sujet (perturbations du langage intérieur) et qui n'ont pas de caractère de sensorialité. Elles appartiennent au cadre de l'automatisme mental. Il s'agit le plus souvent de voix internes qui vont commenter les actes ou les pensées du sujet, ou lui donner des ordres pour réaliser des actes précis.

Latéralité

Prédominance sensorielle et motrice d'un côté du corps sur l'autre. Au cours de la croissance s'établit naturellement et progressivement une dominance latérale chez l'enfant. Elle s'établit au niveau de la main mais aussi du pied et de l'œil.

Maniérisme

Attitude systématique de manière d'être, de parler et d'agir (mimiques, propos et actions) avec un manque de naturel et une impression d'artifice. Il s'agit d'une fonction relative aux contractions répétitives, quasi-intentionnelles, involontaires d'un groupe de muscles, tout comme les tics. L'exagération de cette attitude est une caractéristique de certains états psychotiques et est présente dans les schizophrénies.

Monologue

Discours de quelqu'un qui se parle tout haut à lui-même ou qui parle seul longuement sans laisser la parole à ses interlocuteurs.

Morcellement

« La sensation de détachement du corps est la sensation qu'éprouve le sujet de ne plus sentir son corps, il n'a aucune perception objective de son corps et de son environnement. »¹⁴⁶

¹⁴⁶ ANDRIEU B., 2010

Mutisme

Absence d'expression verbale, en particulier d'origine psychiatrique.

Négativisme

Comportement de refus et d'opposition aux sollicitations d'autrui. Il s'agit d'un ensemble de conduites qui traduisent une rupture du contact avec autrui dans la schizophrénie.

Néologisme

Tout mot de création récente ou emprunté depuis peu à une autre langue. Il s'agit également de toute acception nouvelle donnée à un mot ou à une expression qui existaient déjà dans la langue. Dans la schizophrénie, il s'agit de mots créés par le sujet par déformation de phonèmes, substitution, etc.

Paralogisme

Il s'agit de faute involontaire de raisonnement qui apparaît comme rigoureux et où le locuteur est de bonne foi.

Paraphrénie

Trouble mental caractérisé par un délire paranoïde avec ou sans hallucinations (comme les symptômes positifs de la schizophrénie) sans troubles cognitifs (symptômes négatifs).

Pensée magique

Prendre une idée pour une réalité. Il s'agit d'une expression définissant une forme de pensée qui s'attribue la puissance de provoquer l'accomplissement de désirs, l'empêchement d'événements ou la résolution de problèmes sans intervention matérielle.

Pensée paralogique

Fausseté involontaire du jugement, fondée sur des prémisses fausses à partir desquelles s'articule de bonne foi un raisonnement rigoureux et d'une cohérence parfois supérieure à la moyenne.

Psychose hallucinatoire chronique

Délire chronique survenant à un âge avancé dont le mécanisme principal est hallucinatoire. La nosologie Française envisage sous le terme de délire chronique un groupe complexe d'états délirants chronique qui se différencie du groupe des schizophrénies par l'absence de dissociation.

Psychose infantile

Série de troubles psychiques de l'organisation de la personnalité et de la relation de l'enfant avec lui-même, avec l'autre et avec son monde extérieur et qui se caractérise par une perte de contact soutenue et continue avec la réalité.

Psychose paranoïaque

Trouble mental caractérisé par une modification du sens des réalités génératrice d'un délire (idées et discours qui diffèrent des faits objectivables). Dans la paranoïa, le délire est centré sur un thème de persécution, et les faits sont interprétés de façon erronée. La psychose paranoïaque implique un dérèglement de la pensée et un faux jugement dont le malade n'a pas conscience. On distingue différentes formes de psychoses paranoïaques parmi lesquelles le délire de jalousie, le délire d'interprétation, l'érotomanie ou le délire de revendication.

Rationalisme morbide

Établissement de lien de causalité absurde. C'est une forme de logique schizophrénique qui restreint et étouffe la réalité vivante et concrète à l'aide de raisonnements abstraits, d'élaborations stériles et contraignantes.

Réaction de prestance

Modification des attitudes d'une personne qui peut se traduire par de la colère ou de l'angoisse, préfigurant la timidité devant autrui. Elle peut se manifester par de fortes tensions, une maladresse, une inhibition, une accélération des mouvements, un évitement, etc.

Schizophrénies (définition de CIM 10)¹⁴⁷

« Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. »

Soliloquie

Fait de parler seul, de soliloquer. Il s'agit d'un symptôme observé chez les patients schizophrènes ou souffrant de pathologies psychiatriques. De façon générale, une soliloquie s'observe chez les personnes qui souffrent d'isolement social et qui ont donc des difficultés à dialoguer avec leur entourage.

Stéréotypies

Répétition d'une attitude ou d'un geste plus ou moins ritualisés et vaguement pourvus de sens.

Syndrome catatonique

Perte de la spontanéité et de l'initiative motrice, inertie motrice et négativisme.

Syndrome déficitaire

Repli sur soi, indifférence, appauvrissement de la pensée et diminution de l'initiative motrice et de l'activité.

¹⁴⁷Ministère des affaires sociales et de la santé, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, édition 2015. F 20, chapitre 5, p.183

Syndrome de référence

Conviction délirante que les événements autour de soi (actualité, décisions, politique, météo) sont en référence directe au contenu émotionnel et psychique de la personne, par exemple : « quand le présentateur a parlé, c'est clair qu'il s'adressait à moi ».

Syndrome d'influence

Conviction délirante d'influer sur les pensées et les actes de l'entourage, par exemple : « je sais qu'en regardant les gens, je peux les forcer à sourire ».

Tonus

État de tension permanente des muscles. Il en existe trois types qui s'étayent constamment entre eux. Il s'agit du tonus de fond, du tonus postural et du tonus d'action.

- De fond

Constitué de l'état de légère tension isométrique des muscles, involontaire et permanente, même au repos (ne disparaît pas non plus au moment du sommeil où il y a persistance aussi des tensions chroniques profondes), il assure le maintien et la cohésion des différentes parties du corps et soutient le sentiment d'unité corporelle. Il représente le substrat de l'affectivité et des émotions et porte la charge expressive du mouvement. Il est géré par le tronc cérébral et grâce au réflexe myotatique, il est lié à la vigilance et à l'éveil, dans une influence réciproque et intervient donc dans la régulation de l'activité perceptive. Ses excès sont dans le sens de l'hypotonie ou de l'hypertonie.

- Postural

Il représente l'activité tonique minimale permettant la station debout et le maintien des équilibres statiques, en différentes positions, ainsi que dynamiques. Il garantit un niveau de contraction optimum pour l'action et est sous commande réflexe mais peut aussi être contrôlé volontairement.

- D'action

Il se définit par la contraction musculaire permettant l'action et le mouvement et est en principe intentionnel, sous commande volontaire.

Trouble envahissant du développement (TED)

Maintenant appelés troubles du spectre autistique (TSA) dans le DSM-V, sont des troubles du développement qui apparaissent dans l'enfance. Ils se caractérisent par l'altération de certaines fonctions cognitives qui affectent les capacités de communication et la socialisation de l'individu.

- BIBLIOGRAPHIE -

ANDRE P., *Psychiatrie de l'adulte*, Heures de France, 4e édition 2006

ANDRE P., BENAVIDES T., CANCHY-GIROMINI F., *Corps et psychiatrie*, Heures de France, 1996

ANDRIEU B., *L'externalisation du soi par la décorporation sensorielle*, Elsevier Masson, 2010

ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Dunod, 1985

BLEULER E., *Dementia ou groupe des schizophrénies*, 1978, traduction d'Alain Viillard, E.P.E.L G.R.E.C., 1993

BONNET C., FONTA A., HURET J., LOUX F., MULDWORF L., PEDRON A., VELPRY L., *Vivre et dire sa psychose*, Erès, 2007

BONNET G., *Le signal avant-coureur de l'énigme*, Adolescence 3/2004 (n° 49)

BONNET G., *L'œil ou le regard ? À propos de quelques écrits récents centrés sur la question du regard*, Adolescence 2/2007 (n° 60)

BRUCHON-SCHWEITZER M., *Une psychologie du corps*, Puf, 1990

CAUT I., *Image du corps et schizophrénie, travail sur le tonus en psychomotricité. Thérapie psychomotrice et recherches*, n° 123, 2000

CHAMOND J., *Le temps de l'illégitimité dans la schizophrénie. Approche phénoménologique*, L'Evolution Psychiatrique, Vol. 64, N° 2, 1999

CLANET C., FOURASTE R., SUDRES J.-L., *Corps Culture et Thérapie*, interculturels, 1993

CORRAZE J., *La psychomotricité : un itinéraire*, Solal, 2009

DESOBEAU F., GATECELA., VIGNE D., *L'adulte : corps, affect et représentation*, dans Psychomotricité, ouvrage collectif sous la direction de CALZA A. et CONTANT M., Masson, 1999

- DEFIOLLES-PELTIER V.**, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Gaëtan Morin, 2000
- DOLTO F.**, *L'image inconsciente du corps*, Editions du Seuil, 1984
- ÉVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES**, Vol. 18, N° 71, 2006
- FRANCK N.**, *Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie*, Elsevier Masson, 2010
- FREUD S.**, *Pulsions et destins de pulsions*, PUF, 1915
- FREUD S.**, *Le Moi et le ça*, Essais de psychanalyse, 1923, Payot & Rivages, 2001
- GAUCHER-HAMOUDI O., GUIOSE M.**, *Soins palliatifs et psychomotricité*, Heures de France, 2007
- GOYTY M.**, *Morcellement à réappropriation corporelle*. Mémoire de psychomotricité, 2014
- HALL E. T.**, *La dimension cachée*, 1966, Points, 1978
- HAOUZIR S., BERNOUSSI A.**, *Les schizophrénies*, Armand Colin, 3e édition 2014
- HENRY J.-M, VEDIE C, WITJAS T.**, *Sémiologie des troubles psychomoteurs*, Elsevier, 2006
- LE BRETON D.**, *Anthropologie du corps et modernité*, 1990, Puf, 4^e réédition, 1998
- MARCELLI D.**, *Les yeux dans les yeux, l'énigme du regard*, Albin Michel, 2006
- MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE**, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, édition 2015
- MINKOWSKI E.**, *La schizophrénie*, 1927, Payot et Rivages, 1997
- MINKOWSKI E.**, *Traité de Psychopathologie*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999
- NASIO. J. D.**, *L'inconscient c'est la répétition*, Payot, 2012
- NICOLAIEFF G.**, *Troubles délirants, Episode psychotique aiguë, Schizophrénie*, Cours du 27 janvier 2015
- PANKOW G.**, *L'être-là du schizophrène*, Flammarion, 2006
- PANKOW G.**, *L'homme et sa psychose*, Aubier, 2ème édition 1969

- PEDINIELLI J. L., GIMENEZ G.**, *Les psychoses de l'adulte*, Armand Colin, 2ème édition 2009
- PIREYRE E.**, *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Dunod, 2^e édition 2015
- POLLET-VILLARD L.**, *Schizophrénie et Psychomotricité. Mémoire de psychomotricité*, 2012
- POTEL C.**, *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Erès, 2012
- POUS G.**, *Thérapies corporelles des psychoses*, l'Harmattan, 1995
- RACAMIER P.-C.**, *L'interprétation psychanalytique des schizophrénies*, Encyclopédie médico-chirurgicale, 37-291-A10, 1976
- SAMI ALI**, *Corps réel, corps imaginaire*, Dunod, 4e édition 2010
- SAMI-ALI**, *Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie*, Dunod, 1984
- SARTRE J.-P.**, *L'être et le néant*, Gallimard, 1943
- SCHILDER F. P.**, *L'image du corps*, Gallimard, 1968
- SCHMID NICHOLS N.**, *Notre corps, cet étrange objet ? Son importance dans le développement du sujet et dans le champ thérapeutique*, Psychothérapies, Vol. 30, 2010
- SEARLES H.**, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Gallimard, 1977
- TREILLET L., ROUYERE N., MECHLER I.**, *Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte. Entretien de psychomotricité*, 2008
- WALLON H.**, *Les origines du caractère chez l'enfant*, 1934, réédition Puf-Quadrige, 1987
- WINNICOTT D. W.**, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Gallimard, 2000

- SITOGRAPHIE -

<http://www.psycom.org/Soins-et-accompagnement/Organisation-des-soins-psychiatriques/Lieux-de-soins>

PSYCOM, *organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale*, 2013.

Consulté le 20.02.16

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/officiel/guide-service/structures-soins/HDJ.htm>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE - Direction des hôpitaux, *Guide du service infirmier de 1991*, 2009.

Consulté le 20.02.16

http://www.abbadie-dermato.com/wa_files/Moi-peau.pdf

ABBADIE D., *Les fonctions du Moi-peau*, 2011

Consulté le 7.04.16

<http://www.isc.cnrs.fr/wp/wp01-6clinique.htm>

INSTITUT DES SCIENCES COGNITIVES, *Etudes clinique des symptômes de premier rang*, 2013.

Consulté le 8.04.16

<http://www.sens-public.org/article950.html>

BILHERAN A., *Clinique de l'Image : Schizophrénie et Paranoïa*, 2015

Consulté le 12.04.16

<http://www.isc.cnrs.fr/jea/jea2.htm>

FRANCK N., *Psychopathologie de l'intention, Attribution de l'action et de l'intention chez les sujets schizophrènes*, 2015

Consulté le 12.04.16

- Résumé -

Les schizophrénies sont des pathologies psychiatriques qui se manifestent par un défaut d'intégration psychocorporelle. Ce dernier, étant l'une des nombreuses causes qui provoquent des troubles identitaires, met à mal les relations du sujet à lui-même, à l'environnement et aux autres. Le regard caractérise ce manque d'identité solide et singulière par des distances interpersonnelles non adaptées à l'interlocuteur, parfois trop courtes ou trop longues, parfois inexistantes. Une manière d'aborder ces déficits consiste à travailler la restructuration psychocorporelle en groupe afin que le sujet se réapproprie son corps et se forge une identité propre à lui en se différenciant des autres. Le regard pourrait-il alors être contenu dans un corps unifié et délimité afin d'être vecteur de la communication en respectant les distances interpersonnelles ? Seront abordées dans ce travail les notions de corps et d'image du corps, les notions de regard et de distances interpersonnelles, ainsi que le travail de la psychomotricité auprès de sujets atteints de schizophrénie, apport qui me paraît nécessaire à l'accompagnement de ces sujets vers l'autonomie et le mieux-être.

Mots clés : Schizophrénie, Regard, Corps, Limites corporelles, Image du corps, Enveloppe corporelle, Distances interpersonnelles, Groupe, Relation, Identité.

- Abstract -

Schizophrenia is a psychiatric disorder that manifests itself as a lack of integration between mind and body. This defect, being one of the many causes that provoke identity disorders, jeopardizes the relationship of the subject with himself, the environment and others. A person's view characterizes this lack of solid, singular identity by interpersonal distances that are not adapted to the interlocutor, sometimes too short or too long, sometimes non-existent. One way to address these deficits is to work on the psycho-corporal restructuring in group in order that the subject may reclaim his body and forge his own identity while differing from others. Could the view then be contained in a unified, delimited body in order to become a vector for communication, respecting interpersonal distances? Addressed in this work are the notions of body and body image, notions of view and interpersonal distances, along with psychomotor work with subjects suffering from schizophrenia, a contribution I deem necessary to support these subjects towards self-sufficiency and greater well-being.

Keywords : Schizophrenia, View, Body, Body limits, Body image, Body envelope, Interpersonal distances, Group, Relation, Identity.