



HAL
open science

**La psychomotricité et les soins ambulatoires en
psychiatrie : l'identité sexuée : un levier thérapeutique
pour des patients schizophrènes en prise en charge
groupale**

Jean-Philippe Sollier

► **To cite this version:**

Jean-Philippe Sollier. La psychomotricité et les soins ambulatoires en psychiatrie : l'identité sexuée : un levier thérapeutique pour des patients schizophrènes en prise en charge groupale. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01360186

HAL Id: dumas-01360186

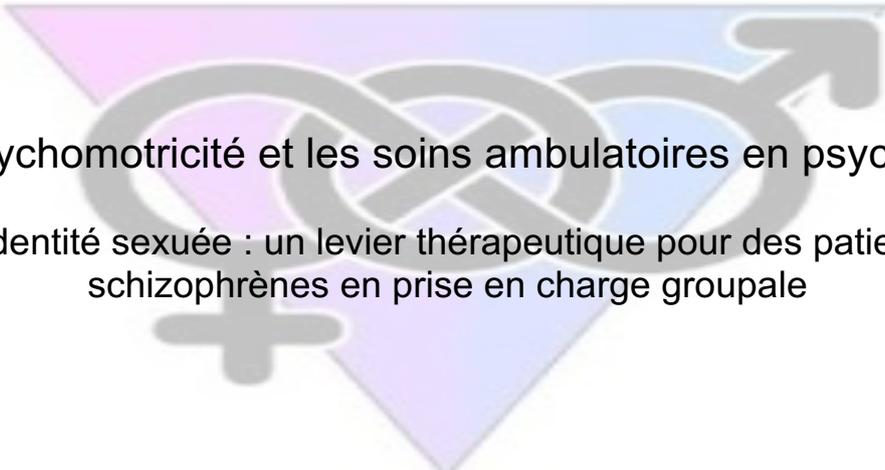
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01360186>

Submitted on 5 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
Institut de Formation en Psychomotricité
Site Pitié-Salpêtrière
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



La psychomotricité et les soins ambulatoires en psychiatrie

L'identité sexuée : un levier thérapeutique pour des patients
schizophrènes en prise en charge groupale

Mémoire présenté par Jean-Philippe SOLLIER en vue de l'obtention du diplôme
d'Etat de psychomotricité

Maître de mémoire :
Claire LE CLANCHE

Session de Juin 2016

Remerciements

Je remercie ma famille d'avoir soutenue mes choix de vie.

Je remercie mes amis d'avoir toujours été à mes côtés durant ces années d'études.

Je remercie Marie pour ses encouragements depuis toutes ces années.

Je remercie Kerya de m'avoir guidé quand j'étais perdu.

Je remercie mon frère Charles pour son écoute et ses conseils.

Je remercie Philippe pour son intégrité quand je doutais.

Je remercie Claire pour son enseignement et la direction de ce mémoire.

Je remercie le groupe huit pour m'avoir accueilli dans cette dernière année.

SOMMAIRE

Introduction.....	6
THEORIE.....	8
I. Psychiatrie adulte.....	9
A. Les structures psychiques	9
1. La névrose	10
2. Les états limites	10
3. La psychose	11
B. Schizophrénie	11
1. Evolution des conceptions de la maladie	11
a) Dementia praecox de Emil KRAEPELIN	12
b) Schizophrénie de Eugen BLEULER.....	12
c) Evolution du concept	13
d) Approche de la définition de schizophrénie	13
e) Epidémiologie	14
f) Données étiopathogéniques	14
g) Installation de la maladie.....	15
h) Principes généraux du traitement de la schizophrénie	15
i) Clinique générale de la schizophrénie	16
2. Répercussions psychomotrices	17
3. Répercussions spatio-temporelles	19
4. Effets des neuroleptiques.....	20
C. Représentation de soi.....	21
1. Schéma corporel.....	21
2. Image du corps	22
a) Paul SCHILDER.....	23
b) Françoise DOLTO	24
c) Eric W. PIREYRE	25
3. Identité sexuée.....	27
a) Distinction genre et sexe vers le concept d'identité sexuée.....	27
b) Constitution de l'identité sexuée	28
II. Approche corporelle	30
A. Définitions	30
1. Tonus	30

2. Geste.....	31
3. Mouvement	31
4. Perception du mouvement et image motrice.....	31
B. Mouvements et relation	32
1. Dialogue tonico-émotionnel.....	32
2. Gestualité communicative	32
III. Cadre conceptuel et psychomotricité	33
A. Groupe et psychomotricité.....	33
B. Psychomotricité en psychiatrie	35
Conclusion théorique.....	38
CLINIQUE	39
I. Hôpital de jour	40
A. Présentation générale.....	40
B. Fonctions de l'hôpital de jour	40
C. Projet thérapeutique.....	42
II. Psychomotricité dans l'hôpital de jour	43
A. Place de la psychomotricité	43
B. Rôle du psychomotricien	44
III. Prise en charge.....	45
A. Individuelle.....	45
B. Groupale	46
C. Mouvement / détente	47
a) Gymnastique intégrative vietnamienne (GIV).....	47
b) Relaxation	49
c) Le groupe	50
IV. Présentation des cas cliniques	52
A. M. A	52
1. Anamnèse	52
2. Rencontre avec ce patient	53
a) Observation de la forme du mouvement	54
b) Observation clinique des ressentis	55
c) Observation clinique des perceptions.....	55
3. Suivi de la prise en charge dans le groupe mouvement détente	55
B. M. B	57
1. Anamnèse	57
2. Rencontre avec ce patient	58

a) Observation de la forme du mouvement	58
b) Observation clinique des ressentis	59
c) Observation clinique des perceptions.....	59
3. Suivi de la prise en charge dans le groupe mouvement détente.	60
Conclusion clinique	62
DISCUSSION	63
I. Groupe « Mouvement / détente »	64
A. Eléments positifs de la prise en charge	64
B. Eléments à améliorer dans la prise en charge	64
C. Conclusion sur la prise en charge.....	66
D. Réflexion personnelle	67
II. Bénéfices pour les patients	70
A. A court terme	70
B. A moyen terme	73
C. Objectifs d'autonomie	76
III. Mon point de vue de futur psychomotricien.....	77
A. Mes impressions.....	77
B. Ma place	78
C. Apport pour le service	79
D. Ce que l'équipe m'a apporté.....	79
Conclusion générale	81
Lexique	I
Bibliographie.....	IV

Introduction

Selon le psychiatre Nicolas GEORGIEFF, le terme de « psychose » désigne en psychiatrie « un type de pathologie mentale, caractérisé par un trouble grave de la relation avec la réalité, des troubles de l'identité ou de la conscience de soi, des troubles des relations intersubjectives (donc de la communication) et des perturbations spécifiques de l'activité mentale, en particulier le délire et les hallucinations » (Nicolas GEORGIEFF, *Qu'est ce que la schizophrénie ?* Dunod, 2004).

Le regard sur les psychotiques m'a interpellé, voire bouleversé. L'interaction entre la personne souffrante, incomprise par la société et le thérapeute m'a permis de comprendre la nécessité de soigner ces personnes en les considérant comme telles. Le docteur Philippe PINEL (1745-1826) fut le premier à le réaliser : il fit ôter les chaînes des aliénés de l'hospice de Bicêtre. Sa statue devant l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière m'a permis de comprendre que ces individus, considérés souvent à tort comme dangereux, étaient chargés de sentiments et d'intelligence pour qui prenait la peine de les comprendre.

La schizophrénie est une pathologie qui se rencontre désormais en hôpital de jour. Mon stage en pratique professionnelle s'est effectué en hôpital de jour, dans le secteur de psychomotricité. J'ai assisté la psychomotricienne dans ses différentes prises en charge. Le groupe « Mouvement / détente » qu'elle anime m'a permis d'aborder les différentes médiations mises en œuvre. Lors d'un post-groupe avec les soignants, nous nous sommes questionné sur l'identité sexuée chez deux patients. La décision a été prise de nous appuyer dessus comme levier thérapeutique et solliciter l'image du corps dans l'interaction groupale.

Ainsi, le groupe « Mouvement / détente » en psychomotricité sollicite-t-il la distinction de l'identité sexuée pour des patients schizophrènes ?
Le groupe « Mouvement / détente » permet-il ainsi de jouer sur l'image dissociée du corps chez les patients considérés ? Est-il plausible de valoriser une distinction de leur identité sexuée ?

Cette distinction contribue-t-elle à la reconstitution de leur image du corps, de leur identité ?

La psychiatrie adulte prend en compte différentes pathologies, comme la schizophrénie. La schizophrénie engendre des troubles identificatoires se traduisant sur un versant comportemental. La psychomotricité se met à son service pour tenter de la soigner. Par l'appréhension thérapeutique distinguée de l'hôpital de jour, la psychomotricité y est ancrée. Elle élabore une pratique personnalisée au moyen de la collectivité. J'en témoignerai par deux patients au sein d'un contexte groupale spécifique. Ensuite, Je ferai un état des lieux de cette prise en charge pour eux. Mon observation cherchera à en démontrer les bienfaits. Puis, je reviendrai sur mon expérience me permettant de me projeter en tant que psychomotricien.

THEORIE

La psychiatrie représente une spécialité médicale ayant pour objet la maladie mentale. Elle touche l'individu dans sa globalité ; son humanité, son apparence, sa perception et sa relation au monde sont perturbées.

Les maladies mentales concernent le psychisme dans ses composantes affectives et intellectuelles. La maladie mentale est essentiellement souffrance. Ainsi, le patient est gêné dans son adaptation sociale. Elle entrave les relations avec les autres et lui-même. La maladie favorise l'isolement. La personnalité pathologique est alors empreinte d'angoisse et d'insécurité.

La psychiatrie de secteur organise différentes structures de soins adaptés aux maladies mentales dans les différents départements hospitaliers.

Le malade doit être intégré à son environnement pour préserver une proximité avec l'entourage.

La sectorisation se fonde sur des principes de soins concernant la proximité, la précocité de la prise en charge et la continuité thérapeutique.

Le secteur psychiatrique se constitue d'équipes pluri-professionnelles. Il a pour objectif la prévention, le diagnostic précoce, la mise en place des traitements et leur suivi. Le but est évolutif, cohérent, souple et coordonné.

I. Psychiatrie adulte

A. Les structures psychiques

En 1974, Jean BERGERET fait une distinction de « *La personnalité normale et pathologique* ».

Il établit un modèle de distinction fondé sur la structure de la personnalité (le rapport du sujet au monde), le caractère (le comportement général) et les traits de caractères (éléments particuliers d'un comportement). Son modèle dit structuraliste observe la distinction de quatre registres cliniques : la nature de l'angoisse latente, le mode de relation avec l'environnement, les mécanismes de défense principaux et l'expression habituelle du symptôme. A partir de là se distinguent trois structures : la névrose, les états limites et la psychose.

1. La névrose

D'après le livre Pierre ANDRE (2013) « *Psychiatrie de l'adulte* » : « On désigne sous le nom de névroses des groupes de symptômes et / ou des troubles du comportement et des conduites qui ont une répercussion sur la vie affective, relationnelle, sexuelle et sociale » (P. ANDRE, *Psychiatrie de l'adulte*, p. 21).

La névrose concerne les *maladies mineures* ne comportant pas de troubles graves du comportement. Le contact avec la réalité est maintenu.
« Le malade névrosé a conscience du caractère pathologique de son trouble » (Ibid, p.21).

Une prédisposition de la personnalité est en lien avec les manifestations névrotiques. Il s'agit d'une exagération des certains traits de la personnalité. Les facteurs psychologiques traumatisants se corrélient aux états névrotiques. Ils prennent origine dans l'histoire de la petite enfance du sujet ou dans la vie quotidienne. Ils s'associent au vécu de sa relation avec l'environnement.

2. Les états limites

Les états limites se situent entre un aménagement psychique appartenant à la psychose et un aménagement caractériel correspondant à la névrose. Le sujet présente un trouble de la personnalité rendant son adaptation à l'environnement inappropriée. Il en résulte des comportements inadéquats en lien avec un fonctionnement affectif et social altéré.

Etablir un diagnostic par la manifestation de symptômes appartenant à différentes pathologies psychiatriques demeure complexe.

« La confirmation du diagnostic viendra de l'étude du fonctionnement psychique du sujet, de l'analyse des processus mentaux, en particulier tels qu'ils apparaissent dans la relation que le patient *borderline** établit avec les autres. » (Ibid, p.108)

3. La psychose

« Les psychoses sont les maladies psychiatriques les plus graves» (Ibid, p. 77).

La *perte du contact avec la réalité* s'opère lors de symptômes délirants. Le délire fait une coupure avec l'opinion commune. Le contact avec le monde extérieur est perturbé. Le sujet adhère complètement à son délire, *sans le savoir* et *sans pouvoir s'en rendre compte*.

L'esprit du sujet est envahi d'idées fausses modifiant l'intégrité de sa personnalité.

« Le malade n'a pas conscience du caractère pathologique de son état, il est convaincu qu'il est dans le vrai. Pour lui, les autres se trompent et son comportement va découler de cette conviction pathologique» (Ibid. p.77).

La complexité de cette pathologie rend l'accès aux soins difficile. Il est parfois nécessaire de passer par une hospitalisation d'office* (HO) ou par la demande d'un tiers* (HDT).

Le malade peut adopter un comportement à risques pour lui et son entourage.

B. Schizophrénie

Avant l'arrivée de la terminologie schizophrénique, plusieurs pontes de la psychiatrie ont conceptualisés les symptômes la concernant. L'évolution sur la classification de la symptomatologie des troubles mentaux montre un ensemble de répercussion psychomotrice, spatio-temporel et chimiothérapique.

1. Evolution des conceptions de la maladie

Bénédict Augustin MOREL a perçu les processus démentiels particuliers des jeunes gens qui après l'adolescence tombent dans l'hébétude et l'obtusion. Les premières descriptions en sont la suggestibilité*, la stéréotypie des attitudes, des gestes et du langage, la catatonie*, les bizarreries et le négativisme.

En 1860, dans son *Traité des maladies mentales*, il baptise de « démence précoce » l'« immobilisation soudaine de toutes les facultés ».

a) *Dementia praecox de Emil KRAEPELIN*

Emil KRAEPELIN a déterminé pour la première fois la *dementia praecox* en 1893, dans la quatrième édition de son *Traité de Psychiatrie*, en la rattachant, avec la catatonie et la démence paranoïde, à la classe des processus psychiques dégénératifs.

Plus tard, E. KRAEPELIN précisera le tableau clinique et le cours évolutif de la démence précoce, qu'il considère comme une extension de l'entité décrite en 1871 par Ewald HECKER sous le nom d'hébéphrénie. Il mentionne comme principaux diagnostics différentiels la folie périodique (qui deviendra la psychose maniaque-dépressive), la paranoïa* et les psychoses organiques.

Dans la sixième édition du *Traité* parue en 1899, la *dementia praecox* intègre la catatonie, l'hébéphrénie et la démence paranoïde. Ces formes distinctes vont être liées par un ensemble dont le domaine paraît encore vaste. Dans ce sens, le concept de schizophrénie va s'ancrer. La diversité des symptômes qui la distingue constitue une sémiologie à peu près homogène.

b) *Schizophrénie de Eugen BLEULER*

Eugen BLEULER souligne l'importance cruciale de la contribution de KRAEPELIN.

La contribution de E. BLEULER (1911) ne se réduit pas à un changement de dénomination :

« J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le montrer, la scission des fonctions psychiques les plus diverses est l'un de ses caractères les plus importants. Pour des raisons de commodité, j'emploie ce mot au singulier, bien que ce groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies » (E. BLEULER, 1911).

E. BLEULER classe la schizophrénie en quatre sous-formes : paranoïde, catatonique, hébéphrénique et simple. Il distingue les symptômes fondamentaux pouvant faire défaut pendant toute la durée de la maladie ou aussi être présents en permanence.

Il constate une perte de la cohérence des associations (associations par assonance, condensations, stéréotypies, etc.), entraînant un appauvrissement de la pensée et un

trouble dans son déroulement temporel (bousculade des pensées, barrages). L'affectivité est constamment perturbée, tantôt labile, superficielle, oscillante, capricieuse et tantôt inappropriée, incongrue (parathymie).

E. BLEULER se convainc que « la symptomatologie qui saute aux yeux » a une fonction adaptative. Elle permet d'échapper à une situation devenue intolérable.

c) Evolution du concept

Kurt SCHNEIDER proposa des « symptômes de premiers rangs » considérés comme pathognomoniques. Ils se caractérisent par l'intervention d'autrui dans la pensée du patient.

« L'influence exercée sur la volonté lorsqu'elle est de nature psychotique doit être directement éprouvée comme une intervention étrangère » (K. SCHNEIDER, 1955).

Gabriel LANFELDT cible des symptômes typiques concernant la schizophrénie : la déréalisation*, la dépersonnalisation*, l'expérience d'influence (vol, imposition de la pensée), les hallucinations cénesthésiques, un trouble des associations et l'autisme.

d) Approche de la définition de schizophrénie

Il n'existe pas de définition universelle encore admise de la schizophrénie. Cependant, la schizophrénie est une modification durable et profonde de la personnalité. L'étymologie du terme schizophrénie vient du grec *skhizein* : fendre, et de *phren* : pensée.

Eugen MINKOWSKI pointe la perte de l'élan vital avec la réalité. Henri EY (1955) délimite la schizophrénie à un « groupe qui se caractérise par une désagrégation, une discordance fondamentale, qui a une tendance plus ou moins évolutive mais constante à enfermer l'activité psychique dans un monde hermétique et imaginaire »

La CIM-10 décrit la schizophrénie comme une catégorie de formes cliniques : paranoïde, hétéroforme, catatonique et indifférenciée. Le diagnostic met en avant une modification globale du comportement (perte d'intérêt, comportement sans but, retrait social, attitudes centrées sur soi-même) persistant pendant au moins un an.

Le DSM-IV propose pour la schizophrénie la présence de « symptômes caractéristiques » sur une durée requise de au moins un mois et la présence de deux ou plus de ces symptômes.

Les symptômes caractéristiques sont les idées délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé, un comportement désorganisé / catatonique, et symptômes négatifs (émoussement des affects, alogie, avolition).

e) Epidémiologie

Cette pathologie atteint la population actuelle sur une fréquence proche de un pour cent. La maladie se déclare précocement entre quinze et trente-cinq ans. Elle se répartit de manière égale chez les deux sexes. Dans dix pour cent des cas, les sujets atteints se donnent la mort et dans environ vingt pour cent des cas les sujets montrent une évolution favorable aux soins.

De façon générale, la maladie évolue tout au long de la vie. La schizophrénie est classée comme étant une pathologie chronique. Elle apparaît dans toutes les cultures et classes sociales.

f) Données étiopathogéniques

Actuellement l'étiologie de la schizophrénie n'est pas connue. Cependant la maladie présente des facteurs de susceptibilité : génétique, biologique (hypothèse d'un trouble métabolique de la dopamine), psychologique (l'origine proviendrait de la petite enfance dans le lien d'attachement mère-bébé).

L'association de ces facteurs suppose la maladie sur un modèle de vulnérabilité génétique associé à des facteurs environnementaux.

Une hypothèse neuro-développementale se fonde sur d'éventuelles perturbations au cours du développement cérébral durant la vie intra-utérine ou post-natal par l'imagerie cérébrale.

La consommation précoce de cannabis est un facteur de risque majeur dans l'apparition de la maladie.

g) Installation de la maladie

Le mode d'entrée dans la schizophrénie peut être aigu. L'apparition de bouffée délirante aiguë* en est la forme typique du début de la maladie. Cette phase ponctuelle surgit de manière inattendue pour le patient et est génératrice de souffrance psychique intense dont il n'a pas toujours conscience. Elle provoque une perte d'identité, un état de déstructuration de la conscience et de dépersonnalisation. Un état dépressif dit atypique s'accompagnant d'un syndrome dépressif franc. Il peut s'associer à une anorexie, une asthénie*, une insomnie et des troubles de l'humeur. L'individu montre un repli sur soi et un désintérêt pour le monde extérieur.

Un état d'excitation atypique se manifeste par une incohérence des idées de la personne sur un fond d'agressivité.

Il peut être difficile de repérer le caractère pathologique suite à divers troubles d'installation progressifs.

Les troubles de l'affectivité et du caractère se repèrent par un détachement des centres d'intérêts. Les manifestations affectives sont violentes. Elles déstabilisent l'entourage.

Des idées délirantes et des hallucinations développent la dépersonnalisation associée à la perte de l'identité corporelle. Dans ce cas le comportement devient étrange, impulsif et peut être lié à des préoccupations obsessionnelles sous formes de convictions bizarres ou des dysmorphophobies*.

h) Principes généraux du traitement de la schizophrénie

Les soignants se doivent d'être ancrés dans la réalité de façon sereine. Ils abordent les patients sans agressivité, ni peurs. Ces patients sont déjà angoissés par leur propre agressivité et la brusquerie de leurs mouvements affectifs.

Les soins se mettent en marche dans l'engagement thérapeutique. Le traitement institutionnel intègre le patient dans un cadre actif, vivant et rassurant pour lui.

La prise en charge se manœuvre par l'ensemble de l'équipe de soins. Il est nécessaire de respecter des conduites thérapeutiques coordonnées dans une

continuité de soin. Cette démarche cadre un repère contenant de l'espace institutionnel.

Les patients sont inscrits dans un projet thérapeutique individuel. Ce projet évolue compte tenu de leur amélioration clinique. Il peut s'orienter dans un cheminement d'adaptation sociale et professionnelle.

Le traitement médicamenteux favorise le pronostic de la maladie en atténuant les symptômes. Il peut désinhiber un patient dans le repli.

i) Clinique générale de la schizophrénie

Il existe trois formes cliniques individualisées :

L'*hébéphrénie* est une forme de dissociation avec une symptomatologie déficitaire. La pensée est pauvre, incohérente et désorganisée. Un repli sur soi est significatif. Il y a un vide émotionnel, une activité réduite et un apragmatisme* dominant.

La *catatonie* dans sa dimension comportementale manifeste des conduites négativistes, de refus, et des stéréotypies gestuelles. Il y a un maintien rigide des postures. Des épisodes impulsifs d'excitation auto ou hétéro-agressifs peuvent avoir lieu.

La *schizophrénie dysthymique* est d'allure cyclique, avec des périodes d'amélioration relevant d'une bonne adaptation sociale et des périodes moins favorables avec un suivi psychiatrique important. Cette forme se caractérise par des troubles de l'humeur alternant entre exaltations thymiques ou épisodes dépressifs.

Une fois la schizophrénie installée, la sémiologie comporte deux versants : un versant négatif présente une personnalité coupée du monde sur un mode dissociatif et autistique. Puis un second positif expose une construction délirante paranoïde du monde extérieur et de soi-même.

Le délire paranoïde est une perte de réalité. Il organise un univers subjectif sans logique et incohérent. Les thèmes du délire (persécution, influence, idées mystiques) sont liés à la dépersonnalisation et l'impression de transformations corporelles angoissantes et étranges. La perception des sensations pour le patient est indescriptible et anxiogène. Les mécanismes du délire peuvent être imaginatifs,

interprétatifs, hallucinatoires, cénesthésiques ou psychique. Ils s'efforcent de réunifier le corps et le psychisme du patient. Cette tentative de restructuration de la réalité lutte contre la perte du sentiment d'exister.

La discordance est une spécificité de la vie psychique des malades atteints de schizophrénie. Elle s'exprime par l'ambivalence, l'étrangeté, le détachement. Elle touche le registre intellectuel, affectif et comportemental. La discordance représente un manque de cohésion de l'adaptation du sujet à son environnement.

2. Répercussions psychomotrices

Les affects ne correspondent pas à la situation *a contrario* de l'absence de réactivité. Parfois des épisodes incompréhensibles de colère, d'agressivité ou de dépression discordante surviennent. Il y a apparition du « signe du miroir ». Le patient va contempler son image. Il s'interroge sur l'angoisse et la désorganisation de sa vie mentale, à travers la physionomie et l'expression du regard dans le miroir. Ce signe représente la dépersonnalisation et la perte d'identité.

Certains intérêts, fonctions cognitives et praxiques restent préservés selon l'individu.

L'agissement des patients est maniéré, théâtralisé. Ils s'engagent artificiellement dans leur relation au corps et aux autres. Les gestes semblent anarchiques, disharmonieux en l'absence d'efficacité, et de finalité. Les mimiques (contorsions, mouvements amplifiés, inadaptés) sont des éléments de la discordance.

Le comportement (lien entre les affects et l'expression corporelle) est dissocié. Les manifestations varient de façon brusque et fréquente. Il y a une ambivalence entre excitation et inhibition s'observant dans les manifestations psychomotrices. Les patients agissent de façon automatique. Sinon, il apparaît des expressions émotionnelles intenses et impulsives.

Les patients présentent une attitude corporelle raide, lourde, sans harmonie, ni aisance. Leur posture est en inadéquation avec l'environnement. Elle produit cette apparence d'étrangeté dans les interrelations, et favorise le repli social.

Les patients présentent des anomalies typiques de la motricité telle une pauvreté motrice ou à l'inverse une déambulation permanente, des balancements

continus. La mimique est réduite avec une expression faciale hébétée, voire parasitée par des grimaces, des comportements ritualisés.

Le trouble de la régulation tonique s'accompagne d'hypertonie, d'hyper-contrôle voire une absence totale de contrôle. Le tonus musculaire est également morcelé.

Des troubles de l'équilibre sont souvent liés à un déficit de maintien de l'axe corporel. La motricité globale, fine et faciale est perturbée.

Il s'y joint des signes neurologiques discrets, de confusion droite-gauche, de mauvaises coordinations, des inversions de mouvements, et des imitations involontaires de l'interlocuteur (échopraxie*, écholalie*).

Ces personnes apparaissent souvent comme maladroites. Des troubles du schéma corporel et de l'image du corps sont parfois massifs (impressions de morcellement, d'éclatement). Ce manque de contenance peut être dû à une défaillance d'intégration des limites corporelles. Les patients investissent indépendamment les membres de leur corps. C'est un aspect de la discordance. La désorganisation des praxies et les troubles de la régulation tonique reflètent cet éclatement.

Dans la schizophrénie, le corps ne fait pas sens avec la réalité. Le formalisme d'existence se maintient par l'entourage qui fournit les codes de compréhension et d'intégration de la réalité.

Le sentiment d'existence chez ces patients se réfère à l'action des autres. C'est une forme d'appel vers une demande affective, de structuration symbolique et de prises de décision dépendant de l'élaboration des autres. Ils transfèrent la responsabilité de leur activité mentale aux autres. Ils s'opposent à l'émergence d'une identité propre, potentiellement menaçante pour eux.

Le clivage corps et esprit morcèle la personnalité. L'un et l'autre sont chosifiés. L'étrangeté de l'esprit apparaît dans le langage en lien avec le délire. Le corps est réduit à sa fonctionnalité, à un morcellement d'action propre à une partie du corps. L'accès au symbolisme est un objectif de réconciliation pour réduire ce clivage. Cette capacité n'est pas totalement perdue mais son utilisation est rare. « Les préoccupations corporelles dans la schizophrénie sont multiples : dépersonnalisation, catatonie, convictions hypochondriaques, élaborations délirantes à thème somatique.

Elles émaillent l'évolution de la maladie, mais peuvent être aussi interprétées originelles par rapport à l'élaboration délirante. Le délire étant alors une tentative de « restructuration » de l'unité corporelle menacée par l'impression d'éclatement de la conscience de soi. Le corps ne sert plus alors de repère mais se situe en menace

d'éclatement, subissant l'influence des autres, ou perdant son identité matérielle. » (P. ANDRE, T. BENAVIDES, F. GIROMINI, *Corps et psychiatrie*, p. 126)

Les personnes atteintes de schizophrénie présentent des troubles de l'orientation dans le temps et dans l'espace, des troubles de la latéralité et de latéralisation. Les problèmes de rythme sont fréquents. Le patient adopte une attitude autistique. Il se contient dans un monde hermétique en dehors des notions de temps et d'espace. Il se construit une défense face au monde extérieur. La catatonie, l'inhibition réduisent la motricité et les échanges avec l'environnement (négativisme psychomoteur, inertie psychomotrice, stéréotypies, paramimie*, maniérisme et impulsions).

La scolarité n'est pas toujours achevée. Le maintien d'un emploi est difficilement possible par la répercussion des symptômes négatifs (ralentissement psychomoteur, baisse de motivation, perte d'intérêt, apparence négligée), d'un syndrome déficitaire et des effets secondaires aux traitements neuroleptiques. Sur le plan social, les malades sont souvent isolés, avec un réseau relationnel restreint.

3. Répercussions spatio-temporelles

Véronique DEFIOLLES-PELTIER évoque une « rupture de liens entre le temps et l'espace. Le temps représentant l'histoire du sujet et l'espace représentant son corps, le patient perd son unité psychocorporelle. Son corps n'existe plus et le sujet n'est que pensées déstructurées. » (V. DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, p. 223)

Les patients vivent des expériences déstructurantes à cause du délire ou des hallucinations. Ce vécu forme pour eux une réalité s'ancrant dans leur mémoire. La mémoire corporelle, sensorielle est plus vivante par rapport à la mémoire conceptuelle. Les expériences ont probablement un impact sur le corps, les mouvements et l'image du corps.

Le rapport au temps peut sembler différent. Il s'avère parfois compliqué pour les patients de le structurer. Un souvenir déterminé dans le passé peut leur

apparaître plus lointain ou alors plus récent. Un patient appelle régulièrement l'hôpital pour demander la date du jour et quand à lieu son rendez-vous par exemple. Les notions de temps et d'espace sont indispensables pour assurer un espace transitionnel sur lequel se fonde la vie culturelle de l'adulte. Cette espace est une illusion entre le subjective et la perception objective. Cette zone intermédiaire se dédie à l'expérimentation.

4. Effets des neuroleptiques

Définition des neuroleptiques : « Ils ont pour propriété de réduire les états d'excitation et d'agitation. Ils ont aussi une action sédatrice sur les troubles psychotiques aigus et chroniques. Ils ont des effets indésirables de type neurologique, extrapyramidaux et végétatifs » (P. ANDRE, *Psychiatrie de l'adulte*, p. 209).

Ils n'empêchent pas leur prescription mais conduisent à une stratégie d'adaptation. Il est difficile de définir les effets secondaires du traitement neuroleptique sur un patient donné. Il est question du temps depuis lequel il le prend. Il faut prendre en compte certaines irrégularités dans sa prise (oubli, refus). Les médicaments provoquent néanmoins des effets fréquents sur la motricité. Il se manifeste des *effets extrapyramidaux* : crises dystoniques des muscles oculaires, bucco-linguo-faciaux, et le long de la colonne vertébrale. Il peut y avoir une akinésie* ralentissant la marche, touchant les expressions du visage, les gestes. Il existe aussi une akathisie*, une tasinésie* empêchant le sujet de rester immobile et provoquant la présence de tics.

Sur le plan *neuro-végétatif* : une sécheresse de la bouche ou au contraire une salivation excessive peut être constatée. Les yeux se dessèchent et la vision peut être floue. Le patient se sent constipé, il peut avoir des difficultés à uriner. En se levant, il peut s'avérer en hypotension.

C. Représentation de soi

La conscience d'être au monde et pour soi se développe dès la naissance. La représentation de soi s'élabore psychiquement et physiquement. Les concepts de schéma corporel, d'image du corps et d'identité sexuée participent à cette construction identitaire.

1. Schéma corporel

Julian de AJURIAGUERRA (1970) propose la définition suivante du 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. »

Le schéma corporel est notre perception de notre corps et l'image de notre corps comme modèle permanent. Il se construit grâce à nos expériences vécues tout au long de l'enfance jusqu'à onze ans.

Pour Paul SCHILDER c'est une représentation que chacun a de son corps, immobile ou en mouvement dans l'espace. Henry HEAD le voit comme un modèle postural. Jean LHERMITE insiste sur la nécessité des praxies qui ont un rôle dans les données kinesthésique et visuel. Jean BERGES le conçoit comme une armature ou une enveloppe. Maurice MERLEAU-PONTY décrit la sensation de corporéité comme la conscience des postures.

Le développement de l'affectivité est en lien avec la motricité. Le schéma corporel se constitue lentement en lien avec la maturation du système nerveux, l'environnement dans lequel les mouvements évoluent, et la tonalité affective qui s'y associe. La conscience du corps se perçoit par l'ensemble des représentations motrices (mouvements, attitudes et postures).

Le schéma corporel s'établit sur les perceptions internes et externes du corps. Il est en perpétuelle construction.

La sensorialité se développe dans l'expérimentation corporelle et la reconnaissance des parties du corps de l'autre. L'expérience du miroir renvoie une vision unifiée du corps. Elle permet l'élaboration d'une réalité, d'un imaginaire et de la fonction symbolique. Le tonus fait émerger la sensation d'enveloppe par la compréhension

des états toniques comme expression de bien-être ou mal-être. De là naît le « sentiment de corps propre » selon Henri WALLON.

Le vécu sensori-moteur développe la symbolisation. Elle associe les images mentales à la représentation kinesthésique du corps. D'où l'importance de l'intégration des expériences perceptivo-motrices. Suzanne ROBERT-OUVRAY insiste sur l'importance de l'étayage tonico-émotionnelle et de la parole.

L'unité psychocorporelle se tisse au cours des étapes du développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. La « genèse de l'axe corporel » selon André BULLINGER est un repère permettant de ressentir la continuité du corps.

Cette unité s'enrichit dans l'expérimentation du corps propre avant de fonder les représentations que sont le schéma corporel et l'image du corps.

Le schéma corporel est une réalité permanente selon Pierre BONNIER et H. HEAD (Henri HECAEN, J. AJURIAGUERRA, 1952). Ils confèrent une valeur spatiale aux sensations par le sentiment de présence du corps. Le corps agit sur les objets qui nous entourent. Pour nous déplacer, il nous faut avoir de façon plus ou moins consciente « l'idée de notre corps ». En d'autres termes, elle représente la perception des stimulations dans le moment présent. Elle va élaborer un souvenir de notre vécu. La perception accorde les données kinesthésiques, visuelles, vestibulaires.

La somatognosie* est la connaissance de notre corps et des relations entre ses différentes parties. Elle joue un rôle important dans l'édification du schéma corporel.

Le schéma corporel est le support neurologique de l'image du corps.

2. Image du corps

L'image du corps est la « représentation psychique du corps », c'est-à-dire comment le corps se représente psychiquement pour un sujet.

L'image du corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects.

Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient. Elle s'appuie sur les affects.

L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi. Elle intègre le corps comme un principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors (P. SCHILDER, 1968).

Nous pouvons observer certaines caractéristiques de cette image du corps. Elle s'acquiert plus tard que le schéma corporel (Anne SANGLADE, 1983).

L'image du corps s'assimile à la représentation de soi, c'est-à-dire au « corps objectalisé » qui médiatise la relation à l'autre et agit comme le passage entre le dedans et le dehors, entre le Moi et les autres. Cette représentation de soi dépend des relations aux autres et de leur qualité, ainsi que de la formation du narcissisme.

A tout moment elle peut être modifiée. L'image du corps est individuellement liée à l'histoire du sujet, elle est donc subjective. Mais susceptible de subir des remaniements tout au long de la vie selon les événements. Elle peut s'éprouver solide ou détruite, désirée ou rejetée, elle est liée à l'épreuve du narcissisme et à la vie relationnelle » (A. SANGLADE, 1983).

Cette définition insiste sur la relation de l'image du corps avec le narcissisme (Françoise DOLTO, 1984).

Le concept d'image du corps se représente comme un espace mental. Il s'étend à celui de « Moi-peau », cette « peau pour la pensée » décrite par D. ANZIEU (1985).

L'image du corps est un opérateur psychique. Elle structure et organise la personnalité. Elle coordonne les bases du narcissisme (Moi-Peau : la peau est la frontière entre le dedans et le dehors) et la sexualité infantile (stade oral, anal et génital).

a) *Paul SCHILDER*

Paul SCHILDER propose un abord bio-psycho-social du corps. Le corps forme une gestalt que la psyché investit pour encadrer l'ensemble des mouvements traversant l'image du corps. Elle valorise le concept d'une image dynamique, complexe et conflictuelle. L'image du corps est la représentation qu'un sujet possède de son corps dans l'expérience. La fonction de l'image du corps est d'organiser l'expérience corporelle dans une unité pour être pensée.

Pour P. SCHILDER, elle est réalité psychologique et affective. Elle associe les représentations du vécu corporel avec la libido.

Les termes images du corps, schéma corporel (ou modèle postural du corps) sont chez P. SCHILDER équivalents car engagés dans l'expérience.

b) *Françoise DOLTO*

Françoise DOLTO distingue le schéma corporel par la représentation cognitive du corps et l'image du corps comme l'investissement libidinal de celui-ci. L'image du corps est une représentation fantasmatique du corps dont une grande partie est inconsciente.

F. DOLTO a influencé la réflexion à propos des concepts de schéma corporel et d'image du corps. Elle donne cette définition : « L'image du corps n'est pas une donnée anatomique naturelle comme peut l'être le schéma corporel ».

Elle énonce que « L'image du corps est propre à chacun : elle est liée au sujet et à son histoire. Elle est spécifique d'une libido en situation, d'un type de relation libidinale ». Elle « est la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain. Elle est le lieu inconscient d'où s'élabore toute expression du sujet ».

L'image du corps est donc subjective, libidinal et inconsciente. Elle est liée aux émotions, à leurs modalités expressives, à l'érotisation de la sensorialité à la période prégénitale et au désir du sujet. Elle serait une forme de mémoire inconsciente du corps en relation.

F. Dolto attribue trois modalités, reliées entre elles, à l'image du corps. Elles animent le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution.

- *L'image de base* : c'est une structure permettant de se sentir exister de façon continue. F. DOLTO la nomme *narcissisme primordial*. Elle « donne le sens de l'identité sociale, symbolique. La valeur et l'importance du prénom ». Elle rejoint la notion de *continuité d'existence* chez D. WINNICOTT et Geneviève HAAG en lien avec l'identité.
- *L'image fonctionnelle* : représente « l'image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir. Ce qui passe par la médiation d'une demande localisée dans le schéma corporel, en un lieu érogène où se fait ressentir le manque spécifique, ce qui provoque le désir. C'est grâce à l'image fonctionnelle que les pulsions de vie peuvent, après s'être subjectivées dans le désir, viser à se manifester pour obtenir plaisir, s'objectiver dans la relation au monde et à autrui ».
- *L'image érogène* : « elle est associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpés,

traits et trou, imaginés doués d'intentions émissives actives, ou réceptives passives, à but agréable ou désagréable ».

Eric. W. PIREYRE dans sa « *Clinique de l'image du corps* » (2015) explique que « l'implication de la libido, l'importance de l'autre et du désir du sujet envers ce dernier, les notions d'activité et de passivité, d'émission et de réception ainsi que la notion de plaisir et déplaisir nous autorisent à nommer dès maintenant identité sexuée l'image érogène ».

Eric. W. PIREYRE reprend les « castrations symboligènes » de F. DOLTO. Pour elle, elles symbolisent les étapes de développement psychoaffectif de l'enfant. La castration ombilicale contribue à la nomination de l'enfant lui donnant son identité, son identité sexuée et sa place dans la société. Elle inscrit l'évolution de l'image du corps. La période orale donne cours « au désir et à la possibilité de parler ». La castration anale permet le « contrôle des pulsions motrices nuisibles, initiation au plaisir langagier de communication, mesure et maîtrise de la force [...] tout cela permet au sujet d'advenir à son entretien, à sa conservation, à la déambulation dans l'espace puis à la créativité industrielle ou ludique ». La castration génitale non œdipienne permet à l'enfant de faire la distinction entre les sexes s'avérant fondamentale pour l'identité sexuée dans l'image du corps. L'image du corps au moment de la castration œdipienne « doit s'accorder dans la réalité à un corps qui sera plus tard celui d'une femme ou celui d'un homme ». « Cette dernière castration est initiatrice de la vie sociale ». Cette théorie de F. DOLTO élabore les étapes du développement de l'image du corps.

c) *Eric W. PIREYRE*

Eric W. PIREYRE pense l'image du corps sous l'hypothèse d'une forme composée d'éléments divers. Il évoque différentes conceptualisations : le *Moi-peau* de D. ANZIEU et les *angoisses corporelles* en lien avec les premières années de l'histoire relationnelle du sujet.

Il rappelle que l'image du corps se construit dans cette période dite de archaïque. Il formule que la continuité d'existence, l'identité et l'identité sexuée sont en construction. La libido n'est pas encore fixée sur les zones génitales mais va trouver sa place dans différentes zones du corps. Le corps n'est pas encore maîtrisable en

réponse aux flux sensoriels qui traversent le tonus et la motricité. Cela est dû à une immaturité neurophysiologique. Les mécanismes de défense du moi ne permettent pas encore un système de pare-excitation mature, rendant la dépendance à l'autre totale. La communication peut se faire uniquement par le dialogue tonico-émotionnel et avec la parole de l'autre.

De ce fait, pour E.W. PIREYRE la dimension inconsciente de l'image du corps n'est pas précise. « L'image du corps ne peut être monolithique ». L'image du corps comprend des concepts différents, des zones du corps différentes. Elle est liée à l'immaturité originelle, la maturation neurologique, au cheminement intracorporel de la libido dans le développement, aux angoisses archaïques, à l'organisme et aux pulsions.

« Les étapes sont trop nombreuses et hétérochrones ».

E.W. PIREYRE développe le concept *d'image composite du corps* pour intégrer les sous-composantes de l'image du corps suivant :

- La *sensation de continuité d'existence* est en partant de Winnicott, la continuité de la vie réelle qui se prolonge même en cas de menace. C'est une forme de sécurité interne qui structure le moi. Les rôles, de la sensorialité, du tonus, des émotions et de l'environnement structurent l'acquisition d'une identité claire et stable.
- *L'identité* se construit à partir de la sensorialité, du dialogue tonico-émotionnel, de l'assignation du prénom par les parents et par le regard. Le processus d'individuation s'ancre dans le corps.
- *L'identité sexuée* se construit après la différenciation biologique des sexes. Elle s'établit par les sensations corporelles, l'assignation, les croyances subjectives et sociales.
- *La peau physique et psychique* est immature à la naissance. Elle est investie par les relations à l'autre et la libido qui traduit le phénomène de contenance physique et psychique que D. ANZIEU appellera *Moi-peau*. Les orifices du corps jouent un rôle dans l'investissement relationnel au cours du développement psychoaffectif de l'enfant.
- *L'intérieur du corps*, l'immaturité osseuse et tonique procure un vécu d'enfoncement ou d'effondrement au bébé. L'axe corporel est fragile et le tonus est imparfait. La peau physique est vulnérable et provoque l'impression d'un risque d'éclatement. Le vécu de l'intérieur du corps demeure particulier.

- *Le tonus* est sous l'influence de la maturation neurologique et du vécu des premières relations de l'enfant. Des traces vont s'inscrire dans le corps de par ces premières expériences relationnelles.
- *La sensibilité somato-viscérale* se base sur un seuil subjectif selon deux mécanismes. Le cheminement de l'information sensorielle s'en remet au système nerveux dans un premier temps. Puis, l'inhibition régule le traitement des stimulations sensorielles. Ces mécanismes se relient à l'attention des perceptions précoces, affectives et cognitives.
- *Les compétences communicationnelles du corps* passent par des canaux déterminés. Ils constituent le dialogue tonico-émotionnel théorisé par H. WALLON et J. AJURIAGUERRA. Les canaux comprennent les modifications toniques, réactions de prestance, attitudes corporelles, mimiques / activités motrices, gestualités et le regard.
- *Les angoisses corporelles archaïques* les plus communes sont la chute, le morcellement, la liquéfaction et la dévoration. Elles s'intègrent au développement de l'enfant. Elles s'inscrivent dans notre inconscient et s'expriment dans certains aspects de notre personnalité.

3. Identité sexuée

a) Distinction genre et sexe vers le concept d'identité sexuée

Les concepts de sexe et de genre ont trouvé une voie de distinction suite aux travaux du psychologue John MONEY en 1955. Il s'appuie sur la dominance de l'éducation sur la nature biologique du sexe en ce qui concerne l'acquisition du comportement masculin ou féminin d'un individu : l'empreinte psychologique l'emporte sur le biologique dans la constitution du sentiment d'appartenance sexuelle.

J. MONEY distingue le genre relié au domaine psychologique et social, avec le sexe fondé sur la biologique.

Robert Jesse STOLLER s'interroge sur l'ambiguïté sexuelle génitale et les actions qui l'incarnent et les conséquences psychiques de telles anomalies sur la constitution de l'identité. Il s'oriente sur les individus dépourvus d'anomalies biologiques souffrant de contradiction entre leur sexe anatomique et leur ressenti psychique.

Le concept d'identité de genre fait la distinction entre les données biologiques qui font objectivement d'un individu un mâle ou une femelle, et celles, psychologiques et sociales, qui l'installent dans la conviction d'être un homme ou une femme.

Le masculin et le féminin se distingue par les instances (l'environnement culturel et social dans lequel évolue l'individu) qui assignent une signification aux expériences, aux êtres et aux choses.

La masculinité et la féminité sont issues « d'une croyance, non d'un fait indéniable ». (R.J. STOLLER, 1989)

Ces concepts fluctuent selon les changements de la société. R.J. STOLLER décèle un mélange de masculinité et de féminité en chaque individu, non pris en considération par l'usage unique des termes « mâle » et « femelle ».

Un individu de sexe masculin peut se sentir plus ou moins féminin sans pour autant éprouver le sentiment fondamental d'être une femme et inversement.

Colette CHILAND reprendra les œuvres de R.J. STOLLER et privilégiera le terme « identité sexuée ». Elle distingue ce qui relève du sexué dans un premier temps comme division de l'espèce humaine en deux sexes, c'est-à-dire la sexuation. Dans un second temps, elle revient au sexuel pour qualifier la rencontre des sexes, aux relations sexuelles ou la sexualité.

Sexué et sexuel représentent deux entités distinctes nécessitant d'être considérées séparément.

Des dysfonctionnements sont observables au niveau de l'identité sexuée sans pour autant toucher l'orientation sexuelle. A titre d'exemple un transsexuel, présentant une perturbation majeure de son identité sexuée, ne montre pas pour autant un trouble dans son choix d'objet sexuel. Inversement un individu bien au clair quant à son identité sexuée peut présenter une orientation sexuelle inversée, dite homosexualité. Les facteurs psychologiques sont privilégiés, l'identité sexuée se révèle par essence toujours subtile et plurifactorielle.

b) Constitution de l'identité sexuée

Le sexe biologique est déterminé au cours de la grossesse vers la fin du quatrième mois. L'identité sexuée se met en place plus tard et fait partie de l'image du corps. « En résumé, le sexe est au commencement issu de la biologie : il possède une réalité génétique, puis gonadique avant de devenir sexe corporel sous la forme

d'organes génitaux internes, d'organes génitaux externes et de caractères sexuels secondaires ». (Véronique ROUYER, 2007)

A la naissance, l'environnement humain désignera le bébé comme masculin ou féminin. C'est le sexe d'assignation. Cependant le fait de se sentir un homme ou une femme ne relève pas complètement de la biologie. L'identité sexuée se construit. « On ne naît pas homme, on le devient. » ERASME

Sigmund FREUD décrit en 1905, « une disposition bisexuelle originelle chez tout être, qu'il soit homme ou femme. De cette bisexualité biologique découle la bisexualité psychique : il existerait du masculin et du féminin chez tout être humain ». Les psychanalystes actuels impliquent la différence des sexes, le processus identificatoire œdipien et les sensations corporelles provenant des organes génitaux dans la construction de l'identité sexuée. Cette construction se fait de la naissance jusque dans la période précœdipienne.

Selon C. CHILAND, l'identité sexuée est « une construction psychique qui prend place au sein de la triade père-mère-enfant et comporte des aspects à la fois objectifs et subjectifs. L'identité sexuée est une croyance subjective qui s'élabore dans les premiers mois de la vie, voire avant ».

Suite à l'assignation du sexe à la naissance, les deux parents vont se comporter de façon indépendante avec un garçon ou une fille. Ce qui compte également c'est « l'activité et les réponses de l'enfant face aux attitudes et aux comportements des personnes de son entourage » et l'importance de « l'interprétation et le sens qu'il donne à ses expériences, à ce qu'il vit dans ses relations interpersonnelles ». L'identité sexuée se façonne sur la base des données biologiques, affectives et sociales. Le rôle de l'environnement donne des informations inconscientes parfois contradictoires, des parents à l'enfant.

L'identité sexuée se fonde sur le sentiment d'appartenir à un sexe ou un autre indépendamment de la réalité des organes génitaux. Cependant il faut prendre en compte les facteurs psychologiques, biologiques et les déterminants anatomiques sur lesquels elle se base. En ce sens, l'identité sexuée s'ancre sur l'apparence du corps. « Il est important que le corps vécu se situe par rapport à des systèmes de lois multidimensionnels. D'une part, le corps peut se saisir dans sa manière d'être, uniquement d'après une loi, un code, par rapport à lui-même ; c'est à dire qu'il peut se ressentir bon ou mauvais. D'autre part, ce corps se situe dans ses rapports à autrui (corps reconnu). Pour le travail thérapeutique, il importe qu'il existe des systèmes de lois, différents selon le plan auquel on se situe, permettant de situer le

corps ressenti et le corps reconnu ». (MICHEL. A. (2006), *Les troubles de l'identité sexuelle*)

II. Approche corporelle

A. Définitions

Le tonus joue un rôle important dans la qualité du geste. Une bonne régulation tonique assure un mouvement harmonieux. La perception motrice du mouvement et l'image motrice associée permettent de s'ajuster à l'environnement.

1. Tonus

Définition de Foix et Rondo : « Le tonus est l'état de tension permanent des muscles : tension active, involontaire, variable dans son intensité, selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent. ».

Le tonus se développe dès la naissance. Il s'adapte aux stimulations de l'extérieur et de l'intérieur du corps. Le tonus musculaire est un phénomène musculaire complexe. Il assure le maintien de la posture dans l'immobilité et le mouvement. Jean BERGES explique que le tonus ne se répartit pas de façon uniforme dans le corps. Il y a deux organisations différentes axiales (ou posturale) et périphériques (cinétique). La base de l'organisation psychomotrice se fonde sur un développement harmonieux des deux. Le tonus est le support des émotions et soutient la communication infra-verbale. Il nous renseigne sur nous et sur les autres.

Il y a trois niveaux de tonus :

Le tonus de fond se caractérise par un état de légère tension des muscles, permanente et involontaire, qui ne disparaît pas, même pendant le sommeil. Il est marqué par les émotions et il joue un rôle dans l'expressivité de certains mouvements.

Le tonus postural est l'activité tonique minimale permettant de maintenir la posture. Il est souvent automatique mais l'on peut agir dessus.

Le tonus d'action regroupe l'ensemble des variations de tensions musculaires qui

prépare et soutient le mouvement. Il se recrute dans une action volontaire ou dans les réflexes.

2. Geste

Le geste est une combinaison de mouvements formant une action consciente et intentionnelle dirigée vers un but.

3. Mouvement

Définition du *Larousse* : « Déplacement d'un corps, changement de position dans l'espace. Action de se mouvoir, changer de place, de modifier la position d'une partie du corps. Ensemble de gestes, de déplacements du corps orienté dans un but esthétique, athlétique, etc. »

Le mouvement est lié au corps et à l'espace. La maîtrise de son organisation permet d'explorer l'espace dont le corps est le référentiel de base.

4. Perception du mouvement et image motrice

Le corps reçoit des informations sensorielles grâce aux sens : le toucher, l'ouïe, le goût, l'odorat et la vue. On est capable de les localiser. Le corps prend en compte la sensibilité somato-viscérale. Elle est plus difficilement perceptible. Les organes sont traversés par la vie affective.

Les images motrices sont une représentation consciente et inconsciente d'un mouvement. Elles sont liées aux affects, à la pensée et à l'expérience d'un individu. La prise de conscience de ces stimulations participe à la constitution du schéma corporel.

B. Mouvements et relation

L'investissement corporel transmet un grand nombre d'information. En dehors de la parole, il s'instaure un dialogue tonico-émotionnel dans la relation à l'autre. Il se comprend de par une gestualité communicative.

1. Dialogue tonico-émotionnel

Julian De AJURIAGUERRA emploie ce terme en 1962. Il s'inspire du dialogue tonique de André WALLON : « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé dialogue tonique ». (J. De AJURIAGUERRA, *De la psychomotricité au corps dans la relation avec autrui, à propos de l'œuvre de Henri Wallon*).

Il est développé dans la relation du bébé avec ses parents au cours des interactions qu'ils vivent ensemble. Ils communiquent par le toucher, le portage, la qualité du contact et les émotions. Il s'agit d'un échange, d'un dialogue corporel entre deux personnes. Le dialogue tonico-émotionnel implique le tonus en relation avec les émotions et la façon dont elles sont vécues.

2. Gestualité communicative

Jocelyne VAYSSE (1997) explique que le mot anglais *kinésique* décrit l'action motrice et le langage. Elle explique que « tout sujet exprime sa pensée par la vocalité (intonation, prosodie) et la kinésique ».

J. VAYSSE reprend WATZLAWICK disant « on ne peut pas ne pas communiquer ».

Le corps en mouvement est un langage et le langage est un mouvement. Nous communiquons par lui au cours de situations en lien avec l'environnement dans lequel nous interagissons.

Les *gestes communicatifs* ont une valeur informative et les *gestes synchronisateurs* ont une valeur de médiateur dans les échanges. Les deux réunis forment la *synchronisation interactionnelle*.

La kinésique renvoie aux symboles mentaux et aux émotions.

Selon J-C. SERRE (1984), il existe différents types de mouvement.

La *téléocinésie* est une activité motrice ayant un objectif. La *sémiocinésie* correspond aux gestes de la vie sociale. La *morphocinésie* est la reproduction de formes, comme dans certaines pratiques artistiques (danse, peinture) dans une intention esthétique et subjective.

J. COSNIER et J. VAYSSE distinguent certains gestes en lien avec la communication. Les *quasilinguistiques* ont la valeur significative d'un mot ou d'une expression. Les *co-verbaux* sont en lien avec la parole, les mimiques, gestes rythmés et paraverbaux. Les synchronisateurs surviennent dans le discours que ce soit par celui qui parle ou celui qui écoute. Ils font partie de l'échange.

Le regard et les réactions de prestance sont aussi des mouvements communicationnels.

III. Cadre conceptuel et psychomotricité

A. Groupe et psychomotricité

Définition du groupe, dans le *Robert* : « Ensemble de personnes ayant quelque chose en commun. »

Le cadre institutionnel constitue une enveloppe groupale initiale pour assurer la relation entre les soignants et les soignés. La psychomotricité structure des groupes dans ce cadre institutionnel.

La thérapie psychomotrice individuelle et groupale engage la réflexion sur des plans différents. La psychomotricité permet de se poser la question sur la place du corps dans un groupe.

Dans la construction identitaire de l'enfant, il est question du sujet et de son entourage. Elle se développe dans le groupe de l'environnement familiale, culturel et

sociétal. Les expériences de la vie se structurent pour l'individu par les groupes. Elles s'éprouvent dans le temps, l'espace, la relation à soi, aux autres, au corps, aux objets tout au long du développement psychomoteur.

La psychomotricité fait une lecture du corps dans le groupe. Les abords du travail sur la corporéité naissent dans le groupe. La corporéité renvoie à son propre corps, celui d'autrui et le corps des autres qui forme le « corps groupal ». La notion de « corps groupal » définit le déroulement de l'élaboration d'un aspect psychocorporel qui donne vie au groupe.

La corporéité comprend notre relation à l'environnement, notre existence dans un investissement corporel représentatif. Elle s'engage dans une spatialité, temporalité inscrite dans la rencontre. Le dialogue corps-espace-temps régule l'intensité des échanges relationnels. C'est l'amalgame des différents investissements entre les membres d'un groupe qui va donner une teinte singulière à celui-là.

Le groupe est une enveloppe dont les limites sont sensibles. Si les investissements exercent des pressions trop intenses dans le groupe. Le groupe risque son éclatement. Dans le cas contraire, un manque de stimulation peut provoquer sa dissolution. Le groupe doit trouver son équilibre pour qu'il tienne.

D. ANZIEU (1975) métaphorise le groupe comme un « corps » et les individus constituants le groupe comme des « membres ». Ils projettent le désir inconscient de trouver une place dans un corps vivant.

Le sentiment d'appartenance à un groupe implique des repères corporelles et vestimentaires. Ils signifient l'adhésion à un corps commun. Le corps évolue en passant par des mouvements, traces s'ancrant dans un vécu intériorisé et une continuité.

Chaque membre du groupe interagit dans un travail individuel interne sur sa propre psyché, sur son propre corps. Ils s'étayent les uns les autres sur leurs propres constructions psychocorporelles. Cette diffraction place l'individu à la place de l'autre autant que l'autre ce met à sa place

D'après Catherine POTEL (2002), le groupe s'oppose à l'individuel. Il disperse les phénomènes transférentiels pour faciliter les transferts latéraux. Le groupe diversifie les figures identificatoires. Il relance les relations. Des émotions diverses vont s'éprouver dans le groupe. Le tissu relationnel du groupe aide au travail de

chacun. Cette fonction du groupe nous permet de le considérer dans la thérapie psychomotrice comme potentiellement actif dans le rôle du soin.

Les émotions, les affects et les sentiments vont pouvoir se jouer dans l'espace temporel, fantasmatique et scénique du groupe. Les participants s'y présentent dans un intérêt commun où chacun tient une place singulière selon sa position dans le groupe.

Le psychomotricien sécurise chacun physiquement et psychiquement. Il soutient le cadre du groupe. Il structure des repères stables qui assure la contenance symboligène du vécu du groupe par des règles et interdits à respecter. Il joue un rôle de pare-excitant des excès pulsionnels. Le, les thérapeutes représentent des figures parentales. La question de l'âge n'importe pas. Ils présentent l'organisation du cadre. Ils lient les participants au groupe autour d'une médiation.

La médiation corporelle en psychomotricité concerne tous les membres du groupe. Elle favorise l'échange entre eux. La médiation guide une créativité latente, mobilisée dans un espace transitionnel.

La créativité du psychomotricien étaye la relation aux patients. Il les accompagne dans l'identification des expressions qu'ils manifestent, pour les associer à leur unicité en tant qu'être humain. Le groupe rassemble la créativité de chacun. L'unité d'un groupe se construit à plusieurs. La vie imaginaire et fantasmatique anime le groupe, comme un corps. Les effets de groupes (conflits, ententes, amours, haines, passages à l'acte) découlent des affects naissant à l'intérieur.

B. Psychomotricité en psychiatrie

Jean-José BARANES spécifie la psychomotricité en tant que champ « d'entre deux, entre le corps et la psyché, entre éducation corporelle, l'expression par et dans le corps, et la thérapie ». (Catherine POTEL, *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2008)

La psychomotricité est plus populaire dans son intervention auprès de l'enfant et de l'adolescent. Elle se légitime au sein de la clinique de l'adulte en prenant compte de sa particularité, surtout en psychiatrie. Le contact avec un adulte et un enfant est bien distinct, le rapport au corps n'est pas le même. Pour cela il faut spécifier l'évaluation psychomotrice et l'approche singulière de la psychiatrie adulte

dans la pratique. Il s'agit de réfléchir à la manière dont le patient psychotique habite son corps pour lui et dans la relation avec les autres. Le psychomotricien cherche à aborder le corps dans sa relation avec le sujet, autrui et l'environnement. Il a une approche globale de l'être humain dans son unité par la relation. L'objectif est de redonner au patient une représentation unifiée de son corps.

Le bilan psychomoteur est un ensemble de tests standardisés explorant l'intégralité des compétences psychomotrices, les coordinations dynamiques générales, les coordinations oculo-manuelles, le schéma corporel, l'image du corps, la latéralité, l'espace, le temps et le tonus. Il se fait au Centre Médical Psychologique (CMP), à l'hôpital de jour, et en intra-hospitalier selon la prescription des médecins. Il permet de dégager la problématique du sujet. La problématique sera reprise dans l'examen clinique.

L'examen clinique du psychomotricien étudie le motif de consultation du patient et la façon dont il exprime son vécu corporel.

Cette verbalisation renseigne sur comment il perçoit son existence. Cette matière nous oriente pour extraire des axes thérapeutiques adaptés, en lien avec la problématique psychomotrice singulière et la demande de l'individu.

Dans ce cas, il est important de respecter la demande et de penser un projet autour de celle-ci.

Le symptôme inhérent de la demande corrobore à l'histoire du sujet sur une période plus étendue que chez l'enfant. L'histoire de la vie du sujet va modifier sa relation au monde et à lui-même. L'expression émotionnelle de l'individu raconte la construction de sa singularité et laisse des traces de son parcours.

Le psychomotricien s'engage corporellement dans une relation avec le patient pour l'aider à verbaliser les contenus de sa pensée, ses plaintes, somatiques et psychiques. La pathologie peut créer un écart entre le discours du malade et la réalité de son vécu. L'abord psychomoteur nuance la parole pour revenir à une certaine justesse.

En psychiatrie adulte, la distance relationnelle est à moduler au cas par cas. Il permet d'assurer aux soignés et aux soignants une distance de sécurité qui n'engage ni crainte, ni menace, réciproquement.

L'établissement d'une enveloppe relationnelle de confiance est l'essence de l'alliance thérapeutique à venir.

En psychiatrie adulte, la souffrance s'exprime parfois spontanément ou se dissimule. Le psychomotricien assure une contenance physique et psychique qui met à distances les angoisses et comprend les manifestations de désorganisation motrice. Le psychomotricien étaye le patient s'il perçoit des excitations néfastes provenant de l'environnement.

Pour Françoise CANCHY-GIROMINI, ancienne directrice de l'institut de formation en psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, en psychiatrie adulte « le travail va consister à rendre possible, à travers leur agir, par l'expressivité de leur corps, la représentation de leur problématique personnelle et existentielle, c'est-à-dire leur donner un nouvel espace de communication inter-humaine ». (F. CANCHY-GIROMINI, (2001), Corps et paroles sur le corps, p. 120.)

A terme, « l'objectif attendu d'une prise en charge en psychomotricité est d'obtenir un équilibre « psycho-corporel » ». (Alexandre CHRISTODOULOU, « Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte », Evolutions psychomotrices, (2006), vol. 18, n°71, p. 7.)

Cet objectif nécessite une prise en charge thérapeutique, élaborée en fonction de la connaissance du patient, de son histoire et du contexte de la rencontre avec le sujet. Le suivi se fera en fonction de l'état du patient : l'abord d'un patient en crise n'est pas le même que dans le cas d'un patient stabilisé.

La prise en charge est encore différente dans le cas de patients chroniques, rencontrés sur un mode ambulatoire, après leur sortie de l'hôpital psychiatrique.

Cette approche spécifique de la clinique en psychiatrie adulte justifie l'intérêt de la psychomotricité. L'objectif du travail est de réinvestir le patient dans son corps par la relation de confiance avec le psychomotricien.

La pratique n'est pas figée et s'oriente selon la pathologie du patient et de la façon dont se manifestent ses troubles. Ce travail vise l'appropriation subjective du corps et de l'histoire du sujet. Il engage l'activité corporelle comme un médiateur. Michel BERNARD a écrit l'article psychomotricité dans *L'Encyclopaedia Universalis*. Il y évoque la particularité de notre prise en charge au moyen de techniques variées et définit : « La psychomotricité s'adresse à l'être dans sa totalité... Son domaine recouvre, en somme, toute la maîtrise du comportement ».

Conclusion théorique

La psychiatrie prend en charge de nombreuses pathologies dont différentes structures psychiques comme la psychose. La schizophrénie connaît une longue théorisation. Les malades en souffrants manifestent des répercussions psychiques et physiques variées. L'approche corporelle manœuvrée en psychomotricité s'avère valable dans une thérapeutique de soin. Le cadre institutionnel spécifique de l'hôpital de jour l'a compris.

CLINIQUE

I. Hôpital de jour

A. Présentation générale

L'hôpital de jour a une capacité d'accueil de vingt-quatre places. Il est ouvert du lundi au vendredi de neuf heures à dix-sept heures.

La structure assure des soins individualisés au moyen de la médiation groupale. Les objectifs des soins sont de conduire le patient à mieux appréhender sa maladie (surtout lorsqu'il y a déni de sa part), de l'accompagner dans l'inscription d'un projet continu dont la durée varie selon la situation clinique. Il s'agit de lui apporter un étayage dans son processus psychothérapeutique, l'orienter de façon moins anxiogène vers les autres patients pour rentrer en relation. L'intention est de l'ancrer dans la vie sociale.

L'équipe soignante se constitue d'un médecin psychiatre, d'un cadre de santé, de cinq infirmiers, une psychomotricienne, une psychologue, une secrétaire et un Agent de Service Hospitalier (ASH).

B. Fonctions de l'hôpital de jour

L'hôpital de jour et les groupes assurent des repères spatio-temporels stables. L'accueil des patients est une fonction essentielle assurant la contenance de l'alliance thérapeutique où les soignants jouent un rôle fondamental.

Les patients arrivent à l'hôpital de jour avant le début de leur prise en charge. Il s'agit d'un temps d'accueil. Dans le cadre de l'hôpital de jour, ce temps permet la disponibilité des échanges entre les patients et le personnel soignant. Tout le monde investit l'espace de façon à pouvoir s'asseoir, parler et se déplacer dans un même environnement de soin. Ce processus d'accueil est un espace de soin ouvert, contenant pour les patients. Cette fonction offre un cadre de réassurance pour eux. Deux infirmiers référents se désignent auprès d'un patient et de l'équipe pour chaque admission à l'hôpital de jour. Ils tissent un lien personnalisé et permanent avec le patient et son entourage. Les infirmiers référents aident les patients à se servir d'un agenda pour poser un repère dans le temps (date et heure) et dans un espace donné (lieu, bureau).

Les référents représentent le patient devant les autres soignants ou lors des réunions de synthèse. Ils évoquent leurs observations, leurs points de vue à propos

du patient dans les différents moments de sa vie et la continuité de ses soins. Les référents partagent de façon synthétique la vie quotidienne du patient, et sa singularité.

Les entretiens infirmiers se déroulent entre le patient et ses infirmiers référents dans un espace de confidentialité. L'objectif des entretiens est d'observer les changements opérés dans les soins pour le patient et son entourage. Les entretiens s'appuient sur la régularité des temps de communication confidentiels et individualisés. Cependant, ces entretiens n'ont pas pour objet de répondre à une demande urgente de la part du patient. Le patient doit aller à la rencontre des référents dans une démarche autonome de prise de rendez vous.

Cette manœuvre permet au patient de prendre conscience de son état et de réfléchir à son besoin d'en discuter.

Si nécessaire, les référents peuvent proposer au patient un entretien, par exemple, suivre la continuité de sa prise de traitement.

Les traitements médicamenteux peuvent être administrés par les infirmiers si le patient manque de régularité dans la prise de celui-ci. La prise de traitement à l'hôpital de jour marque l'état psychique et moteur des patients dans les groupes. Ce facteur s'imprègne dans la prise en charge.

Des groupes thérapeutiques sont construits dans un cadre délimité par le temps, l'espace, la médiation et la rythmicité. En cas de changement sur une modalité de groupe, les patients sont avertis à l'avance pour ne pas perturber leurs repères et voir s'ils sont capables d'anticiper.

Ces espaces de soins permettent des interactions où le patient se sent en sécurité. Par la suite, ces interactions seront élaborées dans l'observation des soignants. Les observations seront reprises en fin de séance par les soignants en y laissant une trace écrite. Puis des post-groupes sont dédiés à chaque groupe pour faire une analyse des pratiques sous la direction d'un psychologue. Il permet démettre des hypothèses sur des leviers thérapeutiques concernant les patients. La démarche de mon sujet de mémoire a été élaborée lors d'un post-groupe. Dans une discussion avec le psychologue et les soignants du groupe « Mouvement / détente », nous avons envisagé de prendre appui sur l'identité sexuée pour deux patients. Puis, nous avons modifié notre attitude vis-à-vis d'eux pour les solliciter dans le groupe.

Les objectifs thérapeutiques sont multiples au sein de chaque groupe. Leur point commun est la contenance offrant un temps d'élaboration de la pensée aux patients. Les soignants s'adaptent à la subjectivité des patients pour les étayer. Les soignants ont pour responsabilité de porter le cadre thérapeutique du groupe dans son ensemble. Ils assurent la dynamique du groupe. Ils recentrent les patients lorsqu'ils se dispersent.

C. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique à l'hôpital de jour suit deux procédures. Premièrement, le patient doit formuler une lettre de demande assurant son consentement. Ensuite, un projet de soin sera établi à l'hôpital de jour. Ce projet s'élabore entre le patient et son médecin psychiatre (réfèrent au CMP ou à l'hôpital intra-hospitalier). Il doit être capable de parler d'un de ses symptômes ou d'une de ses difficultés rencontrée, en lien avec sa pathologie. Cet écrit engage son acceptation dans la continuité d'une prise en charge par une équipe de soin en ambulatoire.

Dans un second temps, lors d'un entretien d'admission avec le médecin de l'hôpital de jour, un contrat de soin se décide avec le patient.

L'un des objectifs de soin de l'hôpital de jour est de mener le patient à s'intégrer dans la société en réussissant à tempérer ses symptômes.

L'hôpital de jour se voit comme un passage avec un début et une fin en trois temps. Le premier est une période de mise en confiance et d'accueil du patient. Le second s'oriente sur une mobilisation du patient sur la problématique de sa pathologie. Le dernier temps contribue à un aboutissement engageant un processus de séparation avec patient.

Le patient est prescrit dans un ou des groupes suite à sa commission d'admission, préalablement discutée par l'équipe soignante. Les groupes se déroulent le matin ou l'après-midi selon le planning prédéfini à suivre. Les groupes choisis bousculent la position habituelle du patient.

Les groupes proposés sont les suivants : accueil (tous les patients y assistent le lundi matin avec tout le personnel soignant), peinture, DVD, vidéo, main à la pâte, bowling, théâtre, écoute musicale, écriture, Louvre, mouvement-détente et piscine.

Ils sont animés par les infirmiers, la psychomotricienne (pour les groupes piscines et mouvement-détente), des intervenants extérieurs (une plasticienne, un comédien, un vidéaste) avec la participation de stagiaires de différentes formations de santé.

Le vouvoiement est imposé pour assurer une bonne distance relationnelle entre les patients et les soignants. Cette conduite favorise la distinction entre soi et l'autre.

II. Psychomotricité dans l'hôpital de jour

A. Place de la psychomotricité

Paul SIVADON fut un théoricien du travail et des activités thérapeutiques dans une logique institutionnelle de soin. Son objectif fut la réinsertion sociale des malades handicapés mentaux. Son association, « L'Elan Retrouvé » crée en 1962 le premier hôpital de jour français. Celui-ci dessert des soins extrahospitaliers par des consultations en psychothérapies de groupe, hydrothérapie et des techniques corporelles.

Dans la sémiologie psychiatrique la présence de troubles psychomoteurs est mentionnée depuis la fin du XIX^{ème} siècle. Les troubles psychomoteurs concernent l'action, la communication, les manifestations émotionnelles et les signes neurologiques doux. Il s'agit d'une motricité intentionnelle en rapport avec des manifestations psychologiques.

La psychomotricité s'est enrichie de conceptualisation et de l'évaluation de la sémiologie. Elle a pu mettre en place des modalités thérapeutiques originales théoriquement fondées.

La psychomotricité a rapidement pu s'intégrer au répertoire des techniques corporelles employées en hôpital de jour.

Le médecin a pu se tourner vers cette profession dont la spécificité est l'approche corporelle dans une pratique psychomotrice. Le psychomotricien oriente les patients de par leurs expériences et leurs connaissances.

La psychomotricité donne un point de vue clinique complémentaire sur les patients. Cette opinion est intéressante dans la mise en commun des informations concernant les patients lors des réunions de synthèses.

B. Rôle du psychomotricien

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle. Elle appréhende l'Homme dans son unité somato-psychique en s'appuyant sur le versant corporel. Elle permet un travail sur les sensations primaires, la sensorialité, et par ce biais elle ouvre des possibilités de rencontre entre soi et l'autre.

La socialisation est inadaptée chez les patients psychotiques, cette pathologie témoigne précisément de la désarticulation affect / corps / langage.

Les prises en charge psychomotrices des patients accueillis à l'hôpital de jour font partie intégrante de leurs projets de soins et se situent dans une démarche complémentaire aux autres approches médicales et paramédicales. Elles sont prescrites par le médecin. Elles se déroulent en présence d'un ou de deux infirmiers et font l'objet de bilans réguliers avec l'équipe soignante.

Cette thérapie s'inscrit dans une prise en charge globale de l'individu. Les prises en charge en groupe ont pour but de favoriser les relations interpersonnelles et d'offrir aux patients un espace où la sensation de réintégration de l'unité corporelle tente de restructurer le schéma corporel. Ce vécu, par sa valeur émotionnelle, est un support des représentations mentales. En travaillant la structuration du contenant corporel, la structuration du contenant psychique est aussi atteinte.

La psychomotricienne de l'hôpital de jour est présente à mi-temps. Elle vient le mercredi toute la journée pour une prise en charge groupale « Mouvement / détente » le matin et l'après midi pour la réunion de synthèse, le jeudi matin pour le groupe « Théâtre » et le vendredi matin pour une prise en charge individuelle, puis celle du groupe « Piscine ». Dans le cadre de mon stage, j'ai participé à tous ces groupes.

Les prises en charge s'appuient sur la mobilisation du corps. Celles-ci se fondent, en effet, sur l'attention particulière portée aux manifestations corporelles et leurs associations. « Ainsi le psychomotricien est concerné par les acquisitions, les expériences, les stimulations ; il est, de fait, du côté de la construction identitaire, étant donné la portée symbolique des engagements corporels » (C. POTEL « Corps brulant, corps adolescent, p. 26).

Par ses mots et ses actes, le psychomotricien accompagne le patient dans un élargissement et une reconnaissance de ses perceptions afin de lui permettre une mise en relation émotionnelle des parties du corps, des pensées et des charges de

souvenir. Progressivement, des remaniements psychiques peuvent émerger, laissant au sujet la possibilité d'accéder à une représentation différente de ses actes. Il pourra envisager autrement sa manière d'être en relation avec l'autre.

Il s'agit en d'autres termes de redonner une dimension au corps, de le situer dans un espace-temps et de le mobiliser grâce à différentes techniques, propres à chaque psychomotricien (relaxation, gymnastique, expression corporelle). Elles sont choisies selon l'objectif thérapeutique de prise en charge.

Le psychomotricien déchiffre les gestes, les postures, l'état tonique, les mimiques de l'autre ; il se situe dans une présence perceptive permettant une relation transférentielle avec le patient.

Ce dernier est invité à parler de son ressenti et de ses associations provenant des effets pulsionnels. Les verbalisations sont toujours référées à cette situation thérapeutique. D'autres formes de représentations peuvent aussi être proposées (dessins, modelage).

III. Prise en charge

Les objectifs sont de mobiliser un patient de manière intense, continue, régulière et de l'inscrire dans les soins. Il s'agit d'encourager le rapport à l'autre avec les soignants, les autres patients et les intervenants extérieurs. Le but est de contribuer, en articulation avec l'équipe référente du patient à sa réinscription sociale.

L'indication donnée par le médecin prescripteur intègre le patient dans un cadre thérapeutique de groupe. Ce cadre s'inscrit dans une temporalité, une régularité et une continuité des soins.

A. Individuelle

Le patient en souffrance psychique est en rupture avec son environnement. Les soins proposés permettent une reprise de la vie quotidienne, une connaissance de ses symptômes et l'acquisition d'un savoir-faire avec sa maladie.

La prise en charge se centre sur les compétences du patient. La prise en charge est individuelle à travers des groupes thérapeutiques. Il s'agit d'y travailler l'acceptation

et la compréhension du soin par le patient. Ainsi, il pourra retrouver une pensée personnelle et structurée, s'approprier les soins et en tirer des bénéfices individuels. Il n'existe pas de prise en charge individuelle proprement dite. Cependant des mesures spéciales peuvent être mise en place pour un patient trop angoissé. Elles sont exceptionnelles (en cas de grandes difficultés dans un groupe) et se font en présence d'un des infirmiers référents du patient afin de mettre en relation l'éprouvé corporel et l'histoire du patient.

Un patient vient tous les vendredis matin avant le groupe piscine pour un entretien individuel. La psychomotricienne et un de ses infirmiers référents travaillent autour de l'enveloppe corporelle par des massages. Le patient arrive à se détendre et verbaliser ses angoisses. Le patient est moins en difficulté pour faire le trajet en direction de la piscine par la suite.

B. Groupale

La semaine à l'hôpital de jour débute le lundi avec le groupe « accueil ». Ce moment exige la présence de l'ensemble des patients admis et de tout le personnel de l'hôpital de jour. Ce temps inscrit chacun dans le groupe hôpital de jour.

Le groupe « accueil » est un espace de paroles, d'échanges et de planifications de la semaine. Le reste du temps est partagé entre les groupes thérapeutiques et des temps interstitiels.

Le groupe thérapeutique présente trois intérêts majeurs : les effets de contenances des vécus émotionnels, la diffraction des investissements transférentiels (se répartissant sur les différents participants) et la pluralité des identifications (où le sujet identifie sa personne propre à une autre, ou il identifie l'autre à sa propre personne). Le groupe propose une scène imaginaire fantastique où se tisseront des liens entre les patients et les soignants.

Les soignants vont s'intéresser autant aux contenus liés directement à la médiation, qu'aux phénomènes transféro/contre-transférentiels particulièrement riches au sein d'un groupe. Les observations sont travaillées dans le temps d'écriture à la fin des groupes, dans les post-groupes et en synthèse d'équipe.

Les groupes sont conçus autour de médiations variées avec des objectifs différenciés. Ils ont pour but de repérer les symptômes, d'observer les manifestations cliniques, de mobiliser le corps en bordant les effets pulsionnels. Les groupes travaillent la créativité, la concentration, la mémoire et le plaisir de la réalisation. Ils aident à verbaliser, faire des échanges. Ils contiennent et organisent la pensée des patients. Ils régulent les mouvements d'agressivité et d'exclusion liés à l'angoisse. Ils favorisent l'estime de soi, l'autonomie, l'être et faire ensemble, ou du moins à côté de l'autre, dans un cadre sécurisant.

C. Mouvement / détente

Le groupe « Mouvement / détente » est une prise en charge psychomotrice dynamique engageant les interrelations. Elle a recours à différents médiations. La gymnastique intégrative vietnamienne (GIV) applique un répertoire de mouvements et la respiration pour donner une perception globale du corps dans l'agir. La passivité du corps dans la relaxation est guidée par des inductions verbales et sensorielles favorisant une représentation de soi.

a) Gymnastique intégrative vietnamienne

La gymnastique intégrative vietnamienne sert à entretenir ou établir une santé harmonieuse. Elle s'axe sur un rétablissement physiologique tout en la réconciliant avec l'activité mentale et le vécu émotionnel.

Gille GAUDRY, Olivier R. GRIM, Marc GUIOSE et Jean-Philippe LOUVEL reprennent les écrits du docteur Khav Viën NGUYEN dans « Arts martiaux en psychomotricité ».

Il préconise dans ses écrits sur la gymnastique psychocorporelle vietnamienne comme une méthode de soin des maladies. L'exercice physique est pour lui une pratique respectueuse d'un équilibre psycho-physiologique assurant le bien-être. Il apparente la santé à un rapport d'équilibre de la santé face à la maladie. Elle travaille le bien-être psychocorporel dans l'aboutissement d'un bon fonctionnement interne, de l'appareil locomoteur et de la pensée. K.V. NGUYEN fait le rapprochement de ces

trois facteurs liés par le système nerveux, comme un organisateur de l'activité mentale, des systèmes viscéraux et musculaires.

« Que le corps soit en mouvement ou en paix, pour l'homme qui sait respirer, qui sait maîtriser son tonus musculaire, les stimulations multiples de l'environnement, les stress de la vie quotidienne ou provoqués par des stimulations difficiles peuvent être mentalisés par une régulation volontaire. » (1995)

Sa démarche de gymnastique psychocorporelle reprend quatre axes :

La *respiration* peut-être initiatrice de mouvements. La concentration sur le passage de l'air dans le corps induit le massage des organes. La pratique du *Khi công* s'y prête le mieux. J'expliquerai les enjeux de cette pratique plus bas.

Le *mouvement des muscles* dirigé par l'activité physique dans l'échange, seul ou en groupe permet de réguler les émotions. Le travail de coordination de la gymnastique et dans la confrontation du corps de l'autre exerce l'appropriation de son corps.

Le *massage* procure une sensation de détente dans l'apaisement du corps par un relâchement musculaire et des inductions tactiles.

La *relaxation* se fonde sur l'abaissement du niveau tonique des muscles. Sa pratique se focalise sur l'attention de son corps dans l'immobilité ou dans les mouvements passifs et actifs. Elle donne accès à des représentations mentales de soi et pour soi.

Je détaillerai plus ce sujet dans la partie qui suit.

Le *Khi công* est un art martial ancestral chinois utilisé dans la médecine traditionnelle. Littéralement *Khi công* signifie « maîtrise de l'énergie » ou se traduit par le « travail du souffle ». La pratique de cet art s'oriente vers une respiration spontanée, régulière et fluide en lien avec un équilibre tonique. Le *Khi công* se pratique par des mouvements continus, fluides s'associant à une respiration du même ordre. Le principe de cette technique s'oriente sur l'harmonie entre le corps et l'esprit dans l'exigence d'un effort de concentration.

Le *Khi công* connaît un grand répertoire de gestes dont les bénéfiques pour la santé sont variés, dans un abord curatif ou préventif. La respiration stimule la régulation des systèmes internes en profondeur en s'associant au mouvement.

Le maitrise de la respiration diaphragmatique dans le contrôle respiratoire assure le bon fonctionnement de l'organisme. Les fonctions des organes et du tonus sont liées à la vie émotionnelle. On en déduit que le Khi công joue un rôle dans la régulation des émotions.

D'après K.V. NGUYEN « il faut donner priorité au mouvement intérieur » (1977).

b) Relaxation

La relaxation se constitue de nombreuses méthodes dont l'objectif est le relâchement neuromusculaire.

Par définition la relaxation est une conduite thérapeutique élaborée et codifiée dans l'approche d'une régulation de la personnalité dans sa dimension tonico-émotionnelle.

La relaxation recherche l'apaisement de l'activité psychique et corporelle du sujet dans sa globalité.

Les méthodes varient mais se rattachent toutes à la relaxation, visant l'obtention d'un état de détente des personnes s'y prêtant. La relaxation a une portée rééducative dans l'acquisition d'un meilleur ajustement de l'état tonique et émotionnel. C'est aussi une thérapie à médiation corporelle dans l'élaboration des représentations en lien avec les manifestations corporelles des participants au sein de la relation thérapeutique.

Selon Jean BERGES, Marika BOUNES (1974), M. SAPIR (1975), la relaxation touche l'ensemble du fonctionnement de l'image du corps. La relaxation pose un dispositif basé sur le silence, une intensité de lumière faible, la voix monocorde du psychomotricien et des sensations pouvant faire régresser les patients.

Jean LAPLANCHE et Jean-Bertrand PONTALIS (1967) définissent la régression comme un retour sur les stades antérieur du développement du sujet. Pour Michael BALINT, nous faisons revivre « l'enfant dans le patient ». « Cette régression peut conduire le sujet à vivre une image du corps enfouie dans les strates du passé » (Marc GUIOSE, 2007).

Cependant, il y a polémique concernant l'accès à cette régression pour quiconque. D'après des réflexions cliniques, l'usage de la relaxation varie de sa forme habituelle chez des patients psychotiques en état de trop grande dissociation.

Le risque est de faire resurgir une trop grande angoisse de morcellement forçant le patient à se plonger dans son délire ou ses hallucinations. La pratique de la relaxation est malgré tout profitable pour étayer le psychisme sur le corps.

Le thérapeute travaille la structuration du schéma corporel du patient et contient l'angoisse par la mise à disposition de son psychisme tel un *Moi auxiliaire* (D. ANZIEU, 1985). Le thérapeute adapte les émotions dans l'intention qu'elles soient acceptables pour le patient, si elles ne sont pas assimilables pour lui.

Une *enveloppe psychique* (D. ANZIEU, 1985), *peau psychique* (Esther BICK, 1968), assurent la fonction contenante du thérapeute afin d'étayer le patient dans l'expérience. Les mots du psychomotricien guident le patient dans son corps par le contact de la voix. La voix a une fonction archaïque d'apaisement d'après Jean MARVAUD (1987). Il parle de bain sonore caractérisant le monde de l'enfant. Les paroles du thérapeute représentent la voix paternelle symbolisant l'autorité ou la voix maternelle enveloppante.

L'enveloppe sonore du soi décrite par ANZIEU (1985) pose la voix comme organisateur du Moi. La voix du thérapeute forme une enveloppe structurante et narcissisante pour le relaxé.

L'image du corps est un support du narcissisme. En particulier au début de la vie grâce au corps de la mère. Elle soutient, donne un sens à l'enfant d'après F. DOLTO (1984).

Dans la relaxation, le thérapeute apporte ce soutien de support narcissique au relaxé. L'attention du psychomotricien pour le corps de son patient l'amène vers un état de détente. Cette attention investit le corps du patient d'une importance affective particulière. Elle renarcissise le patient.

c) *Le groupe*

Ce groupe a lieu le Mercredi matin à l'hôpital de jour dans une salle qui nous est réservée à cet effet.

Les patients et les soignants doivent se présenter à l'hôpital de jour entre 9h et 9h30 pour prendre un temps d'accueil. Le groupe commence à 10h et finit à 11h30. L'encadrement est tenu par la psychomotricienne, deux infirmiers et moi. Dans un temps à part un psychologue nous est attribué pour effectuer un post-groupe périodique autour de ce groupe.

La capacité d'accueil est de six patients.

Les séances sont hebdomadaires et durent 1h30, elles sont suivies d'un temps de discussion entre soignants pour faire une synthèse écrite de chacune d'elle.

Le déroulement de la séance commence dans un premier temps par un mot sur l'état du corps de chacun, comment on se sent dans celui-ci sur le moment. Puis nous commençons par un échauffement ou un réveil du corps constituant un rituel d'entrée dans le groupe. L'objectif est de mobiliser chaque articulation pour signifier la globalité du corps, comme un ensemble formant un tout non morcelé.

Dans un second temps, le travail en psychomotricité s'axe sur le corps en mouvement, basé principalement sur la pratique de la GIV. Nous travaillons sur les coordinations générales, l'équilibre, la relation en binôme, le rythme, le dialogue tonico-émotionnel, l'attention, la mémoire et l'engagement corporel.

La séance s'achève par un temps de détente, de relaxation à induction verbale faisant l'inventaire corporel, des membres supérieurs, inférieurs et la tête. Il s'agit de repérer d'éventuelles similitudes ou distinctions entre les deux hémicorps, gauche et droit. Le ressenti des différentes latéralités du corps passe par la perception des points d'appuis au sol.

Il peut s'y ajouter une ambiance sonore (musique classique, bruits de différents environnements, et autres types de musique).

De même, selon la proposition de mon maître de stage, elle et moi sommes amenés à venir auprès des patients pour les aider à ressentir leur corps dans la détente, par des pressions, enveloppements, stimulations sensorielles, délimitant les limites du corps à l'aide d'un médiateur (bâton, balle, tissu) et favoriser l'image d'une enveloppe corporelle contenant et unifiée.

Au retour de la relaxation, la séance se clôture par une verbalisation des ressentis, des images, des souvenirs venus à l'esprit. Mettre en mot l'émotion dans laquelle on se trouve, faire la distinction entre avant et après la relaxation, si la détente a pu être possible.

Le projet thérapeutique de ce groupe s'oriente sur l'image du corps, la mobilisation relationnelle, la détente, l'accordage tonique et le dialogue tonico-émotionnel.

Le but est d'offrir au patient de nouvelles expériences corporelles, de le stimuler dans la globalité de son vécu corporel pour renforcer sa cohésion interne ; favoriser une perception globale et unifiante du corps. Nous encourageons le patient à mettre des mots sur ses perceptions corporelles pour qu'il y développe un sentiment de continuité, de permanence et d'unité.

Cette perception s'engage grâce à l'autre, avec lui. Ce groupe est constitué d'hommes et de femmes. Le rapport de la masculinité et de la féminité y est présent. Il fait jouer l'identité sexuée dans les interactions entre les patients et les soignants. Les femmes et les hommes du groupe expriment au mieux leur ressenti, chacun donne l'occasion à l'autre de s'en inspirer ou alors de le distinguer de soi. La distinction des sexes, le sentiment d'appartenance à l'un des deux est un facteur. Nous jouerons sur cette appartenance et cette distinction pour favoriser l'implication de M. A et M. B dans le groupe.

IV. Présentation des cas cliniques

M. A et M. B sont tous les deux suivis à l'hôpital de jour. Leurs projets thérapeutiques les prescrivent en prise en charge dans le groupe « Mouvement / détente ». Je présenterai leurs anamnèses, ma rencontre avec eux et leur suivi au cours des séances.

A. M. A

1. Anamnèse

M. A est un patient de quarante-cinq ans souffrant de schizophrénie. Il a un parcours de vie compliqué.

Il est suivi par l'équipe du secteur de psychiatrie depuis 2000, à son arrivée en HO. M. A avait agressé une personne dans un contexte délirant. Il est à présent en HO à la suite de cet incident. M. A tente souvent de lever cette mesure de placement.

M. A est dans le déni de sa maladie le plongeant dans un délire persistant. Les symptômes s'expriment au travers d'un délire de paranoïa s'organisant autour d'un thème récurrent de persécution. Dans son délire interprétatif, il donne à certaines couleurs des significations. M. A a un jour associé la couleur rouge à la violence, il dit : « Imaginez quelqu'un jette une boulette de papier rouge à coté de

vous. Il va probablement vous attaquer ». Les relations sociales avec les hommes sont compliquées. Il fait part d'angoisses dysmorphophobiques sur des thèmes sexuels le préoccupant. M. A est aussi envahi par une idée. Un groupe d'homosexuels veut s'en prendre à lui sexuellement. Cependant, M. A idéalise les policiers et les pompiers. Ces modèles semblent le faire suivre les règles, lois de façon rigoureuse.

Il est capable de situer certaines perceptions corporelles. Il ressent un certain nombre de sensations douloureuses, morcelées et dépourvues de sens pour lui. Il vit ses sensations comme persécutives. Il n'identifie pas ses sensations comme siennes et les attribue aux autres.

Tout au long de son suivi, M. A a accepté plusieurs propositions de logements pour intégrer la ville et les soins ambulatoires de l'hôpital de jour. Ces initiatives ont été prises en compte à chaque pacification de son délire. Seulement des crises anxio-délicantes majeures à thèmes de perforations multiples et de persécutions si sont jointes. Il évoque également des idéations suicidaires, des angoisses massives et des douleurs physiques invalidantes. Il sera amené à faire plusieurs aller et retour en hospitalisation à temps complet.

Son projet thérapeutique tente de le rendre plus apaisé à l'extérieur de l'hôpital de jour pour circuler en ville et être en lien à minima avec les autres, même si son délire est toujours présent.

Le support d'une médiation dans le cadre d'un groupe thérapeutique structurant semble une indication favorisant les interactions sociales et l'apprentissage de l'apaisement du corps et des émotions.

2. Rencontre avec ce patient

Je n'ai pas pu réaliser ou suivre la passation d'un bilan psychomoteur auprès de ce patient pendant mon stage.

Je ferai une observation générale des mouvements de sa construction psychocorporel. Cette organisation mobilise le plan moteur, psycho-affectif et

symbolique. Je m'axerai sur différents niveaux : la forme du mouvement, la clinique des ressentis et des perception de celui-ci.

Je vais étayer mon analyse sur ma rencontre avec ce patient et son suivi dans le groupe mouvement-détente.

a) Observation de la forme du mouvement

Je m'appuierai sur les cinq actions de bases selon Rudolf LABAN.

Elles servent à repérer l'organisation du corps, dans son espace et l'espace en général, dans son rapport au temps et dans la relation à l'environnement et aux autres.

M. A se déplace en permanence. Je ne l'ai jamais vu sauter. Il tourne sur lui-même ou dans l'espace en déambulant. Il reste peu dans l'immobilité. Il fait des gestes avec les bras en prenant la parole.

La kinésphère est la distance maximale que le corps peut atteindre, de l'endroit où il se trouve et se déplaçant avec soi. Celle de M. A se dessine par le mouvement de ses bras et de son déplacement dans l'espace en ligne droite. L'amplitude de ses mouvements est variable selon son humeur, tantôt ample et tantôt étroite.

En lien avec les différents plans de l'espace, M. A fait peu de mouvement dans le plan frontal, il ne fait pas d'inclinaisons latérales ou de translations sur les cotés. Dans le plan horizontal, il ne fait pas de rotations du bassin et des hanches, un peu de la tête. Il ne fait pas de mouvements d'élargissements ou de rétrécissements avec les parties de son corps. M. A présente une dominance sur le plan sagittal, son axe est enroulé au niveau de la ceinture scapulaire. Il fait des flexions et extensions de bras quand il est agité.

Son mouvement n'évolue pas dans l'espace du haut ou du bas en général. Les caractéristiques de son mouvement sur ces trois plans ne lui permettent pas d'utiliser les torsions de son corps. Les mouvements de M. A investissent peu son corps en dehors des jambes pour la marche.

Correspondant aux schèmes de mouvements de Irmgard BARTENIEFF, la respiration de M. A n'est pas fluide. La connexité noyau-extrémités distales ne se fait

pas, la connexité tête-coccyx non plus. Sa colonne vertébrale n'est pas flexible. La connexité haut-bas est peu présente. La connexité des moitiés du corps (hémicorps droit et gauche) se manifeste parfois dans le mouvement de ses bras. La connexité latérale croisée est difficile. Les relations entre les parties du corps agissent par des gestes isolés.

b) Observation clinique des ressentis

Dans l'analyse des mouvements de M. A, il semble contracté les muscles de tout son corps. Il est affaissé dans sa posture par l'action de la pesanteur. Il est d'allure hypertonique. Son corps est peu expressif, il comprend un répertoire de mouvement pauvre.

Je m'appuierai sur les facteurs d'efforts de R. LABAN. Le poids de son mouvement dégage une grande force et parfois une lutte contre la pesanteur. Ses mouvements dans l'espace se font dans des trajectoires imprécises. Dans le temps, ses mouvements sont brusques et rapides. Le flux de son mouvement peut s'arrêter à tout moment, il est retenu et contrôlé.

c) Observation clinique des perceptions

M. A donne une apparence en bloc, il paraît à certains moments triste, comme quelqu'un de profondément mélancolique ne trouvant plus de sens à sa vie (phases dépressives). A d'autres moments, il paraît au contraire turbulent, dans une grande excitation motrice accompagné d'une forme de joie inapproprié (phases maniaques).

3. Suivi de la prise en charge dans le groupe mouvement détente.

M. A vient le plus souvent avec ses affaires de change pour être plus à l'aise dans les mouvements (toujours en bleu), ou dans son habitude du respect scrupuleux des consignes. Hors mis sa tenue adaptée, il semble faire preuve d'incurie. Il a une odeur forte. Si l'enveloppe corporelle dans la schizophrénie est une

enveloppe passoire, je suppose son odeur comme une seconde enveloppe pour lui. C'est probablement une façon pour lui de se sentir et de mettre les autres à distance car dans la schizophrénie les éléments extérieurs sont intrusifs.

Certains soignants sont perplexes parfois à l'idée de se mettre en binôme avec lui.

En dehors de l'activité physique engagée dans la séance M. A est souvent transpirant à cause de ses angoisses.

Il est assez autoritaire lorsque quelqu'un est en difficulté. Il respecte les propositions mais montre des problèmes de coordinations et de dissociations dans certaines parties du corps.

Il a du mal à garder son équilibre sur un pied. La mobilisation des extrémités est difficile pour lui au niveau des mains et des pieds.

M. A a tendance à être crispé et de façon spontanée et brusque fait des mouvements amples. Il manifeste des syncinésies quand il parle.

Les binômes avec un autre homme sont compliqués pour lui.

M. A stoppe rapidement les propositions sensorielles, tactiles en disant « s'en est assez » et rompt le lien. Le contact peau à peau, par l'intermédiaire d'un objet le déstabilise. Il a du mal à mettre en mot sur ses ressentis.

Si ma maître de stage ou moi tentons de l'étayer dans son ressenti, M. A dit que ça ne lui fait « rien de spécial ».

Il est compliqué de créer un lien avec son regard. Dans les exercices de guidances, M. A est totalement bloqué, parfois mou. Il n'arrive pas à ajuster son tonus, il passe d'un tonique intense à l'autre. Lorsque son binôme est en situation passive dans un exercice, il ne tient pas compte de lui et écourte la proposition. En revanche, si s'est une femme, il s'avère précautionneux. Il semble se reconnaître une position d'homme. M. A cherche à pouvoir aider les autres.

Dans une autre situation de binôme avec un autre patient, M. A se place en meneur. Il maîtrise mieux certains acquis, du coup, il lui arrive de reprendre son homologue sèchement dans une entente cordiale.

Les cas où M. A est avec des femmes, il se montre plus jovial en faisant de l'humour ou en donnant des conseils. Parfois ces personnes lui font des compliments sur sa force, et d'autres aspects virils de sa personnalité. Ce positionnement sur l'identité sexuée de M. A l'engage dans l'activité et la satisfaction d'être utile car la passivité l'angoisse.

Il s'est manifesté une fois, une érection de sa part lors d'une séance de relaxation. Il ne semble pas l'avoir remarquer. Il est question de la génitalité et de la pulsion

sexuelle. Est-il capable de reconnaître son pénis, d'être sexuée, d'avoir une sexualité ?

En relaxation, il est inconcevable de fermer ses yeux quant-il est allongé sur le dos. M. A ne semble pas apprécier les mobilisations. M. A n'arrive pas à se détendre ou du moins n'est pas capable de verbaliser son ressenti quand il s'agit de faire un lien avec son corps.

B. M. B

1. Anamnèse

M. B est âgé de trente neuf ans. Il est atteint de schizophrénie. Il est fils unique et ses parents se séparent lorsqu'il a treize ans. Dans son parcours scolaire, il montrera des difficultés du à une probable déficience intellectuelle. Il arrêtera l'école à l'âge de dix-sept ans. Son père le rejette, mais ils se verront pendant longtemps par des rencontres annuelles. Depuis un an ou deux le père est reparti vivre au Maroc.

Après un séjour au Maroc, il s'opère un changement au niveau de la personnalité de M. B du à un traumatisme inconnu. Il fait preuve d'une intolérance à la frustration et de troubles du comportement (crache sur une dame, problème relationnel avec les filles, discours désadapté).

Il rencontrera une grosse dispute avec son beau-père. Il se sentait persécuté et fera une crise clastique (violence et bris d'objet).

M. B vit avec sa mère. Il n'a pas de curateur. M. B veut se détacher de sa mère avec laquelle il vit une relation fusionnelle.

Il évoque une grande solitude du fait de ne pas avoir de femme, d'enfants, ni de travail. M. B est autocentrée.

M. B est dans le déni de ses troubles mais dit souvent être malade (en lien avec ses somatisations).

Il est dans le souci de la pauvreté du à un manque de ressource. Il parle souvent de sa mère, malade comme lui.

Le cercle familiale inspirant une ambiance dépressive, M. B investira la religion musulmane comme moyen de se soigner.

« J'écoute le Coran parce que je vais pas bien, je suis malade. »

Il présente des angoisses en fonction de certains événements de vie stressants. Ils sont liés à des tentatives de sociabilisations avec des personnes de son quartier. Mais il ne subit que des moqueries et se sent en insécurité. Ainsi il se replie chez lui avec sa mère.

M. B présente un parcours de vie désorganisé et traumatisant.

M. B intègrera l'hôpital de jour en 1999. Il est pris d'hallucinations auditives et d'un délire de persécution mal systématisé.

Cela rend difficile la continuité des soins. Il met à mal un projet de travail en Etablissement et Service d'Aide au Travail (ESAT).

Son projet thérapeutique est de le rendre moins angoissé dans la vie extérieure de l'hôpital. Le but est qu'il puisse être lien avec les autres en faisant abstraction de ses préoccupations.

2. Rencontre avec ce patient

Pour les mêmes raisons que j'ai expliqué pour le premier cas clinique, je ferais une observation de l'organisation psychocorporelle de M. B en suivant les mêmes axes.

a) Observation de la forme du mouvement

Selon les cinq actions de bases, M. B se déplace peu. Il saute difficilement. Il tourne sur lui-même et dans l'environnement sur un équilibre instable. Il est le plus souvent assis et reste dans une certaine immobilité. Il fait peu de gestes. Dans l'ensemble de son corps, dans l'espace général, M. B est peu en relation avec son environnement, en inertie avec lui-même.

M. B a une kinésphère réduite centré sur lui. Les mouvements se ramènent à lui et parfois vont en direction de l'autre dans son intérêt. Ses mouvements ont une faible amplitude.

Selon les plans de l'espace, dans le plan frontal, il ne fait pas d'inclinaisons latérales, ni de translations volontaires. Les déplacements de côtés s'orientent

maladroïtement dans un déséquilibre. Sur le plan horizontal, il fait de faibles rotations de la tête, des hanches et du bassin par un manque de stabilité. Ses mouvements sont plutôt restreints. Dans le plan sagittal, M. B se tient assez droit et vacille sur des flexions, extensions de jambes. La combinaison des trois plans ne lui permet pas d'effectuer de torsions.

Son engagement corporel est pauvre. Dans l'espace général les déplacements manquent d'initiative.

Concernant les schèmes de mouvements, la respiration de M. B est irrégulière. La connexité noyau-extrémité distale est approximative. La connexité haut-bas est subite pour tenir debout. La connexité des moitiés du corps est mal établie et la connexité latérale croisée s'élabore difficilement.

Les relations entre les parties du corps provoquent des mouvements globaux disharmonieux. Les mouvements sont mal dissociés et coordonnés. Ils sont initiés vers un objectif subjectif.

b) Observation clinique des ressentis

Dans l'analyse du mouvement, la manifestation des contractions musculaires de M. B est faible, donnant la sensation d'une grande mollesse. Il subit la force de pesanteur sur ses jambes pour assurer une réaction de support. Son tonus est d'allure hypotonique.

M. B montre une expressivité corporel rarement animée à l'exception de s'il recherche le contact de l'autre.

La qualité des facteurs d'efforts, M. B par le poids de son mouvement lutte contre la pesanteur ou bouge avec légèreté et passivité.

Dans l'espace son mouvement va dans une direction définie et directe.

Son mouvement est soutenu dans le temps comme un marqueur de son indécision et de son incompréhension dans l'agir.

Le flux de ses mouvements ne peut s'arrêter pendant leurs exécutions.

c) Observation clinique des perceptions

M. B a une apparence ronde. Il paraît désemparé dans son monde. Il est généralement d'humeur constante et ramène toujours les choses à lui lorsqu'il fait un semblant d'effort dans les interactions sociales.

3. Suivi de la prise en charge dans le groupe mouvement détente.

M. B n'est pas toujours ponctuel au groupe. Il ne pense jamais à prendre des affaires de change pour les séances. Le port d'un survêtement ou d'une tenue décontracté pour le groupe est une recommandation et non un impératif.

La séance débute en général par une verbalisation de l'état dans lequel on se sent au niveau corporel. Le plus souvent M. B se plaint d'une sorte d'aigreur d'estomac, ou des douleurs physiques. La réponse de M. B à cette question dérive régulièrement. Il semble ne pas comprendre le sens de la question. Quand il est repris, il répond « oui, oui, je sais ! Je sais ! ». Lorsqu'il est en accord avec la question, il se lance dans des explications incompréhensibles. La localisation de ressentis dans certaines parties du corps n'est pas correcte et s'y ajoute des interprétations compliqués, tel que « décartonné », « cassé ». J'ai des difficultés à entendre la signification. M. B a des lacunes de français et dans le repérage des parties de son corps. Je n'arrive pas à être objectif avec ce qu'il me communique.

M. B est préoccupé par son image. Il se fige devant le miroir pour se scruter de près. Il n'aime pas son corps. Il se décrit un corps de femme à cause de son « gros ventre » et parce qu'il a des « seins ».

Puis il revendique vouloir un corps d'homme. C'est à ce moment la que je me questionne sur l'identité sexuée de ce patient du fait de son apparence semblant le déranger.

M. B avait raconté avoir fait de la musculation pendant un temps. Selon lui, il en fait tous les jours. Cette information est peu recevable en connaissance de son emploi du temps et de ses habitudes. M. B n'a pas de repères spatiaux-temporels. Il a probablement exercé cette activité, mais elle ne semble pas actuelle.

M. B manque de motivation et se disperse facilement. Il fait rarement attention à la consigne. Il va s'asseoir sur une chaise alors tandis nous sommes tous debout. Quand on lui fait remarquer, c'est « oui, oui, je sais ! Je sais ! ». Il porte très peu attention aux autres. Il s'adresse au gens quand il veut faire une plaisanterie ou lorsqu'une proposition lui fait penser à quelque chose. Il peut ne pas y avoir de

rapport avec le moment dans la séance. M. B vit dans un monde à part du reste du groupe la plus part du temps.

Il s'anime dans une alliance avec M. A. La complicité masculine, dans la recherche de ses paires, de modèles masculins est en lien avec ce sur quoi il souhaite être valorisé. Cela permet d'obtenir son attention.

M. B fait des blagues à M. A sur l'alcool, les femmes, les sports de combat.

M. B rigole plus de ses farces que son interlocuteur. M. A répond brièvement ou ignore dans ces cas là.

En relaxation, je sens qu'il n'est pas tout à fait propre lors des mobilisations.

Il n'arrive pas à se concentrer sur les inductions verbales de ma maitre de stage. Il se noie dans ses préoccupations.

A la fin de la relaxation, il verbalise très peu. Même sur les mobilisations, il a du mal à se rappeler son ressenti au niveau corporel. Une fois, j'ai exercé un appuie en remontant le long du creux de sa voute plantaire avec mon poing serré. Ses mots avaient été « j'ai ressenti comme des coups de poing dans les pieds. Il m'a donné des coups, non ? ».

En somme, il est ardu de comprendre et de faire comprendre les choses à celui-ci.

Son schéma corporel et son image du corps sont déstructurés. Dans ses objectifs de vie, il me paraît être judicieux de soutenir son identité masculine chez ce patient.

Conclusion clinique

L'hôpital de jour présente un fonctionnement particulier en matière de soin. Le projet thérapeutique considère la psychomotricité dans son élaboration. Elle occupe une place singulière dans cette institution. Le psychomotricien prévoit des séances individuelles et groupales.

Le groupe « Mouvement / détente » représente la spécificité d'une approche corporelle psychomotrice. Les médiations GIV et relaxation sont maniées pour répondre à un objectif de soin individuel dans le groupe. Les cas de M. A et M. B servent de modèle dans cet abord de soin pensée et personnalisée par les soignants.

A présent, il s'agit de constater les effets de cette prise en charge dans différents contextes.

DISCUSSION

I. Groupe « Mouvement / détente »

Le groupe « Mouvement / détente » présente des avantages et des inconvénients. Je ferai la synthèse de cette prise en charge. Puis je donnerai mon point de vue à ce sujet.

A. Eléments positifs de la prise en charge

Les éléments positifs apportés par la prise en charge de ce groupe sont les médiations de la GIV, la pratique de la respiration, un répertoire de mouvements issus du Khi công et de la relaxation. Le tout participe à la construction identitaire dynamique des patients en faisant le lien avec leur activité mentale (souvenirs, émotions, affects) et l'exercice physique. La régulation de la respiration amène la régulation tonico-émotionnelle par un apaisement du corps dans la détente, la concentration et l'écoute. Ce travail diminue les angoisses des patients pour les aider à restructurer leur schéma corporel, les limites et l'image du corps. « Le corps devient l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité » (C. POTEL, « Corps brulant, corps adolescent », p. 59).

Le groupe possède beaucoup de matériels à disposition pour développer et solliciter l'engagement corporel dans la relation. Si le contact direct n'est pas apprécié par certains, il est possible d'utiliser un médiateur apportant une stimulation tout aussi riche dans sa particularité. Le toucher thérapeutique est possible et procure un bienfait limitant pour la plupart des patients dans les techniques de GIV ou de relaxation. « La rencontre avec les autres, autour d'un même objet d'investissement et de plaisir, va enrichir les expériences relationnelles » (Ibid, p114).

B. Eléments à améliorer dans la prise en charge

Les difficultés des prises en charge de ce groupe sont présentes. L'irrégularité de la présence des soignants et des patients représente une des raisons. La continuité et la régularité de la prise en charge en sont affectées.

Certains patients ont des somatisations les ralentissant dans leurs mouvements. Les patients attaquent le cadre s'ils sentent que celui-ci présente des failles. Une patiente s'est exprimée ainsi sur la période : « Je ne veux pas faire le groupe, je ne peux pas bouger. J'ai trop mal, c'est pas possible pour moi ». Pour assurer une bonne continuité des soins, cette patiente a accepté la proposition du psychomotricien, d'être installée confortablement sur une chaise pendant la séance. Cependant, elle se lèvera d'elle-même pour faire les mouvements et ce, selon ses capacités.

D'autres patients l'entendent et entrent dès lors dans des négociations sur le fonctionnement du groupe.

Le cadre du groupe s'adapte pour faciliter les séances en fonction de chacun ou pour l'ensemble du groupe. « Tout le travail du thérapeute va être de maintenir une enveloppe souple mais ferme, qui permettra que s'apaisent angoisses et manœuvres manipulatoires. » (C. POTEL p. 115)

Les patients dont la présence était régulière se souciaient des absences répétées d'autres patients. A moins de trois patients, les séances sont levées afin de ne pas avoir plus de soignants présents que de patients. De même, la présence des infirmiers reste obligatoire. La psychomotricienne ne peut assurer la sécurité du groupe seule en cas d'imprévu.

En mars, il n'a pas été possible de faire les séances, car les conditions précédemment évoquées n'étaient pas remplies. Cependant, l'accueil du groupe a été maintenu. Des exercices ludiques ont été proposés dans une salle d'attente parallèle. Ils ont sollicité adresse, concentration, mémorisation et interactions pour valoriser l'unité du groupe. « L'objet du groupe, comme cause du groupe, ne peut être qu'à l'extérieur du groupe. Mais l'extérieur, ça ne veut pas dire grand-chose, sinon que le groupe lui-même est pris dans un réseau, se développe dans une certaine sous-jascence. Pratiquement, des groupes qui peuvent se manifester sous forme de réunions d'informations, de réunion de décision, réunion de diagnostic, réunion d'expression, etc, pour être efficaces, ne doivent pas créer de façon artificielle. Chacun répond toujours à toute une chaîne de causalité ; et en explorant bien le terrain dans lequel on travaille, on peut s'apercevoir que ces causalités sont multiples mais toujours extérieurs au groupe » (Jean OURY, séminaire de Sainte Anne, séance du 15 mai 1991, *groupe et psychose*).

Pour comprendre le point de vue de Jean OURY, le terme d'objet recoupe le sens donné par Jacques LACAN comme objet « a », la cause. La cause du groupe serait les soins.

La *sous-jascence* désigne le terrain où se développe une forme d'activité, ici le groupe « Mouvement / détente ». Le réseau prend en compte le terrain, le lieu, le champ où le groupe se construit. Le groupe se passe à l'hôpital, dans une salle dédié à la psychomotricité. L'interprétation de l'expression « de façon artificielle » signifie le caractère de la création par la vie sociale. Dans cette problématique, il s'agit du temps d'accueil du groupe. Même si celui-ci préserve l'intérêt d'une continuité de rassemblement, il ne correspond pas au objectif du groupe « Mouvement / détente ».

Le groupe ne fonctionne pas indépendamment du cadre institutionnel. Le cadre institutionnel assure la continuité et la régularité du groupe « Mouvement / détente ». L'alliance thérapeutique des soignants fait exister la contenance du groupe. Le cadre du groupe maintient la stabilité des soins au profit des patients. L'évolution du groupe dans le temps n'est pas prévisible. Le travail groupal doit s'équilibrer entre les objectifs de soins du groupe et le projet thérapeutique individuel de chaque patient. L'adaptation du groupe à ses différentes fluctuations se fonde sur la base des investissements chacun. « Les études cliniques le montrent bien, notamment pour les états maniaques, face à l'éclatement du patient, c'est un travail sur le contenant qui doit s'effectuer à plusieurs niveaux. Ce contenant est d'abord et avant tout institutionnel » (V. DEFIOLLES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, p. 191).

C. Conclusion sur la prise en charge

La prise en charge dans le groupe « Mouvement / détente » requière de la souplesse. Elle sollicite l'investissement des patients dans le groupe pour les autres et eux-mêmes. Le groupe tient par sa contenance et sa créativité. Il en assure l'effet thérapeutique pour les patients. L'axe de travail de l'identité sexuée s'appuie sur ce cadre. E. PIEYRE cite Véronique ROUYER dans « *Clinique de l'image du corps* ». « La dimension subjective de l'identité sexuée se développe dès la naissance au sein des interactions de l'enfant avec ses partenaires, et en premier lieu avec ses

parents. Elle trouve son origine dans le processus perceptuels et moteurs, et s'appuie sur l'autorégulation et la différenciation soi / autrui ».

La dimension subjective du groupe développe l'identité sexuée. La coordination des soignants autour des patients favorise un engagement corporel où chacun peut se différencier. Selon AZOULAY (1996), « la notion de cadre défini surtout une disposition psychique de l'ensemble des soignants ».

D. Réflexion personnelle

En groupe, j'ai pu observer les manifestations corporelles de certains patients, la difficulté de vivre leur corps dans toutes ses dimensions psychomotrices (dissociation, coordination, équilibre, régulation tonique, latéralité, motricité fine et générale).

Les mots donnent des indications, étayent, rassurent pour offrir un accès à la symbolisation et aux représentations mentales de leur motricité. Le vocabulaire de l'expressivité du corps rend possible les soins auprès des patients psychotiques. « C'est ce qui fonde le corps, par sa dimension d'en deçà des constructions symboliques sociales communes, comme un lieu privilégié de rencontre avec le psychotique » (Josep MORNET, *Corps, psychose et groupe*, p. 146).

Mon premier suivi de prise en charge avec M. A, j'ai du faire face à un homme très imposant par sa présence. Il a la peau pale, les cheveux gris et une carrure rigide. Il est dans une vigilance permanente. M. A accepte le regard des autres, cependant il est difficile à tenir car il est souvent agité, dans son langage, dans sa gestualité ou dans les interactions. « Toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre » et « La variété des réponses émotionnelles est responsables de profonds changement dans le paysage corporel comme dans le paysage cérébral » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 128).

J'ai remarqué que M. A est toujours vêtu de bleu. J'en fais l'hypothèse que cette enveloppe vestimentaire monochrome est une expression de son identité sexuée. « Les vêtements, pour les filles et les garçons on pour les filles, ne sont pas de simple mode à suivre. Ils sont attributs essentiels pour exister et proclamer leur

singularité et leur différence » (C. POTELE, « Corps brulant, corps adolescent », p. 59).

M. A est toujours debout. Quand il parle, sa voix envahit l'espace sonore. C'est une forme d'enveloppe signifiante, de sa présence au monde. Il ne semble pas pouvoir rester dans le silence et le calme.

Ma relation avec ce patient a évolué depuis le début de mon stage. Quand j'ai essayé de rentrer en contact avec lui les premières fois, il me répondait brièvement sans me regarder, ou il restait sans réponse. Je me sentais mis à l'écart par lui. Je devais faire attention de ne pas trop insister pour rentrer en relation avec ce patient. Je me suis aussi mis à distance en limitant mes échanges avec lui. J'ai fait attention de respecter une bonne distance relationnelle tout en maintenant un contact avec lui. Je me plaçais suffisamment à distance pour lui laisser la possibilité de venir à ma rencontre.

Un jour dans les vestiaires de la piscine, je vois M. A en panique. Il n'arrive pas à trouver ses affaires. Il est venu me demander mon aide. Nous avons pris un moment pour réfléchir. Il s'est avéré que M. A s'était trompé de casier. « Ainsi, évaluer la distance relationnelle va consister pour le psychomotricien à estimer la « *distance de sécurité* » et le moment opportun où les deux protagonistes ne se sentiront ni menacés, ni menaçants. Ceci de manière à rendre possible, à partir de la mise en présence physique, un premier contact éventuellement susceptible d'évoluer par la suite en relation véritable supposant un engagement dans une communication » (V. DEFIOULES-PELTIER, *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*, p. 168).

Les soignants m'ont informé sur M. A, son rapport aux autres hommes est difficile. Il y a peut-être un lien avec son angoisse sur les homosexuels.

Je suis un homme nouveau au sein du groupe de psychomotricité. Je me suis de plus en plus intéressé à ce patient et ses angoisses. J'ai appris à mieux le connaître. J'ai façonné mon approche avec lui en ajustant le dialogue. De ce fait, M. A est parfois venu me solliciter.

Toutefois, son comportement répulsif avec les hommes reste strict, avec les femmes il adopte un positionnement sur un mode de séduction.

J'ai réfléchi à son délire concernant les homosexuels, le morcellement dans la schizophrénie, son admiration pour les figures héroïques (pompier, policier) comme tentative d'étayage, la manifestation d'érections dans les groupes ne le souciant pas. Je fais le lien avec la pathologie psychotique ayant une enveloppe passoire. M. A a-t-

il conscience de sa génitalité ? « Le sexe [...] est une zone particulièrement « morcelable » » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 205).

Dans des écrits de dossier, il dit ne pas être insensible aux jeunes femmes en face desquelles il reconnaît une position d'homme. Je me suis donc questionné sur son image du corps et en particulier sur l'entité de l'identité sexuée. « Pour se sentir garçon ou fille, la biologie ne suffit pas » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 69).

J'ai rencontré M. B et M. A au même moment. M. B est un homme corpulent. Il a le tain basané et une apparence ordinaire concernant sa façon de s'habiller. Il est plutôt constant dans son humeur et assez discret.

M. B se présente toujours à moi avec la main tendu dans ma direction et dit toujours la même chose pour saluer : « Bonjour, ça va ? (...) Ouais ouais ça va, ça va. ». « La frontière entre un corps « matérialisé » et l'émotion présente une forte « réactivation » des mécanisme de la subjectivation se produit. Or, subjectivation signifie obligatoirement « existence possible de l'autre » » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 81).

Il est réservé mais reste sociable. Comme pour se présenter, M. B est très répétitif dans ses actions et dans ses paroles. Il ne possède pas un vocabulaire très varié. Quand je lui parle de quelque chose, il me répond souvent « oui, oui, je sais ! Je sais ! ». Il est difficile de discuter avec lui à cause de ses échopraxies, echolalies. M. B vient à ma rencontre en me nommant de façon différente à chaque fois, ou me demandant comment je m'appelle, « je m'en souviens plus ». Régulièrement il me pose la question, sinon « qu'est ce que vous faites déjà ici ? Vous êtes infirmier, psychologue ? ».

« Le manque de buts réels et d'idées directrices, en l'absence de contact affectif [...] Tous ces troubles semblaient converger vers une seule et unique notion, celle de la perte du contact vital avec la réalité » (E. MINKOWSKI, *La schizophrénie*, p.82).

Il rêve d'être chanteur et de participer à une émission de télé-réalité pour dévoiler son talent. Il souhaite également rencontrer une femme et se marier avec elle.

Il mentionne ces objectifs fréquemment. Ces revendications me semble être une manière pour lui de se sentir exister et d'être reconnu par les autres.

Je les associe à un objectif d'aboutissement comme si c'était l'accomplissement de tout homme. Probablement un désir de se détacher de la relation avec sa mère le maternant.

E. MINKOWSKI fait le rapprochement du rêve avec la folie. « Ces deux phénomènes sont considérés comme expression de tendances et de désirs réels de l'être vivant, expression particulière il est vrai, « paraissant incohérente » du point de vue de la vie courante, mais au fond admissible là où l'individu se tourne ou se détache de l'activité pragmatique et ne s'adresse, pour ainsi dire, à personne » (E. MINKOWSKI, *La schizophrénie*, p.136).

Au cours des prises en charge suivies avec M. A et M. B dans le groupe « Mouvement détente » et des post-groupes la question de l'identité sexuée a émergé. Je ne connaissais pas ce concept jusqu'alors. La façon dont il a été abordé pour travailler avec ses patients dans le groupe m'a décidé à m'intéresser à sa représentation.

M. A et M. B ont une estime d'eux dévalorisée. M. A cherche à se rendre utile pour les autres et M. B souhaite devenir indépendant de sa mère. Je me questionne sur l'hypothèse du travail autour de l'identité sexuée chez ces patients. L'appui de l'identité sexuée favorise-t-il les relations sociales pour M.A et M.B ?

II. Bénéfices pour les patients

La prise en charge détermine une amélioration de la participation de M. A et M. B dans le groupe. Il s'agit de voir s'ils s'approprient ce progrès dans un contexte extérieur à ce cadre, à l'hôpital de jour.

A. A court terme

Dans la prise en charge de ce groupe, l'identité sexuée nous sert d'outil pour M. A et M. B afin de les impliquer dans l'engagement corporel et dans les interactions avec les membres du groupe. Les soignants et moi avons adapté notre comportement dans ce sens. « Le dialogue tonique est possible à distance c'est la

toute sa richesse et sa subtilité [...] Forme de communication extrêmement pertinente et signifiante, forte et le plus souvent inconsciente. [...] Notre posture, c'est à dire la résultante d'une sorte de jeu angulaire des articulation et une conséquence de la répartition de notre tonus d'attitude, prend une valeur relationnelle primordiale » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 106).

Les bénéfices apportés à M. A dans les enjeux de l'identité sexuée améliorent son engagement corporel dans les interactions avec les femmes du groupe. Il arrive à trouver une position signifiante pour lui dans la relation avec celles-ci. Elles lui expriment dans la relation avec lui un sentiment de sécurité.

M. A est en admiration pour les figures héroïques semblant être un signifiant masculin pour lui. Lors des exercices en binôme avec des femmes, il fait très attention à la personne qu'il est amené à diriger, à mobiliser. Il adopte une stature sécurisante pour l'autre et s'implique tant bien que mal dans l'accordage tonico-émotionnel. Il gagne en valorisation en recevant des compliments de la part des femmes, « que tu es fort », « que tu es grand », « tu es très musclé ». M. A ne reste pas sans émoi face à ces remarques. « Un exercice, tout simple, de toucher par deux permet de faire venir d'étranges verbalisations qui illustrent la relativité de la permanence de la frontière corporelle » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 75).

J'observe sur son visage une forme de satisfaction. Il s'engage beaucoup plus dans les interactions en allant chercher le contact des femmes en les interpellant. Il est présent dans les échanges et s'anime beaucoup plus. Il est plus attentif et se concentre sur les exercices proposés. Il acceptera bien plus les contacts physiques en étant moins angoissé.

Dans sa relation avec les hommes, il adopte une autre attitude. Il est plus dans l'opposition mais ne refuse pas (plus) l'échange. La confrontation avec l'autre accentue son côté imposant et froid.

C. POTEL décrit dans son livre, « *Corps brulant, corps adolescent* » (2006), l'adolescent provoquant, dans l'opposition. Par ce moyen, il cherche à renforcer son « Moi » dans sa quête de satisfaction identitaire.

Il est capable de mettre à distance l'autre s'il le souhaite et de faire la distinction de celui-ci. Dans des exercices que j'ai pu faire, il est arrivé qu'il me dise « ca suffit, j'arrête ».

M. A établi une relation avec M. B. Il s'en dégage de la complicité. M. A n'hésite pas à le reprendre dans une situation inadapté. Il lui apporte son savoir et tente de le guider. M. A prends conscience des autres dans le groupe et amène une dynamique particulière par sa présence. Il se fait remarquer et les autres le remarque.

M. A ne semble pas suffisamment en confiance avec les autres et lui même. Il n'arrive pas à atteindre une détente dans son corps, ou il n'arrive pas à la verbaliser. « L'hypertonie se manifeste sous deux formes : « une forme défensive par la rigidité des postures [et par] les contractures musculaires, une forme expressive par une gestuelle saccadée, accompagnée souvent d'activités auto-érotiques » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 108).

La variation des états dépressifs et maniaques de M. A rend la tâche difficile, demandant une rigueur de prise en charge sur l'instant. Il est suivi depuis un long moment à l'hôpital de jour, mais il met à distance sa pensée dans le groupe. Il faut maintenir la bienveillance apportée par le groupe. Il est difficile de prédire de quelle manière il peut se sentir plus en sécurité au sein du groupe.

Les échanges avec les autres s'appuient sur l'identité sexuée. Ils soutiennent son image du corps.

Pour M. B, la prise en charge dans le groupe lui est bénéfique dans son engagement corporel pour enrichir son schéma corporel. Il arrive à verbaliser à minima sur son ressenti et sa perception.

Les propositions en binôme, lui sont bénéfiques. Il est directement en relation avec l'autre. S'il s'agit d'une femme, il va chercher à trouver son attention en faisant des blagues et à se faire remarquer. E. PIREYRE cite J. DE AJURIAGUERRA dans, *Clinique de l'image du corps* : « Les relations entre tonus et émotion sont indissociables, le corps parle face à une situation » (p. 130).

Les exercices en binôme demande la responsabilité de M. B vis à vis de l'autre. Il semble s'y tenir et demande fréquemment si « ca va ? Ca va ? C'est bien ? »

Il se renseigne sur les sensations de l'autre. Il met à l'écart ses propres préoccupations. Sa recherche de responsabilité comme signifiant de masculinité est mise à l'œuvre.

Dans sa relation avec les hommes, il recherche une forme de reconnaissance de ses homologues masculins. « Le rôle de la représentation sociale est important pour comprendre les attitudes corporelles » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 126).

Il fait son *one man show* en essayant de faire des blagues et d'attirer l'attention de l'autre. Tout le monde cherche à comprendre. Il se crée un échange avec lui et le groupe. La relation avec les autres lui sert de modèle pour s'exprimer sur l'objet du groupe. Il s'appuie sur les manifestations de chacun pour suivre les mouvements. Il aborde mieux par ce soutien sa présence au sein du groupe et son corps. E. PIREYRE reprend D. ANZIEU dans, *Clinique de l'image du corps* : « L'entourage de l'enfant « entoure » littéralement le bébé d'une enveloppe externe forte de messages » (p. 79).

M. B manque de connaissances sur son schéma corporel. Il identifie son ressenti en situant approximativement des zones de son corps. « L'hypotonie marquent « la non-intégration de la fonction tonique dans les expériences corporelles ». Elles sont « le plus souvent associées à des altérations gravissimes de la relation corporelle » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 108).

Le travail autour de son identité sexuée permet d'obtenir son attention sur un moment. Il arrive à explorer son expressivité corporelle dans le mouvement, en interaction avec les autres. Il paraît s'approprier des bienfaits de cette prise en charge. Son image du corps s'exprime mieux. Il doit encore faire des efforts de concentration pour s'investir dans son engagement corporel avec les autres et s'étayer sur les interactions.

B. A moyen terme

Pour les bénéfiques a moyen terme, je considère la période entre deux séances, les temps au sein de l'hôpital de jour (les temps interstitiels) et les autres groupes où je rencontre M. A et M. B.

M. A est plus sociable dans les temps libres où il entre en relation avec les autres patients de tout l'hôpital. Il arrive à tenir une discussion en écoutant les autres pour débattre de sujet divers. Il va à la rencontre des soignants pour demander un avis en rapport avec sa prise en charge et sa vie quotidienne à l'extérieur. Il clive moins ses relations avec les hommes et les femmes.

M. A est logorrhéique*. Il lui arrive de s'emballer dans ses mots en parlant fort. « La bouche est un orifice du corps très impliqué dans la vie relationnelle, consciente et inconsciente » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 85).

Les patients et les soignants sont parfois amenés à venir lui demander de baisser le ton pour le respect de tous. Il l'entend. Il abaisse le volume de sa voix et parle plus lentement dans ce genre de situation. Il semble à l'écoute des autres. Mais M. A n'arrive pas à rester dans la passivité. Elle fait revenir ses angoisses.

« A nous d'écouter ce qui est verbalisé ou d'accompagner les manifestations comportementales de ce qui ne peut pas s'exprimer par la parole. Le soulagement ainsi que l'approfondissement de la relation thérapeutique viendra de là » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 208).

Dans le cadre de l'hôpital, M. A semble mon angoissé. Il n'évoque pas son délire à haute voix. Il ne véhicule pas ses angoisses auprès des autres patients pouvant se sentir eux-mêmes angoissés par les paroles des autres.

J'ai pu suivre M. A dans le groupe piscine. Sur le trajet, il reste le plus souvent seul dans sa marche. Il discute avec les autres généralement quand une personne vient à sa rencontre. Parfois, il va de lui-même s'intéresser à certains patients. Pour d'autres, il les évitera, s'il ne les apprécie pas. Ces patients sont des personnes rencontrées en intra-hospitalier en général. Ils sont un repère pour M. A.

Il reste néanmoins très vigilant à l'extérieur.

Une fois arrivé à la piscine, M. A semble sans crainte. Dans le bassin, il est capable de se poser. Il aime bien avoir une vue d'ensemble de la piscine pour pouvoir tout observer. Durant la séance, comme dans le groupe mouvement détente, il verbalise très peu son ressenti et sa pensée. Je trouve M. A moins en relation avec les autres dans les propositions et plus pris dans une pulsion scopique. Les stimulations de l'eau, l'intimité dévoilée par l'environnement ont sûrement une raison à cela. L'eau enveloppe une grande partie du Moi-peau favorisant l'individuation. Cette sensation l'aide peut-être à tenir une position passive moins préoccupante pour lui. « La peau psychique va se construire sur les particularité de la peau physique » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 79).

Malgré tout si le groupe décide en fin de séance de faire une partie de volley, il peut venir rejoindre la partie. Il veut probablement se sentir exister dans l'action

dans le jeu. Il tolère les mouvements des autres joueurs. Ceux-là doivent parfois plonger soudainement pour rattraper la balle. M. A ne semble pas inquiet.

M. A montre une attitude différente dans les situations extérieures du groupe « Mouvement / détente ». Il parvient à investir les interactions avec les autres soit dans la parole, soit dans un engagement corporel pour se signifier comme présent. Il arrive à s'imposer et contenir ses angoisses. Son comportement paraît plus apaisé. Les relations avec les hommes et les femmes sont moins retenues et plus harmonieuses.

M. B reste toujours le plus souvent isolé. Il ne participe pas aux discussions avec les patients. Il ne joue pas aux jeux de société. Il part s'asseoir au premier étage ou dans la grande salle du bâtiment. Il y écoute de la musique, le coran sur son téléphone. Sinon, il prend un cahier fourni par l'hôpital dans lequel il dit écrire « ses mémoires ». M. B reste toujours centré sur lui même dans les temps à l'hôpital. Il n'arrive pas à aller vers les autres pour s'intéresser à eux ou partager une activité. Il reste pris dans l'isolement de la psychose. « La répétition de l'action et son optimisation, du point de vue des sensations qu'elle suscite, sont la seule issue pour maintenir présentes des représentations fugaces, qui disparaissent dès que l'action est interrompue » (A. BULLINGER, 2004).

Il met arrivé de jouer avec M. B et les autres patients du groupe « Mouvement / détente » mais dans des temps où la séance du groupe n'avait pas lieu. M. B a du mal à comprendre, retenir les règles des jeux. Il dit avoir trop de problème. Il pense à trop de chose l'empêchant de se concentrer et d'être attentif. M. B s'anime de temps à autre pour lancer un sujet de discussion faisant participer tout le monde.

Dans un cas à part, M. B a fait tomber de sa poche un préservatif. Je me suis baissé pour le lui remettre discrètement. A ce moment la, il me regarde en souriant. Il m'a fait comprendre la mesure préventive de cet objet dans son cas. J'ai senti la recherche d'une forme de complicité masculine dans cette situation. Il semble prendre conscience de sa génitalité. Si M.B est stimulé, il s'anime dans les interactions sans toujours ramener les choses à lui seul.

De même, M. B a des difficultés à retenir les prénoms des autres personnes. Suite à un post-groupe, le psychologue m'avait dit de ne pas lui répéter mon nom s'il n'arrivait pas à s'en souvenir. Le but est de lui demander à lui de s'en souvenir pour faire attention à l'autre. Je l'ai mis en application. Dorénavant, M. B a eu un peu de mal mais il se souvient de mon prénom.

Je retrouve M. B au groupe théâtre. Dans cet environnement extérieur de l'hôpital de jour, il arrive en écoutant de la musique. Il ne retire pas ses écouteurs en présence des autres. Il faut lui demander plusieurs fois de bien vouloir les enlever pour être avec nous. Une fois que la séance a démarrée, M. B reste dans son monde. Il ne suit pas les consignes. Il ne porte pas intérêt au déroulement du groupe. M. B exécute les propositions après un rappel individuel de la consigne. Ensuite, il interprète le groupe « Théâtre » comme un moyen de faire des *sketchs*. Il prend plaisir seul dans l'exécution des exercices sans tenir compte du groupe. Comme l'enfant à partir de quatre ans cherchant à prendre conscience « de l'effet qu'il produit sur son entourage, il entre dans l'âge comédien... Il va multiplier les attitudes, les sourires afin d'attirer son attention sur lui. D'après les réactions de son entourage, l'enfant va alors modifier ses expressions afin de se conformer ou de s'opposer à ce qu'on attend de lui » (Bruno De LIEVRE, Lucie STAES, p. 29, *La psychomotricité au service de l'enfant*, 1993).

M. B ne crée pas de lien avec les autres patients de l'hôpital. S'il n'est pas soutenu en permanence, il se disperse très vite. M. B rentre en relation uniquement s'il se sent concerné ou s'il se pose une question. Comme une fois où il a demandé à une patiente « pourquoi t'as des boutons sur le visage ? » son tact a suscité l'inquiétude et le malaise chez elle. Il est encore loin de pouvoir gérer une sociabilité adaptée favorisant le rejet des autres patients. « Pour C. CHILAND, si l'identité sexuée se construit sur la base de la découverte de la différence anatomique des sexes, des sensations corporelles ainsi que des mécanismes identificatoires œdipiens, ces bases ne font que conforter l'enfant. Ce qui compte aussi, ce sont « l'activité [et] les réponses de l'enfant face aux attitudes et aux comportements des personnes de son entourage » (E. PIREYRE, *Clinique de l'image du corps*, p. 70).

C. Objectifs d'autonomie

Le travail d'appuis sur l'identité sexuée favorise l'interaction avec les membres du groupe semble t'il pour M. A et M. B. Elle rompt à minima l'isolement dû à la psychose.

En ce qui concerne M. A, il faudrait amélioré sa prise de conscience sur son ressenti et sa capacité à se détendre dans son corps. La prise en charge devra être

sécurisante pour le mettre en confiance avec les autres et lui même. L'appui sur son identité sexuée me paraît être une bonne démarche pour le moment. A présent, il faut tenir une continuité et une régularité équilibrée pour lui permettre d'y arriver.

Pour M. B, il faudrait améliorer ses connaissances sur son schéma corporel afin de mieux s'adapter à son environnement et aux relations sociales. L'appui sur son identité sexuée dans la relation le détache de son sentiment de dévalorisation. Il porte plus attention aux autres. Il lui faut également cette continuité et cette régularité de prise en charge pour voir une progression sur cette prise de conscience.

M. A et M. B ne sont pas encore capables de se sentir apaisé dans la ville avec leur délire. Ils ne sont pas en mesure de maintenir leurs angoisses, traitements, soins. Les bénéfices apportés par la prise en charge demandent du temps pour espérer l'autonomie de M. A et M.B avec leur maladie.

III. Mon point de vue de futur psychomotricien

Dans l'avenir d'être un futur psychomotricien, je ferai un retour de mes impressions sur ce stage. J'ai endossé ma place à l'hôpital de jour où j'ai apporté mon implication au service comme elle a pu s'engager auprès de moi.

A. Mes impressions

L'objectif thérapeutique recherchant une forme d'adaptation des psychotiques au sein de la société m'a interrogé. Ce n'est pas une priorité à établir dans la prise en charge, mais c'est envisageable.

Mon choix de faire ce stage en l'hôpital de jour est celui me permettant de mieux me rendre compte du travail thérapeutique mis en place vers cet objectif. La psychose a déterminé mon choix. J'ai voulu pouvoir appréhender cette pathologie par l'approche corporelle. Le travail de l'engagement corporel en psychiatrie, au moyen de la psychomotricité me permet d'aborder les soins des patients de manière dynamique et créative.

De par mon enrichissement théorique durant cette année, j'ai appris à comprendre les soins pour ces patients en souffrance, dans l'angoisse permanente, et la persécution. Je ne maîtrise pas tous les concepts, je dois encore m'enrichir en clinique et en théorie pour mieux appréhender la psychose. L'impacte de la pathologie au plan psychomoteur est indéniable. Dès le début de mon stage, j'ai essayer de comprendre les manifestations psychocorporelles, dans trouver une logique. Elles n'ont rien à voir avec celles de la névrose et sont plus compliquées. Je n'avais pas d'appréhension de ma rencontre avec les patients de l'hôpital de jour. A partir du moment où j'ai assimilé que les symptômes de leur pathologie leur échappent. Les patients ne se distinguent pas par leur apparence mais par leur bizarrerie dans leurs attitudes, comportements, gestes ritualisés, et la façon dont ils investissent la relation à l'autre. Les verbalisations du délire en découlant surprennent et dérangent. Il y a beaucoup de préjugé sur ce type de patient dans le domaine médical ou pour les personnes extérieur à ce domaine. J'ai pu entrevoir la souffrance que les patients pouvaient endurer durant cette année.

B. Ma place

Ma place de stagiaire à l'hôpital de jour prend fonction trois jours par semaine. Je suis le groupe « Mouvement / détente » le mercredi matin, le groupe « Théâtre » le jeudi matin et le groupe « Piscine » le vendredi matin. Ma fonction au sein des groupes consiste à m'impliquer dans les prises en charges avec les patients et les soignants. Je suis les propositions de la psychomotricienne, à l'exception du groupe « Théâtre » où je suis sous la direction des indications de l'intervenant comédien. Je me dois de verbaliser comme tous les participants des groupes sur mon vécu. Je peux également faire des propositions pour participer à la dynamique des soins. A la fin des séances, je me suis autorisé à élaborer mes observations dans la restitution écrite avec les soignants encadrants. Je participe également aux post-groupes respectifs dans le même effet. Au début du mois de Janvier, je serais amené à diriger le groupe piscine sous la supervision de mon maître de stage.

Je participe aux réunions de synthèses le mercredi après-midi. Il m'est permis d'exprimer mon point de vue sur les sujets cliniques et institutionnels de l'ordre du jour.

C. Apport pour le service

L'hôpital de jour prend des stagiaires pour avoir un regard sur la clinique et penser sur le fonctionnement institutionnel.

Ma réflexion de futur psychomotricien m'ouvre de nouveaux sujets de questionnement dans les discussions entretenues avec chaque soignant.

J'ai pu aussi faire du lien entre eux, transmettre des informations de façon autonome. Je pense avoir pu jouer un rôle complémentaire dans les soins et dans les réunions de synthèses.

Dans ma position de stagiaire, il n'est pas toujours évident de s'exprimer dans les réunions. Les échanges vont vite, le temps est limité. J'ai pu me dépasser et m'exprimer en me basant sur mon apprentissage à l'hôpital de jour. J'ai mêlé mes observations à celle de l'équipe. Selon l'attente du service, j'ai tenu les responsabilités de mon rôle.

Je me suis impliqué pour gagner en expérience en tant que futur psychomotricien. Je me suis également investi dans d'autres réunions concernant le secteur psychiatrique (en intra-hospitalier, au CMP, colloque) pour récolter des informations et en faire un retour à l'hôpital de jour. Je participe également à un groupe de discussion autour des « pulsions » avec certains soignants du service pour mettre à l'épreuve la théorie et penser des points cliniques.

Je tente d'apporter un soutien profitable à l'institution dans ce passage.

D. Ce que l'équipe m'a apporté

Ma contribution aux apports de l'hôpital de jour est due à l'accueil de l'équipe. Tout d'abord, j'ai été reçu par mon maître de stage. Elle a pu me permettre de me sentir en confiance dans ce stage. Elle m'a fait découvrir sa pratique et m'a partagé son expérience tout au long de l'année. Elle m'a apporté sa confiance, des responsabilités, des connaissances sur la psychomotricité dans le secteur psychiatrique. Elle m'a permis de m'exprimer librement pour ensuite me donner son

point de vu. J'ai été étayé par son savoir. J'ai pu construire mes propres réflexions. J'ai pu lui soumettre mes idées au fur et à mesure. Elle m'a guidé dans mon apprentissage et dans la formation de ma future pratique.

Elle m'a présenté l'équipe soignante. L'équipe m'a inclus rapidement dans le service. Elle m'a contenu et fait découvrir d'autres enjeux de la prise en charge avec les patients psychotiques. J'ai compris l'importance du cadre institutionnel et ses contraintes thérapeutiques pour le soin des patients. J'ai pris conscience du rôle indispensable des infirmiers. Je travaille avec chacun d'eux. Ils ont une importance similaire à celui de mon maître de stage. J'ai échangé avec eux pour mieux appréhender les patients, comprendre leurs problématiques et leurs histoires. J'ai confronté mon regard de futur professionnel avec les démarches de soin. Ils apportent un soutien professionnel dans les groupes et aux prises en charges.

J'ai travaillé avec les psychologues ayant eux aussi un tout autre regard sur l'ensemble des soins. Leurs larges connaissances sur l'étude des phénomènes de l'esprit et le comportement des patients ont élargi ma réflexion. Ils m'ont apporté une ouverture d'esprit sur le fonctionnement institutionnel, la pratique des groupes et la symptomatologie de la psychose.

Le médecin de l'hôpital de jour m'a démontré son savoir dans l'organisation des soins. Il est disponible pour toute l'équipe et s'associe aux réflexions de chacun en jouant un rôle de médiateur. Je ainsi élaboré une approche structuré et méthodique dans mon engagement au sein de l'institution.

Le cadre de santé, la secrétaire médicale et la ASH m'ont renseigné sur les règles du fonctionnement institutionnel sur l'hygiène, les procédures d'admission et la planification des budgets. J'ai découvert comment la formalisation de l'hôpital de jour tient une posture officialisée, crédible et importante dans le portage des soins.

Dans l'ensemble, j'assimile les compétences des soignants dans la co-créativité des soins avec les patients. Ces encadrants amènent la permanence sécurisante d'un travail dynamique, thérapeutique et essentiel dans le traitement de la psychose.

Conclusion générale

La psychiatrie regroupe différentes pathologies. La schizophrénie prise dans la psychose en fait partie. La complexité des troubles en jeu dans cette pathologie engendre un grand nombre de conceptualisation de la maladie au cours du temps. La personnalité chez le patient est déstructurée. Son fonctionnement psychique est difficilement accessible. L'expressivité du corps permet une ouverture vers la relation. Le psychomotricien propose des groupes thérapeutiques favorisant l'engagement corporel dans les interactions par son apprentissage. De ce fait, elle est un atout dans les soins psychiatriques.

L'hôpital de jour l'a intégré dans son cadre thérapeutique au sein d'une complémentarité de soin. La psychomotricité se positionne sur un fonctionnement dynamique. Elle étaye les soins de chaque patient. Elle rassemble les patients autour de médiations variées dans un espace commun d'échange.

Le groupe « Mouvement / détente » engage les patients vers une découverte psychocorporelle profitable. Cependant, la pathologie psychotique peut entraver la continuité bénéfique des séances.

Ce stage m'a transmis des connaissances sur le travail institutionnel de la prise en charge de cette maladie. J'ai été avisé sur les obstacles de soin dans la psychose. L'alliance thérapeutique élaborée en hôpital de jour m'a apporté la réflexion à suivre pour les surmonter.

Au cours de ma recherche, j'ai pu constater l'appui potentiel de l'identité sexuée comme axe de travail. Il apparaît valable pour rétablir les relations sociales entre les patients. Cette approche n'assure pas une remédiation suffisante vers la reconstitution de l'image du corps chez de tel individu.

Il serait bon de penser la conciliation de projets complémentaires sollicitant les autres composantes de l'image du corps, dans le but de les développer harmonieusement. Est-il alors possible de solliciter différentes structures de l'image du corps dans une même prise en charge et avec des patients schizophrènes ?

Lexique

Akathisie : n.f. (angl. *Akithisia*). Incapacité de s'asseoir ou de rester assis, allongé ou immobile. Ce phénomène, qui doit être différencié de l'agitation psychomotrice, est souvent accompagné d'un besoin irrésistible de marcher ou d'un piétinement sur place impérieux et incessant (tasikinésie). (*Dictionnaire de la psychiatrie*, des éditions du CILF)

Akinésie : n.f. (angl. *Akinesia*). Signe majeur du syndrome parkinsonien qui se traduit par la rareté du geste, la difficulté de la mise en route, la perte du balancement du bras au cours de la marche et qui, pour une grande part, est à l'origine de l'amimie et de la rareté du clignement palpébral. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Apragmatisme : n.m. (angl. *Apragmatism*). Incapacité d'origine purement psychique et maintenir une activité et un comportement bien adaptés aux besoins et aux conditions de vie. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Asthénie : n.f. (angl. *Asthenia*). Etat de fatigue général, physique et psychique, s'accompagnant d'une diminution du dynamisme psychomoteur, d'un relâchement de l'attention et d'un déficit de la volonté. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Borderline : n.m. (angl. *Borderline Case*). Cas limite se définissant sur le plan nosologique et structural comme intermédiaire ou « à la frontière » entre une structure névrotique et une structure psychotique. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Bouffée délirante aigue : (angl. *Brief Delusional and Schizophreniform Disorder*). Episode transitoire caractérisé par un délire à thèmes polymorphes, souvent accompagné de troubles hallucinatoires multiples, survenant brusquement chez un sujet jusque-là indemne de troubles psychiques graves et rétrocedant spontanément au bout de deux à trois semaines en guérissant la plus part du temps sans laisser de séquelles. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Catatonie : n.f. (angl. *Catatonia*). Etat pathologique de la psychomotricité caractérisé par une perte de la spontanéité et de l'initiative motrices, l'inertie et le négativisme. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Déréalisation : n.f (angl. *Derealization*). Perte du sentiment de réalité et de familiarité du monde environnant, avec impression d'étrangeté et association fréquente d'une atteinte des repères temporospatiaux. (*Dictionnaire de la psychiatrie*, des éditions du CILF).

Dysmorphophobie : n.f. (angl. *Dysmorphophobia*). Préoccupation exagérée et même crainte obsédante d'être difforme ou d'avoir un aspect disgracieux de la totalité ou d'une partie du corps. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Echolalie : n.f. (angl. *Echolalia, Echophrasia*). Répétition involontaire et dénuée de sens, par un malade, des derniers mots qu'il vient d'entendre. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Echopraxie : Stéréotypie qui consiste en l'imitation involontaire répétée, quasi automatique et dénuée de sens, des actes et gestes. (*Dictionnaire de la psychiatrie*, des éditions du CILF).

Hospitalisation à la demande d'un tiers : Prise en charge à temps plein d'une personne dans un établissement de soins régi par la loi du 27 juin 1990 et répondant aux articles L.333 à 341 lorsque les troubles mentaux d'un sujet rendent impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. (*Dictionnaire de la psychiatrie*, des éditions du CILF).

Hospitalisation d'office : Prise en charge à temps plein dans un établissement de soins régi par la loi du 27 juin 1990 et répondant notamment aux articles L 342 à L 349 du code de la santé publique, lorsque les troubles mentaux d'un sujet compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. (*Dictionnaire de la psychiatrie*, des éditions du CILF).

Logorrhéique : de logorrhée, n.f. (angl. *Hyperphrasia*). Flux verbal intarissable et désordonné. La logorrhée s'observe surtout dans les états maniaques et parfois dans certaines aphasies sensorielles. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Paramimie : n.f. (angl. *Paramimia*). Discordance de la mimique observée dans les états schizophréniques (en particulier la catatonie). (*Dictionnaire de la psychiatrie*, des éditions du CILF).

Paranoïa : n.f. (angl. *Paranoia*). Psychose chronique caractérisée par un délire généralement bien construit et systématisé, s'accompagnant de troubles du jugement et de la perception mais sans détérioration intellectuelle ni atteinte des fonctions instrumentales. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Somatognosie : n.f. (angl. *Somatognosia*). Connaissance que l'on a de son corps et des relations entre ses différentes parties. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Suggestibilité : n.f. (angl. *Suggestibility*). Disposition à se laisser imposer des suggestions soit par faiblesse d'esprit (débilité mentale, démence, arriération affective, etc.), soit par naïveté, soit par hyperémotivité. (Jacques POSTEL, *Dictionnaire de la psychiatrie*, 1998).

Bibliographie

ALAIN LAPASSET. J. (2000), *Contribution psychomotrice à la réhabilitation psychosociale des schizophrènes*, STRASBOURG, congrès mondial de la psychomotricité.

ALBARET. J.M., CORRAZE. J, LEDOUX GOLLY. V, SOPPELSA. R. (2002), *Psychiatrie et psychomotricité*, entretiens de psychomotricité Université de Toulouse.

ANDRE. P, BENAVIDES. T, GIROMINI. F. (2004), *Corps et psychiatrie*, édition : HEURES DE FRANCE.

ANDRE. P. (2013), *Psychiatrie de l'adulte*, édition : HEURES DE FRANCE.

ANZIEU. D., CHABERT. C. (1995), *Les méthodes projectives*, édition : PUF, Paris.

BASTIAN. J, VALDEYRRON. J.L, VAQUIER. V. (2001), *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique*, étude présentée par l'ARSI.

BENOIT-BROWAYES. D, VIDAL. C. (2006), *Cerveau, sexe et pouvoir*, édition : BELIN.

BERGERET. J. (2013), *La personnalité normale et pathologique*, édition : DUNOD.

BLOSSIER. P. (2002), *Groupe et psychomotricité : le corps en jeu*, édition : SOLAL.

CALZA. A, CONTANT. M. (2007), *Psychomotricité*, édition : ELSEVIER MASSON,

CANCHY-GIROMINI. F, (2001), *Corps et paroles sur le corps*, p. 120, édition : GREGO.

CHRISTODOULOU. A. (2006), *Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte*, Evolutions psychomotrices, vol. 18, n°71, p. 7

CHABERT. C, CUPA. D, KAES. R, ROUSSILLON. R. (2007), *Didier ANZIEU : Le moi-peau et la psychanalyse des limites*, édition : ERES.

DEFIOLLES-PELTIER. V. (2010), *La vérité du corps dans la psychose aiguës*, édition : GREGO.

DELION. P. (2002), *Corps, psychose et institution*, édition : ERES

DELION. P. (2010), *Pour que ca continue : la fonction phorique*, publié par M. BALAT le lundi 25 octobre. Colloque AMPI, 8 et 9 octobre.

FRANK. N. (janvier 2013), article *Clinique de la schizophrénie*, volume 102 n°1.

GAUDRY. G, GRIM. O.R, GUIOSE. M, LOUVEL. J.P. (2007), *Arts martiaux en psychomotricité*, édition : HEURES DE FRANCE.

GEORGIEFF. N. (2004), *Qu'est ce que la schizophrénie ?*, édition : DUNOD.

GRABOT. D. (2004), *Psychomotricien, émergence et développement d'une profession*, édition : SOLAL.

GRIVOIS. H, PROUST. J. (1998), *Subjectivité et conscience d'agir : approches cognitive et clinique de la psychose*, édition : PUF, Paris.

GUIOSE. M. (2007), *Relaxation thérapeutique*, édition : HEURES DE FRANCE. Issy-les-Moulineaux.

KAPSAMBELIS. V. (2012), Schizophrénies de la période d'état, in. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, édition : PUF, Paris.

LAPLANCHE. J., PONTALIS. J-B. (2007), *Vocabulaire de la psychanalyse*, édition : PUF, Paris.

LAROUSSE (2015), dictionnaire

LEFEVRE. A. (2011), *100% WINNICOTT*, édition : EYROLLES.

- MARCEAU. J.C. (mai 2003), article *Temporalité, spatialité, corporéité dans la psychose, selon Eugène MINKOWSKI*, volume 79 n°5.
- MICHEL. A. (2006), *Les troubles de l'identité sexuée*, édition : ARMAND COLIN.
- MINKOWSKI. E. (1997), *La schizophrénie*, édition : PAYOT & RIVAGES, Paris.
- MORNET. J. (2006), article *Corps, psychose et groupe*, n°46 p 145 à 160, édition : ERES.
- OURY. J. (1991), *Groupe et psychose*, séminaire de Sainte-Anne, séance du 15 mai.
- PALAZZOLO. J. (2003), *L'institution psychiatrique : Le psychiatre, le malade et leur environnement*, édition : ELLEBORE, Paris.
- PANKOW. G. (1993), *L'homme et sa psychose*, édition : FLAMMARION, Paris.
- PANKOW. G. (2006), *L'être-là du schizophrène*, édition : FLAMMARION, Paris.
- PIREYRE. E.W. (2015), *Clinique de l'image du corps*, édition : DUNOD.
- POROT. A. (1996), *Manuel alphabétique de psychiatrie*, édition : PUF, Paris.
- POTEL. C. (2006), *Corps brûlant, corps adolescent*, édition : ERES.
- POTEL. C. (2008), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, édition : IN PRESS.
- POTEL. C. (2009), *Le corps et l'eau*, édition : ERES.
- RESNIK. S. (1999), *Temps des glaciations*, édition : ERES.
- ROBINSON. B. (2014), *Corps & psychomotricité*, édition : L'HARMATTAN, Paris.
- SHAHIDI. M., TRIBOLET. S. (2000), *Précis de sémiologie des troubles psychiques*, édition : Heures de France, Thoiry.

SIKSOU. M. (2012), article *Corps, médiation et thérapies*, n°298 *Journal des psychologues*, éditeur : MARTIN MEDIA.

THERAPIE PSYCHOMOTRICE, n°163. (2010), *Le groupe en psychomotricité*.

THIBIERGE. S. (2011), *Le nom, l'image, l'objet : image du corps et reconnaissance*, édition : PUF, Paris.

TOSQUELLES. F. (2015), *De la personne au groupe : A-propos des équipes de soin*. TOULOUSE, édition : ERES.

URWAND. S. (2001), article *Psychose, groupe et institution*, n°36 p. 200, édition : ERES.

Résumé

La schizophrénie est une pathologie impliquant des troubles psychiques et physiques. Elle peut-être prise en charge en soins ambulatoires, comme en hôpital de jour. Les interrelations y sont favorisées entre les différents patients sous la bienveillance des soignants. Des groupes thérapeutiques sont mis en place permettant des soins individualisés. Il s'agit de mobiliser l'engagement corporel autour d'une médiation commune favorisant les interactions. Dans le cadre du groupe « Mouvement / détente », l'identité sexuée serait un appui dans l'approche corporelle de certains patients. L'objectif de ce cheminement est d'engager la relation autour d'une médiation commune.

Ainsi, quel est le vécu d'un patient schizophrène, dont la représentation de soi est altérée ? Ce mémoire questionne la possible structuration de l'image du corps à l'aide de ce levier thérapeutique.

Mots clefs : Schizophrénie – Identité sexuée – Image du corps – Psychomotricité – Groupe « Mouvement / détente » – Approche corporel – Interaction

Summary

Schizophrenia's pathology implies psychic and physical disorders. The cares can either be by outpatient treatment or day hospital. Interrelations are favoured between patients under the caring of healthcare team. Individual cares are set up through therapeutic groups. One aim is to mobilize body involvement under a mediation that led to better interactions. Gender identity back up body approach of some patients. Starting a common mediation is a goal of that pathway. What's a schizophrenic patient living with an altered self-representation? That memoir interrogates a possible body representation structured thanks to that therapeutic lever.

Key words : Schizophrenia – Gender identity – Body representation – Psychomotricity – Group “Movement/relaxation” – Body approach – Interaction