

Éprouvés corporels, éprouvés relationnels : de l'étayage corporel à l'investissement du corps, parcours en psychomotricité

Belen Elie

► **To cite this version:**

Belen Elie. Éprouvés corporels, éprouvés relationnels : de l'étayage corporel à l'investissement du corps, parcours en psychomotricité. Psychologie. 2019. dumas-02178108

HAL Id: dumas-02178108

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178108>

Submitted on 9 Jul 2019

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

ÉPROUVÉS CORPORELS, ÉPROUVÉS RELATIONNELS

**De l'étayage corporel à l'investissement du corps,
parcours en psychomotricité.**

ELIE Bélen

Née le 05 Février 1997 à Saint-Claude (971)

Directeur de Mémoire : Juliette Cezon-Navarro

Juin 2019

Remerciements

Je tiens à remercier Juliette Cezon-Navarro, maître de stage et directeur de mémoire, de s'être rendue disponible pour nos différents échanges, pour ses conseils tant éclairés qu'éclairants et de m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de l'année.

Je remercie également l'équipe du Foyer et ses résidents pour leur accueil.

Je pense aussi aux différents professionnels et psychomotriciens que j'ai rencontrés au cours de ma formation et avec lesquels j'ai eu l'occasion de partager.

Merci à mes amis et ma famille qui m'ont soutenue de près ou de loin dans l'élaboration de cet écrit.

Merci aux copines, à Mélissa, pour les trois années passées ensemble, et celles à venir.

SOMMAIRE

Introduction.....	4
<u>PARTIE THÉORIQUE</u>	
Chapitre 1 : Petit à petit le corps fait son nid.....	6
I) Le concept d'étayage, différentes définitions.....	7
II) La construction d'une corporéité et son investissement dans le développement de l'enfant	12
III) Nécessité de l'étayage dans le développement de l'enfant.....	19
IV) Les barrages à l'investissement du corps.....	24
Chapitre 2 : La schizophrénie de l'adulte.....	30
I) Définitions et caractéristiques.....	31
II) Qu'en est-il pour l'unité corporelle et le rapport au corps ?.....	37
III) Les répercussions sur l'investissement du corps.....	39
Chapitre 3 : Corporéité, psychomotricité et schizophrénie.....	44
I) Le corps en psychomotricité.....	46
II) Le bilan psychomoteur : un outil pour appréhender le corps.....	51
III) Le corps du psychomotricien : ses enjeux, ses limites.....	53
IV) L'étayage en psychomotricité dans la schizophrénie	55
V) Quels outils utilisables en séance de psychomotricité ?.....	59
<u>PARTIE CLINIQUE</u>	
I) Présentation du lieu de stage.....	62
II) Annie B.....	63
III) La psychomotricité.....	66
V) Réflexion et perspectives.....	74
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	79
Table des matières.....	81

Introduction

La psychiatrie a toujours été un champ source de questionnement, d'intérêt et de curiosité. Le rôle du psychomotricien face à cette population m'a beaucoup intrigué.

En temps que psychomotricien notre outil de prédilection, l'objet permanent de notre réflexion et notre support de travail est avant tout le corps, le notre d'abord avec tout ce que cela engage et évidemment celui de la personne en face.

Aussi la problématique vis à vis de l'investissement du corps m'a paru essentielle au vu de ce que j'ai pu observer lors de mes premiers jours de stage en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) accueillant entre autre une population souffrant de schizophrénie qui est celle vers laquelle je m'orienterai.

En effet je me suis retrouvée face au constat d'un vécu corporel atypique, pathologique menant à un tout autre rapport au corps.

Cette ébauche de problématique est partie d'observations subtiles du caractère flagrant d'un empêchement du corps dans la schizophrénie.

Dans mon cheminement vers une problématique, j'ai tout d'abord voulu parler de l'investissement du corps chez le sujet schizophrène, de cette conscience corporelle différente que l'on peut observer chez ces patients.

J'ai parcouru dans un premier temps, ouvrages et articles traitant de la psychose, pour essayer de comprendre le pourquoi de ce décalage par rapport au corps, par rapport à une unité corporelle qui semble ne pas être présente finalement.

Il m'a paru ensuite indispensable pour mieux comprendre ce manque d'investissement du corps chez les sujets schizophréniques de partir de l'origine.

Comment se crée dans un développement dit « harmonieux » l'investissement de son corps, qu'est ce qui rentre en jeu et par quels processus ? Comment j'accède à une image du corps suffisamment stable pour investir mon corps, prendre conscience de son unité, de sa tangibilité ?

Je suis donc partie sur le thème de l'investissement du corps dans la schizophrénie en m'appuyant sur des notions et des concepts permettant de comprendre tout d'abord la création, l'évolution d'un investissement que je dirais « non pathologique » du corps ; et par quoi cet investissement est-il soutenu durant le développement, par quels mécanismes, quels types d'interaction ?

Puis évidemment il faut faire le lien avec notre pratique psychomotrice, car l'ensemble de ces théories, de ces notions sont là pour nous enrichir, nous aider à mieux comprendre les mécanismes de la psyché. Ce sont des repères qui balisent notre pensée au quotidien afin d'aider, de restaurer au mieux le rapport au corps de nos patients, de rétablir, maintenir un équilibre psycho-corporel.

Comme je l'ai souligné au début, le corps est notre base de travail, nous exerçons avec notre corps, par le corps et pour un autre corps. C'est un outil que nous utilisons quotidiennement et dont nous nous servons pour étayer nos patients à travers diverses pratiques, médiations, activités, lors de nos interventions.

Au fur et à mesure des discussions avec ma maître de stage, de mes questionnements et de mes recherches, j'en suis venue à la problématique suivante :

« En quoi la prise en compte de l'étayage corporel en psychomotricité est-elle essentielle pour soutenir une réappropriation corporelle et un investissement du corps dans la schizophrénie ? »

Au fil des rencontres avec ces patients, j'ai pris conscience que le dysfonctionnement psychique trouve une voie d'expression au niveau corporel. Ainsi, les préoccupations corporelles dans la schizophrénie sont multiples.

Comme nous le verrons, l'étayage est fait pour que cela « tienne ». L'enfant qui grandit, et qui construit son autonomie ainsi que sa corporéité a besoin du soutien de l'autre tout au long de son développement.

Qu'en est-il du patient atteint de schizophrénie ? Quelle fonction la psychomotricité a-t-elle pour permettre à cette population de s'appuyer sur cet espace thérapeutique ?

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE 1 :

Petit à petit le corps fait son nid

I) Le concept d'étayage, différentes définitions

Le propos de cette partie sera d'appréhender au mieux le terme d'étayage car il peut s'associer à différentes définitions elles-mêmes issues de différents domaines. Cependant au fil de cette description de définitions nous verrons que l'on peut en extraire une représentation générale afin de mieux apprivoiser ce terme.

1) Définition générale

Tout d'abord la 9^e édition du dictionnaire de l'Académie Française nous donne ces définitions :

ÉTAI n. m. XIII^e siècle. Issu du francique **staka*, « soutien ».

1. BÂT. TRAV. PUBL. Pièce de bois ou de fer dont on se sert pour appuyer, pour soutenir une construction ou partie de construction qui menace ruine ou que l'on reprend en sous-œuvre. *Mettre un étau, des étais à une muraille, l'appuyer avec des étais. Soutenir un mur avec des étais. Étau oblique, voir [Étrésillon](#).* Par ext. Élément de soutènement ; support, point d'appui. *Les étais d'un pont. Les étais d'une galerie de mine. Des branches d'arbre soutenues par des étais.*

2. MARINE. Entretoise placée dans les mailles d'une chaîne pour éviter l'écrasement des anneaux.

ÉTAYER v. tr. (se conjugue comme *Balayer*). XIII^e siècle, *estaier*. Dérivé d'*étau II*.

1. Appuyer, soutenir avec des étais. *Les ouvriers ont étaué une maison, une muraille, une voûte. Fig. Étaier une affirmation. Le procureur étauait son accusation sur des témoignages précis. Pron. à sens réciproque. S'étaier mutuellement.*

2. Servir d'étau à. *Deux colonnes étauèrent ce balcon. Pron. Ces deux maisons s'étauèrent l'une l'autre. Fig. Les exemples qui étauèrent sa démonstration sont discutables.*

ÉTAYAGE n. m. XIX^e siècle. Dérivé d'*étaier*. Action d'étaier ; le fait d'être étaué. *Procéder à l'étauage d'un mur. Par méton. Ce qui sert à étaier ; l'ensemble des étais ou des étauçons. Un solide étauage. Un étauage de planches. (On dit aussi Étauement.)*

2) L'étayage dans la psychanalyse

Le concept d'étayage se retrouve aussi dans le domaine de la psychanalyse. En effet, le terme d'étayage dont j'aimerais parler à présent est celui décrit par Freud pour qualifier la relation primitive des pulsions sexuelles aux pulsions d'auto-conservation.

Les pulsions d'auto-conservation sont caractérisées par leur fonctionnement prédéterminé par leur appareil somatique et leur objet est d'emblée fixé, la satisfaction des pulsions d'auto-conservation est donc étroitement liée à la satisfaction du besoin (nourriture = zone orale, évacuation = zone anale..)

La pulsion sexuelle, elle, vient s'appuyer sur la fonction corporelle dont la pulsion d'auto-conservation fait déjà l'objet. C'est donc ce processus que Freud a nommé « le type de choix d'objet par étayage » car « *les pulsions sexuelles trouvent leurs premiers objets en étayage sur les valeurs reconnues par les pulsions du moi, tout comme les premières satisfactions sexuelles sont éprouvées en étayage sur les fonctions corporelles nécessaires à la conservation de la vie* ».

L'idée d'étayage est donc une pièce maîtresse de la conception freudienne de la sexualité. Car cette notion désigne la relation originelle de deux sortes de pulsions et nous aide à comprendre la genèse de la sexualité. En effet, à l'origine, la satisfaction sexuelle était encore liée à l'absorption de nourriture, la pulsion sexuelle avait un objet sexuel au-dehors du corps propre : le sein maternel par exemple. Mais ce n'est que plus tard qu'elle le perd et la pulsion sexuelle devient alors auto-érotique.

3) L'étayage pédagogique

L'étayage rejoint aussi un autre domaine qui sera mon second et dernier exemple d'illustration pour présenter de ce terme. C'est celui de l'apprentissage décrit notamment par Jérôme S. Bruner.

Bruner s'intéresse à la façon dont les adultes « *organisent le monde pour l'enfant dans le but d'assurer sa réussite dans l'apprentissage des concepts* ». Pour lui, l'interaction interpersonnelle entre l'enfant et l'adulte est nécessaire dans le contexte de la culture, il parle d'interaction de tutelle.

L'interaction de tutelle est une interaction entre un adulte et un enfant grâce à laquelle l'adulte essaie d'amener l'enfant à résoudre un problème qu'il ne sait pas résoudre seul.

J. S. Bruner compare ces interactions à un système de support.

« Ce système de support, fourni par l'adulte à travers le discours ou la communication plus généralement, est un peu comme un étiayage, à travers lequel l'adulte restreint la complexité de la tâche permettant à l'enfant de résoudre des problèmes qu'il ne peut accomplir seul. »

Pour lui, la médiation sociale s'exerce sur un mode communicationnel. L'adulte prend en charge les éléments de la tâche que l'enfant, l'élève ne peut réaliser seul. Bruner repère six fonctions d'étiayage :

→ **l'enrôlement** : susciter l'adhésion de l'enfant aux exigences de la tâche.

→ **la réduction des degrés de liberté** : simplifier la tâche en réduisant la difficulté du processus de résolution.

→ **le maintien de l'orientation** : faire en sorte que l'enfant ne change pas d'objectif durant la résolution de la tâche et qu'il conserve le but initialement fixé.

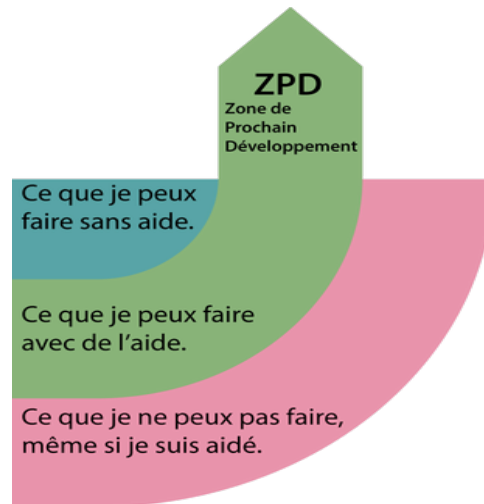
→ **la signalisation des caractéristiques dominantes** : faire prendre conscience à l'enfant des écarts qui existent entre ce que l'élève réalise et ce qu'il voudrait réaliser.

→ **le contrôle de la frustration** : essayer de maintenir l'intérêt et la motivation de l'élève en utilisant divers moyens et en se prémunissant d'une trop grande dépendance.

→ **la démonstration ou présentation des modèles de solution** : présenter sous une forme "stylisée" la solution de l'élève, pour que l'élève tente de l'imiter en retour sous la forme appropriée.

Pour poursuivre selon son concept, l'étiayage est plus qu'une aide et il est aussi provisoire. Enfin, le tuteur prive peu à peu l'apprenant des aides dont il disposait pour lui permettre de réaliser la tâche seul et c'est ce qu'il appelle le principe de désétiayage.

Le concept d'étayage de Bruner est par ailleurs lié au concept de Zone Proximale de développement (ZPD) qui est issu du travail de Lev Vygotsky. La ZPD est déterminée par la disparité entre l'âge mental où le niveau de développement présent qui est déterminé à l'aide des problèmes résolus de manière autonome et le niveau qu'attend l'enfant quand il résout des problèmes non plus tout seul mais en collaboration.



Vygotsky s'inscrit dans le courant psycho-social et va commencer par distinguer entre ce qui est de l'ordre du développement et ce qui est de l'ordre des apprentissages. Le développement psychomoteur va se faire dans les interactions du processus interne du sujet et sa rencontre avec le milieu social. Pour lui, le développement c'est l'ensemble des expériences, des découvertes, progressions, changements que l'enfant va pouvoir faire par lui-même, de lui-même.

Les apprentissages, eux, vont être dépendants du milieu et en particulier avec les relations que l'enfant a avec l'adulte, avec ses pairs, ou avec d'autres enfants. C'est dans l'interaction qu'on va voir l'enfant faire un certain nombre de découvertes.

L'ensemble du développement psychomoteur va se faire dans cet aller-retour entre le développement et les expériences développementales par l'enfant et les expériences en relation avec l'environnement que l'enfant fait avec d'autres enfants plus ou moins performants et l'adulte.

Cette zone proximale qu'il décrit, c'est ce moment où l'enfant a acquis un certain nombre de possibilités développementales et c'est dans la rencontre avec l'adulte, éducateurs, parents ou autres enfants qu'il va pouvoir actualiser ses potentialités et faire de nouvelles découvertes sous le fait de l'imitation.

Conclusion

En dehors de l'aspect spécifique de l'étagage en lien avec le domaine du bâtiment ou de la construction dans sa définition pure on peut se rendre compte que le concept d'étagage va bien plus loin.

On voit bien que l'étagage se fait dans une relation, sans l'autre, sans l'objet il n'est pas possible.

L'étagage ou l'étalement n'est pas un simple synonyme du soutien, c'est le mot dont les significations sont les plus diverses et traversent les domaines de la marine, de la charpente, du jardinage, de la maçonnerie, des relations humaines et qui tournent autour de l'idée de s'appuyer sur... pour tenir ; que ce soit intentionnellement ou non. C'est le résultat qui est visé. La façon de faire étagage, elle, varie.

De cette présentation se dégage alors une idée assez générale mais qui va nous permettre d'appréhender son importance à la fois en terme de développement mais aussi lors de notre pratique.

L'étagage me semble être une notion clé à beaucoup de niveau dans la vie, c'est donc un sujet que je vais approfondir et plus particulièrement lors du développement car je pense qu'il toute son importante.

II) La construction d'une corporéité et son investissement dans le développement de l'enfant

Le développement du bébé, puis de l'enfant est un long processus, une succession d'états, d'étapes, de constructions, de remaniements qui mènent lorsque tout se passe dans des conditions suffisamment bonnes à un être doté d'un bagage psychique, physique, affectif et moteur harmonieux.

1) Le développement sensori-moteur de Bullinger

Selon André Bullinger, habiter son organisme, en faire son corps pour faire un certain nombre de tâches (soit imposées par la vie de tous les jours soit des choses qui nous plaisent) suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent sur l'organisme.

Lorsque Bullinger parle de sensations il fait référence aux flux sensoriels qui sont pour lui des éléments essentiels de la construction corporelle et donc de toutes les représentations de l'organisme. Par ailleurs il est impossible de dissocier l'activité motrice de la sensorialité, de tous ces flux qui nous parviennent constamment, c'est toujours en lien. Ces flux vont donc aider à façonner, mettre en forme l'organisme du bébé pour lui permettre de déployer des actions finalisées sur son milieu.

La naissance va marquer un changement radical pour le bébé, il va être soumis à toutes sortes de flux : le flux tactile, gravitaire, sonore, gustatif, olfactif et visuel.

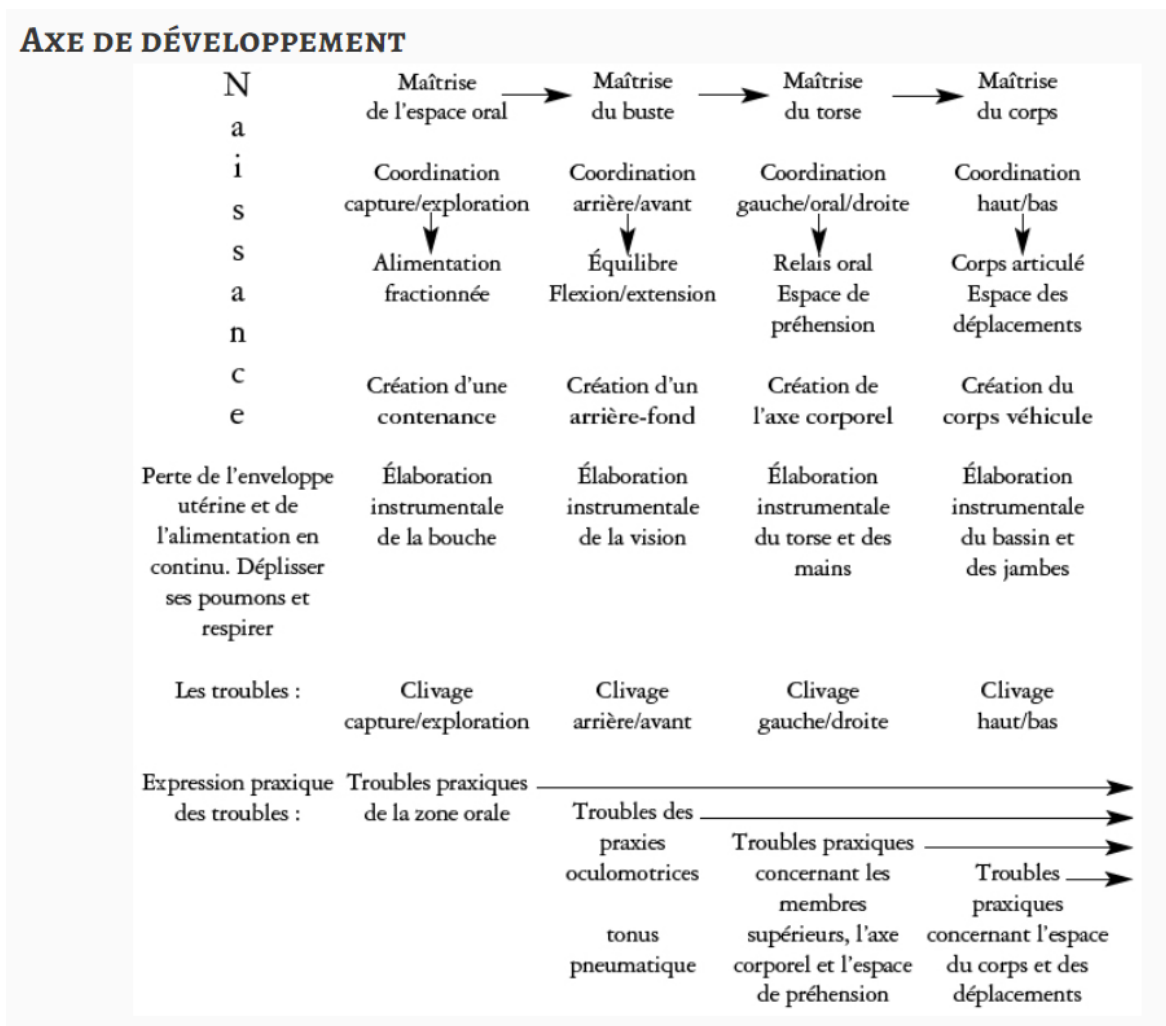
Il va falloir qu'il s'adapte notamment grâce aux appuis que lui apporte son environnement humain qui va le mettre en forme corporellement avec le portage, le toucher ; et aussi qui va veiller à ne pas sur-stimuler, avec cette fonction de pare excitation qui est très importante dans ses premiers mois de vie. Il ne faut pas qu'il soit débordé pour que les flux soient assurés et s'élargissent avec son développement.

Le grand travail du bébé va donc être de faire des coordinations entre le traitement de ces différents flux pour pouvoir faire des liens de co-modulation et de co-variation.

C'est grâce à aux répétitions d'expériences cohérentes et à la coordination de ces flux sensoriels que l'enfant va construire l'espace progressivement. C'est toujours avec le corps en action d'où l'importance d'avoir des informations cohérentes.

Par ailleurs Bullinger a développé sa théorie d'axe du développement pour montrer la complexité de celui-ci. L'article d'Anja Kloeckner en donne une description claire et concise qui est la suivante :

« A. Bullinger a décrit un axe de développement au cours duquel les différents espaces corporels se mettent en place (espace oral, du buste, du torse et du corps) et s'emboîtent à travers la dynamique des expériences et des acquisitions de l'enfant. Cet axe corporel est compris comme « un appui postural, mais aussi comme un appui émotionnel et relationnel ». À chaque étape correspondent des acquisitions et des élaborations sur différents plans : postural, organisation de l'espace et représentation du corps. Dans cette perspective, l'importance des flux sensoriels et de l'environnement est prise en compte, de même que la dimension posturale et le soutien du milieu humain. L'activité psychique va se développer sur le terreau de ces interactions avec le milieu et permettre la progressive élaboration des représentations et l'accession aux notions de corps, d'objet et d'espace.»



2) Les étapes du corps

Comme le dit Georges Pous, lors des premiers moments du développement, la psyché s'organise à partir du corps et des besoins du corps, ce qui vient du corps propre va se différencier de ce qui vient du monde des objets et de l'extérieur, avec l'organisation d'une « peau », investie comme limite entre l'intérieur et l'extérieur.

Cependant cette différenciation n'est pas innée et nécessite une succession d'étapes, d'acquisitions, de moments importants dans la vie du bébé et dans l'expérimentation de son corps.

Le nourrisson passe donc par plusieurs étapes, on peut aussi parler de phases où le corps est subi, vécu, perçu, représenté, ces différentes étapes se retrouvent dans l'ontogenèse du schéma corporel qui est prépondérant et dont la construction aboutit participe à un sentiment d'intégrité corporelle, d'unité.

a- Le corps subi

Aussi, au tout début de sa vie (de 0 à 3 mois) le nourrisson est constamment soumis au monde qui l'entoure, du fait de sa grande immaturité il se retrouve dépendant de l'autre, il n'est pas en mesure de répondre seul à ses besoins physiologiques, ni même de les comprendre. C'est une période où le nourrisson se retrouve avec un corps traversé par pleins d'émotions, de sensations, de besoins, d'envies, dont il n'a pas conscience, et cela peut être très angoissant et désorganisateur. Le vécu de toutes ces expériences est d'ailleurs assez morcelé sans différenciation de ce qui est soi et non soi.

C'est donc la période du corps subi, où ce sont les réflexes et la vie végétative qui priment. Le bébé oscille entre moments de satiété et de faim, de veille et de sommeil, d'absence et de présence de l'autre.

On parle de corps subi car le nourrisson est à cette période là commandé par ses besoins, *il est une unité psycho-somatique inorganisée* selon Winnicott qui a besoin de l'autre pour mettre un peu de sens sur ce qu'il vit.

Le tonus est à ce moment le seul moyen de communication du nouveau né et la notion de dialogue tonico-émotionnel devient très importante.

Ajuriaguerra dit d'ailleurs

« Le dialogue tonique jette le sujet tout entier dans la communication affective et ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps... Le dialogue tonique est et reste le langage primaire de l'affectivité »

En effet il va permettre l'expression des émotions entre le bébé et son entourage. Les réactions et les manifestations toniques du bébé vont être perçus par la maman qui va elle aussi moduler et ajuster son tonus pour répondre au bébé.

Pour Henri Wallon, ce dialogue se met en place dans la symbiose affective primaire et fait suite à la symbiose physiologique entre la mère et le bébé :

« Par l'intermédiaire des réactions qui l'expriment, l'émotion de l'un devient l'émotion de l'autre. L'émotion établit ainsi une communion immédiate des individus entre eux, en dehors de toute relation intellectuelle. »

b- Le corps vécu

Puis de 3 mois à 3 ans débute la période du corps vécu où la répétition de situations de portage, de soins, de réponses qualitatives et quantitatives à ses besoins va permettre une intégration de ces vécus par le bébé et ainsi soutenir un sentiment de continuité d'existence et de sécurité intérieure.

C'est à cette période que Winnicott évoque la notion de « Mère suffisamment bonne » capable justement d'apporter des réponses adaptées et fiables. Ces réponses bien qu'elles aient la qualité d'être sécurisantes et toujours ajustées doivent cependant avoir un temps de latence avant d'être proposées au bébé. En effet cette attente induit progressivement chez le bébé un état de différenciation car il expérimente seul l'attente et n'est pas à ce moment là dans une fusion avec la mère et dans la satisfaction immédiate de ses besoins.

L'adéquation ou l'inadéquation des réponses maternelles aux besoins de son enfant, lui permettra ou ne lui permettra pas de vivre paisiblement cette période d'une progressive différenciation entre lui et l'objet.

Suzanne Robert-Ouvray a aussi synthétisé cette notion :

« On peut dire de façon schématique, qu'une mère qui survient à tous les besoins de son enfant avant même qu'il ait pu exprimer la tension, engage son enfant dans des positions identitaires mal définies par intégration insuffisante des extrêmes.

Une mère qui laisse son enfant dépasser son seuil de tolérance à la stimulation, l'entraîne à vivre l'intégration unilatérale du pôle dur et le déséquilibre complet des autres paliers d'intégration.

Une mère qui passe trop rapidement de la frustration à la satisfaction engage l'enfant à vivre une instabilité émotionnelle et des intégrations anarchiques.»

Durant ce temps d'attente où la mère ne répond pas à son besoin, le bébé va alors tenter de s'auto-apaiser. Il va par exemple sucer son pouce. Cela lui permet d'éprouver un sentiment d'apaisement, conféré par lui-même. Ces moments entrent en jeu dans la construction du narcissisme, puisque l'enfant devient capable de se satisfaire seul pendant un court instant.

Ces conduites signent également le début de l'érotisation du corps, ainsi qu'un sentiment d'appropriation de ce dernier.

Pour G. Pous ces moments de vide vont devenir des lieux privilégiés par l'enrichissement du petit humain qui va y organiser sa vie mentale, tenir compte de la réalité et se donner des satisfactions substitutives.

La différenciation soi/non soi avec la reconnaissance de lui et de l'autre découle donc de la capacité progressive de l'enfant à faire la différence entre les informations perceptives venant de son propre corps et celle de l'environnement.

On parle aussi de corps vécu et non subi car les réflexes qui régissaient le bébé vont au fur et mesure disparaître pour laisser le champs à des ébauches de mouvements volontaires certes peu contrôlés au début. L'abandon de ces réflexes est du à la maturation neurologique du bébé accompagnée d'un environnement stimulant et sécurisant.

D'un point de vue maturatif, on va observer progressivement une poussée du tonus dans tout le corps du bébé. L'augmentation du tonus du tronc, et le développement de la musculature, qui s'effectue notamment grâce à des mouvements répétitifs, va permettre au bébé de tenir sa tête, de se retourner sur le ventre puis de revenir sur le dos. Plus tard, il pourra se tenir assis puis expérimenter divers déplacements avant d'accéder à la marche. Le développement de la motricité se fait, comme nous l'avons vu précédemment, en lien avec les afférences sensorielles et affectives.

L'enfant, en grandissant, va progressivement gagner en maîtrise de sa motricité, de son geste. Petit à petit, sa locomotion se fera plus assurée ; ses appuis se consolident, ses coordinations gagnent en précision, sa régulation tonique se fait plus ajustée etc. Son schéma corporel se structure de plus en plus. Pour l'instant, l'enfant est encore dans une motricité « brute ». Il est dans l'agir, dans le plaisir de faire.

A un niveau plus symbolique, l'enfant commence à pouvoir nommer certaines parties de son corps. Une certaine connaissance théorique du corps se met en place, bien qu'à cette période, l'enfant est plus dans une découverte sensorielle et tonique du corps – un corps vécu.

c- Le corps perçu

De 3 à 7 ans, s'étale la période du corps perçu où l'enfant va pouvoir améliorer, affiner sa motricité, en effet son ajustement postural est meilleur, son geste est plus précis. C'est une vraie prise de conscience du corps propre, il n'est plus uniquement dans l'éprouvé de la sensation mais l'investissement du corps a un autre but. On entre dans une phase où le corps est utilisé pour faire semblant avec des jeux symboliques avec la gestuelle et les mimiques.

La connaissance symbolique du corps est aussi en train d'être intériorisée ce qui permet à l'enfant de représenter son corps par le dessin ou d'autre support ce qui vient attester d'une certaine capacité de représentation mentale.

Il est aussi capable d'avoir un regard critique sur le geste qu'il exécute et peut ainsi le corriger, l'ajuster. Il a donc une attention perceptive centrée sur son corps. Toutes les perceptions qu'il éprouve viennent étayer et soutenir la représentation qu'il a de son propre corps.

d- Le corps représenté

Puis arrive la période du corps représenté ou connu, le schéma corporel est toujours en cours de structuration mais l'on remarque que l'orientation corporelle est acquise, en effet l'enfant connaît les termes d'orientations et de positionnements corporels et est capable de décentration. Il est en possibilité de s'extraire de son référentiel égocentré et son organisation corporelle est telle qu'il peut s'ajuster aux circonstances de l'environnement extérieur comme franchir un obstacle par exemple.

e- Le corps maîtrisé

L'adolescence représente la période du corps maîtrisé, ce corps maîtrisé suppose que les fonctions psychomotrices soient opérationnelles et coordonnées entre elles en fonction de l'intentionnalité et de la volonté du sujet à atteindre un but ou à résoudre un problème. Le moment de l'adolescence signifie alors l'aboutissement et la concrétisation des apprentissages psychomoteurs. Cependant ce n'est pas une phase figée mais une perpétuelle dynamique du sujet pour s'adapter à son environnement.

f- Le stade du miroir

Le stade du miroir est un modèle théorique développé par Jacques LACAN, c'est un processus dynamique qui intervient entre les 6 mois et 18 mois de l'enfant. Selon lui, avant ce stade, l'enfant n'a pas conscience d'avoir un corps propre, il se trouve dans une indifférenciation moi/non moi.

Pour essayer de résumer ce stade nous allons le découper en trois parties.

Dans un premier temps, l'enfant qui se positionne devant le miroir ne se reconnaît pas. Il y voit une personne réelle, qu'il investit comme un partenaire de jeu : il essaye de s'approcher d'elle et de la toucher. A ce moment précis, il existe une confusion entre lui même et l'autre car sa propre image dans le miroir est assimilée à une autre personne.

Dans un second temps, il prend peu à peu conscience que ce qu'il perçoit dans le miroir n'est pas une personne de chair et d'os mais bien une image, néanmoins il ne reconnaît pas pour le moment cette image comme la sienne. L'enfant cesse de vouloir attraper ou toucher le reflet car il a intégré l'aspect fictif que représente l'image.

Dans un troisième et dernier temps, l'enfant comprend que cette image est son image et qu'elle le représente. Il accède à ce niveau de compréhension par la déduction. En effet, l'enfant qui est porté par son parent devant le miroir, établit, en premier lieu, un lien entre l'image de son parent dans le miroir et son parent réel. Il transpose ce lien à lui-même pour en déduire que le sujet qu'il observe dans le miroir n'est autre que lui. C'est la première fois que l'enfant voit son corps dans sa globalité, unifié, pourvu de limites propres et donc différent de celui de son parent. Il est un être à part entière.

Cette expérience prouve que la reconnaissance de soi et la prise de conscience corporelle n'est pas une compétence innée mais débute sa construction dès la petite enfance sous l'étayage du parent. La présence de celui-ci est capitale pour que l'enfant accède à la conscience de sa propre image puisqu'elle se fait par déduction.

Les sensations, jusqu'ici vécues par l'enfant comme éparées, vont se retrouver rassemblées dans une image unie et différenciée. C'est un point de maturation dans le sentiment imaginaire que l'enfant a de lui-même et cela va soutenir la construction de son moi propre.

La représentation de soi est donc une construction mentale que l'enfant organise peu à peu avec l'étayage de son entourage. Selon J. LACAN, ce stade a une fonction structurante puisqu'il permet la reconnaissance de l'unité corporelle, la prise de conscience du corps propre, d'être un sujet et finalement, d'accéder à la fonction du « Je », autrement dit, à la conscience de soi.

III) Nécessité de l'étayage dans le développement de l'enfant

Dans la partie précédente nous avons vu lors du développement les étapes qui mènent à une construction corporelle, étapes que le nourrisson puis l'enfant franchit, expérimente seul à partir de son propre corps, de sa découverte, de sa mise en jeu, de ses expériences sensori-motrices.

Pendant il reste un élément à prendre en compte et pas des moindres : cette construction se fait sous le regard, le soutien, l'aide de l'autre, d'un tiers.

C'est sous cette perspective que j'aimerais développer cette partie. Comment tout au long du développement, l'autre vient étayer l'enfant dans ses découvertes, ses recherches, ses expérimentations. Je pense que cet étayage est assez déterminant quant au bon développement de l'enfant et donc d'un investissement suffisamment bon de son corps plus tard.

Aussi j'aborderai cette partie comme une liste non exhaustive de ce que l'objet maternant, la personne qui est en relation avec le nourrisson ou l'enfant représente comme enjeu dans son développement. Car à tout point de vue, la figure parentale est nécessaire dans ses conduites, dans sa qualité de relation, dans ses actions, ses regards, ses étayages, ses représentations, sa guidance.

La dimension relationnelle nous apparaît donc fondamentalement structurante dans ce processus développemental, et c'est ce que je vais m'efforcer de décrire.

Je vais pour cela parcourir des concepts qui me semblent importants de citer si l'on veut parler de la notion d'étayage. Rappelons que pour moi, dans le cadre de mon mémoire je définis l'étayage comme tout ce que l'autre, la figure maternelle peut apporter de structurant et d'intégrant dans ses interactions, pour le bébé qui se développe.

1) Winnicott et la mère suffisamment bonne

Je m'intéresserai tout d'abord à Winnicott qui a centré son œuvre sur la nécessité pour le développement de l'enfant, d'un environnement suffisamment bon. En effet, pour lui, l'individu n'existe qu'en relation avec le monde extérieur, d'où sa fameuse citation « *un bébé seul ça n'existe pas* ». Il voulait ainsi insister sur le fait qu'un bébé ne peut exister sans sa mère, ou le substitut maternel, qui en prend soin.

À la naissance de son enfant, la mère se retrouve dans un état que Winnicott appelle la préoccupation maternelle primaire. Cette disposition de la mère caractérisée par son extrême sensibilité à l'égard de tout ce qui a trait à son nourrisson, permet l'étayage du Moi de l'enfant en lui offrant une continuité d'existence et la possibilité d'évoluer dans un milieu sécurisant, parfaitement adapté à ses besoins. Cet état d'hypersensibilité va lui permettre une attention accrue et mettre tous ses sens en éveil pour s'ajuster aux tous premiers besoins internes de son bébé. On peut dire que la mère vient suppléer le Moi de son bébé en construction, en lui apportant un environnement favorable.

Puis les notions de holding et handling de Winnicott sont bien-sur aussi à aborder.

Le Holding représente les soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. Il rend compte de la façon dont est porté l'enfant physiquement et psychologiquement. Il met donc en place chez le bébé un sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée et le protège contre les expériences corporelles angoissantes et déstructurantes du début de la vie.

Le Handling lui, va désigner toutes les manipulations dont le bébé va faire l'objet, c'est à dire comment il va être traité, soigné. Le handling va ainsi permettre à l'enfant d'acquiescer progressivement un sentiment d'ancrage corporel, un sentiment d'habiter son corps. Ce processus de personnalisation entraîne le développement de la fonction mentale.

Winnicott nous parle aussi de la notion d'Object Presenting qui contribue à la construction des premières relations objectales et aboutissant à la capacité de s'approprier et d'utiliser l'objet. L'object presenting, c'est donc la façon dont la réalité est présentée à l'enfant via son environnement.

Tous ces notions découlent du concept de « la mère suffisamment bonne » de Winnicott, c'est à dire cette personne qui fournit dès le début de la vie du bébé, un cadre continu et sécurisant, une bonne adaptation ainsi qu'une écoute de ses besoins. Ainsi grâce à tout cela les tendances de maturation opéreront positivement pour cet enfant qui grandit.

2) Bion : éléments Alpha, Bêta et la capacité de rêverie de la mère

On retrouve ensuite l'auteur Wilfred Bion qui nous aide à comprendre aussi le rôle prépondérant de la figure maternelle au début de la vie du nouveau né à travers les notions d'éléments bêta et alpha.

Le bébé à la naissance est traversé d'affects, de sensations, d'angoisses qu'il ne peut pas encore mentaliser. Et tout cela pour Bion est regroupé sous le terme d'élément bêta :

« L'élément bêta peut être chargé d'affects de type plaisir-déplaisir mais ne fournit pas de signification, les éléments bêta sont sensés posséder des propriétés comme l'avidité, la haine, l'envie, la curiosité. Ils n'appartiennent pas au domaine de la pensée. Le nourrisson donc au début de sa vie, du fait de son équipement psychique immature ne peut faire autre chose qu'évacuer en masse des éléments bêta. »

Pour qu'une expérience puisse être utilisée comme modèle, les données des sens doivent avoir été transformées en éléments alpha susceptibles d'être emmagasinés et mis à la disposition de l'abstraction, c'est la fonction alpha. Les éléments alpha contiennent des images visuelles, des thèmes auditifs, des schèmes olfactifs, et ils sont susceptibles d'être employés dans la pensée vigile, inconsciente, les rêves, la mémoire.

L'émotion brute, sensorielle (élément bêta), a été transformé par la capacité de digestion maternelle (fonction alpha) en mental (élément alpha).

Dans le rapport avec sa mère, l'enfant va apprendre à donner sens à ses perceptions. C'est à travers ses paroles et ses actes que les sensations de faim, de froid, d'irritation cutanées, de malaises digestifs ou simplement désir de présence vont se différencier pour lui.

Ainsi, à partir de sa fonction alpha et de son travail de rêverie (capacité de se brancher sur les vécus de son enfant pour leur donner une forme), la mère opère donc une certaine traduction de la réalité première en métabolisant et en mentalisant pour son bébé l'excès d'excitation anxiogène qu'il peut ressentir. En raison de la signification qui lui est attribuée, l'expérience des choses devient alors plus tolérable.

3) Le holding moteur et psychomoteur

Suzanne Robert-Ouvray a aussi participé à ma réflexion concernant le rôle de l'autre dans le développement du bébé notamment grâce à son ouvrage « *Intégration motrice et développement psychique* ». En effet elle a développé la notion de holding moteur qu'elle qualifie comme « *L'ensemble des situations relationnelles qui mettent les corps moteurs du bébé et de la mère en jeu : le porter , l'asseoir, le coucher, le lever, lui donner le biberon, en tenant compte de l'organisation motrice précoce qui étaye le psychisme naissant.* »

Elle insiste donc sur le fait que toutes les manifestations motrices entre la mère et son bébé étayent et soutiennent le psychisme qui se construit chez le bébé. De comment la relation de la mère à son enfant dans des situations motrices du quotidien sont essentielles pour le psychisme qui se crée. Et comment tous ces comportements sont étayés par la figure parentale que soit dans le registre des représentations, de l'affectif ou du fantasmatique.

En effet elle cite :

« Sur le plan affectif et fantasmatique, ces comportements s'accompagnent des intuitions et/ou des intentions que la mère met dans l'activation de la motricité de son bébé : lui donner du plaisir, de l'amour, de l'attention, le stimuler ou au contraire l'empêcher de bouger, de faire du bruit, de gêner. Sur le plan de la représentation, se sont des interprétations que la mère projette sur l'exhibition motrice de son bébé. »

Tout ce processus de holding psychomoteur vécu, proposé par la mère à travers des pôles d'opposition qu'elle est susceptible de proposer est créateur de différenciation pour le bébé, car c'est dans la dualité, dans l'opposition que s'étayent le psychisme.

Le holding psychomoteur de S. Robert-Ouvray n'est donc pas considéré uniquement comme un processus de satisfaction des besoins primaires mais plutôt comme un processus de communication entre la mère et son bébé par toutes ces coordinations. Elle dit par ailleurs :

« Ces coordinations sont des assemblages rythmiques qui se créent entre deux pôles d'opposition : présence-absence, vu-entendu, senti-goûté, senti-nommé, passivité-activité ... et qui préparent le psychisme à la différenciation, à la dialectique entre deux termes, au conflit créateur de relations et à la symbolisation. »

Le holding psychomoteur de la mère ou de la figure parentale représente donc une composante essentielle du processus intégratif du nourrisson.

De plus on peut, S. Robert-Ouvray nous parle d'une notion que l'on pourrait mettre aussi en parallèle avec la fonction Alpha de Bion :

«La mère assume également la fonction d'appareil à sentir et à éprouver les relations tonico-émotionnelles infra-verbales. Elle est une fonction d'appel à l'intégration, faisant surgir des potentialités et en interprétant et nommant les signaux moteurs et émotionnels de son enfant.»

4) L'accordage affectif de Stern

Le concept d'accordage affectif décrit par Daniel Stern est aussi intéressant à citer et à inclure dans cette idée, ce fil conducteur que la relation à l'autre constitue une donnée fondamentale du développement précoce de l'enfant et dans ce cas précis le côté affectif de la relation.

D. Stern dénomme « accordage affectif » le fait que l'imitation puisse traduire le passage d'états internes de la mère au bébé et réciproquement, par la contagion d'affect.

Ce modèle représente un partage d'états affectifs par des conduites d'imitation entre la mère et son bébé.

Cependant, l'accordage affectif n'est pas une reproduction identique ni l'imitation d'une forme, il va beaucoup plus loin car il relève de la sensation elle-même conservée par cette forme.

«Ce qui est rendu, ce n'est pas en soi le comportement de l'autre personne, mais plutôt un certain aspect du comportement qui reflète l'état émotionnel de la personne. (...) L'accordage traite l'état subjectif en tant que référent et le comportement manifeste en tant que l'une des multiples manifestations ou expressions possibles du référent. »

Même au niveau cognitif, cette capacité d'accordage a aussi son importance : c'est un réaménagement, une reformulation d'un état subjectif, ce qui constitue pour le nourrisson une première marche vers le langage et la symbolisation.

Conclusion

On se rend donc compte que les premières années de vie de l'enfant et leur déroulement vers une corporéité unie, différenciée et harmonieuse sont sous-tendus par énormément de facteurs et d'interactions précoces.

Par conséquent je pense qu'il est important de retenir l'hypothèse que le *corps en relation* dans des expériences, des vécus sensori-moteurs, des émotions, est une composante essentielle d'un processus d'appropriation et d'un vécu corporel sécurisé. Cette construction du corps se fait dans l'interaction, l'intégration permanente de l'autre. Toutes ces interactions sont synonymes pour moi d'étayage, étayage au niveau moteur, affectif, psychique.

IV) Les barrages à l'investissement du corps

Comment douter à présent de la fonction essentielle d'une qualité de présence et d'interaction représentant bien plus qu'un simple accompagnement entre le bébé et sa figure parentale.

Le développement de l'enfant dépend de ce que Bernard Golse appelle « *le double ancrage corporel et interactif* ». C'est à dire que *le corps vient au bébé* de part son équipement constitutionnel c'est à dire ses capacités et ses compétences innées et part les conditions environnementales, par les interactions qu'il va effectuer avec son entourage.

Le développement n'est pas un processus linéaire, il possède une multitude d'étapes, de périodes, de paliers où se déroulent énormément de mécanismes, d'organisation, de ré-organisation, de structurations pour l'enfant. Vivre son corps et se l'approprier n'est donc pas un résultat fixé d'emblée.

1) Les périodes sensibles

Des auteurs se sont penchés sur le développement moteur et psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans et ont étudié ce qu'ils appellent des périodes sensibles où se jouent des mécanismes assez cruciaux.

L'expression « période sensible » fait référence à une période de développement pendant laquelle l'enfant est particulièrement réceptif à l'influence de certaines expériences. Le cerveau présente alors une réceptivité maximale à des expériences spécifiques. Passée cette période, il devient difficile, voire impossible, pour la structure cérébrale considérée, de reprendre un développement normal si elle n'a pas bénéficié de ces stimulations spécifiques.

Le développement moteur et psychomoteur durant les trois premières années traverse donc plusieurs étapes dont certaines apparaissent comme de véritables périodes sensibles du développement. Le cerveau présente alors une réceptivité maximale à certaines stimulations spécifiques indispensables à sa maturation. L'enfant à risque sur le plan moteur ou relationnel devient hypersensible aux déséquilibres des schémas de coordination motrice, sensori-motrice, ou aux perturbations relationnelles.

« À chacune de ces étapes, entre 0 et 3 ans, correspondent une nouvelle représentation de l'image corporelle et une évolution du développement libidinal, c'est-à-dire de la pulsion de vie qui pousse le bébé à investir son propre corps et l'ensemble de ses potentialités pour ensuite explorer et investir le monde. »

Il y a donc plusieurs facteurs aggravants qui peuvent contrecarrer un développement psychomoteur dit « harmonieux », notamment les troubles du spectre autistique dont je vais parler maintenant.

2) Les troubles du spectre autistique

Il existe différents types d'autisme et l'origine ou les causes peuvent être multiples. Olga BOGDASHINA dit :

« Il est maintenant généralement reconnu qu'il existe de nombreuses causes possibles à l'autisme, et les chercheurs distinguent plusieurs types d'autisme, ayant tous comme point commun, d'entraîner les mêmes types de comportement. »

Les hypothèses et découvertes autour de l'autisme sont nombreuses et ne cessent d'évoluer. Elles sont en accord avec l'hypothèse d'une origine plurifactorielle. Actuellement, ces recherches ne permettent toujours pas d'établir d'étiologie de l'autisme, il n'existe pas de marqueur biologique de l'autisme reconnu. De plus, l'ensemble de ces hypothèses reste à nuancer car on ne peut pas dire aujourd'hui si les facteurs intrinsèques (déficit, raisons psychogènes) ou extrinsèques sont à l'origine ou bien la conséquence de l'autisme. On peut toutefois parler d'une vulnérabilité neuro-développementale qui fera qu'un sujet aura plus de risques de développer un autisme qu'un autre sujet.

Par ailleurs, la logique développementale de ces troubles est assez différente et abouti à un vécu corporel atypique.

Dans le développement pathologique, c'est une logique d'investissement relevant davantage des fonctionnements automatiques et réflexes : la tête tient, les membres sont capables de se coordonner dans des activités apprises et éduquées mais à aucun moment c'est au service des intentions de l'enfant.

Ce ne sont pas des conduites poussées par un désir d'exploration comme dans un développement harmonieux. La tenue de la tête, les retournements, la position assise, l'investissement du bas du corps, la locomotion ne sont pas intégrés par l'enfant et il se crée alors des conduites compensatoires de nature sensorielle et tonique. On y retrouve des focalisations sensorielles, avec des fixations lumineuses ou sur une odeur ou un bruit. On retrouve aussi des clivages avec soit des préoccupations concernant l'avant ou l'arrière du corps, des accrochages sensori-toniques, des crispations hypertoniques.

Ce sont des enfants qui sont très peu intégrés, ils sont soumis à des sensations qu'ils n'ont pas organisées, ils ne se sont pas fait un schéma de représentation du corps susceptible de comprendre ce qui leur arrive, donc tout les impacte.

Ce qui préoccupe c'est l'intégrité corporelle et elle passe par la sensation chez le sujet en proie à ces troubles. En effet, l'adhésivité, c'est à dire le collage aux sensations et un comportement souvent retrouvé où la sensation fait office de sentiment d'exister pour ces enfants.

3) Les troubles psychomoteurs

« Les troubles psychomoteurs sont des troubles neuro-développementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont souvent situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. »

J. de Ajuriaguerra ajoute, « *Les syndromes psychomoteurs ne répondent pas à une lésion en foyer.* », et souligne le double ancrage corporel et psychique : « *Liés aux affects mais attachés au soma par leur fluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement les dérèglements d'un système défini.* »

Parmi les troubles psychomoteurs on retrouve :

- Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité,
- Le trouble de l'acquisition de la coordination (dyspraxies de développement),
- Les dysgraphies de développement,
- Les incapacités d'apprentissage non verbal,
- Les troubles spatiaux,
- Les mouvements anormaux,
- Les troubles de la dominance latérale,
- Les troubles du tonus musculaire.

De part ces définitions, on se rend compte que les troubles psychomoteurs viennent aussi entraver quelque chose du vécu corporel du sujet. Ce vécu différent est le résultat d'un déficit de l'investissement causé par une relation au corps assez incomplète ou parasitée par le trouble psychomoteur qui surgit.

Mon sujet n'étant pas à propos des troubles psychomoteurs je ne vais pas m'étendre à leurs propos mais j'aimerais souligner que ces troubles qui se déclarent au cours du développement de l'enfant viennent affecter ostensiblement le rapport de l'enfant à son corps et donc l'investissement de sa corporéité.

Prenons l'exemple des troubles instrumentaux, Danièle Flagey les décrit ainsi :

« Les troubles instrumentaux concernent toutes les aptitudes dont le développement concourt à l'exercice des fonctions cognitives au sens large ». On y retrouve la dyslexie, la dysphasie, la dyscalculie et la dysorthographe entre autre.

D. Flagey nous dit par ailleurs que dans ces troubles instrumentaux on retrouve assez constamment un défaut de « plaisir de fonctionnement ». Cette notion de plaisir de fonctionnement est essentielle car elle participe à l'investissement des diverses fonctions cognitives, instrumentales et psychomotrices pour permettre à l'enfant d'exercer ses compétences au niveau perceptif, moteur et cognitif.

4) Les troubles repérables sur un plan organique

Énormément d'autres troubles peuvent participer à un investissement corporel différent, je pense notamment aux déficiences sensorielles, aux maladies génétiques, aux troubles liés à la prématurité, ces troubles repérables sur un plan « organique » ont aussi des conséquences sur le vécu corporel du sujet, sur leur façon d'appréhender l'environnement et la relation. Cependant je ne m'étendrai pas sur ce propos.

5) La psychopathologie

Enfin et pour faire transition avec mon second grand chapitre, le champ de la psychopathologie nous montre aussi combien l'investissement du corps peut être malmené, empêché. En effet, la question du corps est centrale dans nombre de pathologies psychiatriques et les problématiques corporelles sont souvent très présentes. Ces troubles peuvent apparaître durant l'enfance mais aussi à l'adolescence et à l'âge adulte.

Prenons le cas des névroses tout d'abord.

a- La névrose d'angoisse

Dans la névrose d'angoisse le corps fait peur, il est investi sous l'angle d'une perpétuelle anticipation de l'échec qui traduit la sensation d'un corps faillible. Cette idée de faillibilité du corps conduit donc le névrosé à considérer son corps de manière hyper-vigilante, il doit donc être toujours prêt à agir, ce qui s'exprime corporellement par une hyperactivité et une asthénie.

b- La névrose hystérique

Dans la névrose hystérique, le corps est mis en scène, en effet pour le sujet hystérique son corps est toujours source d'insatisfaction mais aussi de désir. Il est toujours à la recherche d'attention, d'affection, il se met pour cela souvent en représentation avec du maquillage, des vêtements, des attitudes corporelles particulières, en somme une mise en scène théâtrale. Le corps est donc investi mais essentiellement par rapport aux autres et à ce qu'il va susciter chez eux, cette façade comportementale est en vue de s'assurer en permanence un étayage affectif.

c- La névrose phobique

Dans la névrose phobique le corps est un objet encombrant que l'on cherche à éviter du fait de sa faillibilité tout comme dans la névrose d'angoisse. Cependant, ici, le corps est pris comme un objet phobogène avec souvent cette peur d'être laid, trop gros ou trop petit.

d- La névrose obsessionnelle

Et enfin dans la névrose obsessionnelle le corps est objet de soins, de méfiance et d'attention toute particulière. Le névrosé obsessionnel cherche sans cesse à avoir une maîtrise sur ses activités corporelles et toute interaction passe par l'hyper-contrôle de la motricité et de la gestualité amenant à des difficultés toniques comme le bégaiement, les réaction de prestance, les tics..

e- Les états dépressifs

Les sujets atteints d'états dépressifs sont aussi marqués par une perturbation du vécu corporel, le corps vient concrétiser la maladie dépressive car la tristesse y est corporéisée. Ce corps est vécu comme ayant perdu toute capacité à être agréable et source de plaisir. Aussi le corps du déprimé est proche du végétatif, de l'inorganique, complètement dévitalisé.

f- L'anorexie mentale

Les personnes atteintes d'anorexie mentale ont un rapport au corps assez conflictuel. L'anorexie mentale est une conduite alimentaire pathologique caractérisée par le refus de manger et/ou la restriction alimentaire. On retrouve une véritable volonté de faire disparaître ce corps avec un engagement dans une lutte contre le corps et contre toutes ses formes d'expression, avec cette impression de double intolérance à l'apparence physique et à certaines sensations corporelles.

Conclusion

Loin d'avoir fait le tour du champ de la psychopathologie on se rend d'ores et déjà compte de comment la pathologie et la symptomatologie peuvent impacter le vécu corporel et donc l'investissement au final de celui ci.

C'est ce que je vais à présent tenter de développer dans ma seconde partie en me focalisant sur la pathologie schizophrénique. Soit comment les symptômes viennent altérer, remanier, détruire quelque chose du vécu et de la conscience corporelle et quelles en sont les conséquences dans l'appropriation et l'investissement de sa corporéité chez le sujet schizophrène.

Chaque sujet atteint de schizophrénie a un rapport à son corps assez spécifique et qui correspond aussi à sa propre histoire, ce n'est pas pour tous les individus souffrant de schizophrénie la même relation au corps. Dans la schizophrénie il peut arriver qu'il n'y ai eu aucun signe avant coureur avant que la pathologie apparaisse.

On peut donc être amener à penser qu'il n'y a rien « avant », bien que souvent lorsque l'on parle aux familles, il ressort des éléments interrogeables, des particularismes, une relative étrangeté avant l'apparition de la maladie.

Tout ce que j'ai pu développer dans cette première grande partie sur le développement psychomoteur, sur les interactions précoces et l'étyage de la figure parentale dans le soutien de l'investissement corporel harmonieux de l'enfant, et enfin sur les problématiques développementales pathologiques, sur les troubles psychomoteurs ou du spectre autistique m'ont servi de support et de base théorique pour pouvoir développer mon hypothèse.

En effet ma problématique pose l'hypothèse du rôle essentiel de l'étyage corporel proposé par le psychomotricien en tant que soutien à l'investissement du corps dans la schizophrénie.

Cette hypothèse est éclairée par la connaissance de la complexité du développement psychomoteur et du rôle primordial des premières interactions du nourrisson à son environnement.

Je vais donc poursuivre en parlant à présent de la schizophrénie en m'axant principalement sur le retentissement corporel de cette pathologie.

CHAPITRE 2 :

La schizophrénie chez l'adulte

I) Définitions et caractéristiques

1) La psychose, définition générale

La schizophrénie est une maladie mentale qui fait partie des psychoses, on retrouve dans les signes majeurs de la psychose deux critères qui semblent toujours émerger : la perte de contact avec la réalité et les troubles de l'identité.

- La perte de contact avec la réalité désigne des phénomènes aussi différents que la disparition du sens des choses ou la construction d'une autre réalité à laquelle le sujet adhère (le délire). Mais cette perte de contact s'atteste aussi dans les actes inappropriés, les erreurs de jugement, les troubles des perceptions et des sensations (hallucinations, illusions).
- Les troubles de l'identité eux prennent de multiples formes : perte des repères temporels, modification de l'image du corps, incertitudes concernant l'identité de genre..

D'autres signes sont aussi mentionnés comme la méconnaissance de l'état morbide qu'on pourrait appeler aussi anosognosie, la gravité des troubles et l'incapacité à répondre aux exigences de la vie quotidienne. Les manifestations comme le délire, les hallucinations et les passages à l'acte sont aussi à évoquer car ils sont très présents dans les psychoses. Enfin l'angoisse, ses formes et son intensité demeurent des signes assez distinctifs.

2) Sémiologie de la schizophrénie

La symptomatologie schizophrénique peut être schématiquement définie par la triade suivante : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation.

a- Les symptômes positifs

Les symptômes positifs sont les plus frappants et généralement les plus bruyants. Ils reflètent un excès ou une distorsion des fonctions cognitives ou perceptuelles de la personne. Il s'agit des idées délirantes et des hallucinations.

Ils sont dit positifs car ils se rajoutent à la situation, ce sont les éléments nouveaux, des symptômes anormaux qui apparaissent chez le sujet.

➤ L'idée délirante

Une idée délirante est une croyance erronée, elle est fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure. Elle est illogique si l'on considère la croyance et la culture du patient et aucun raisonnement ne parvient à la corriger à court terme.

Il y a différents mécanismes d'idée délirante : mécanisme hallucinatoire, imaginatif, interprétatif, intuitif, automatisme mental... Le sujet peut ainsi avoir l'impression que sa pensée est devinée, téléguidée, parasitée, soumise à une influence extérieure.

Les thèmes de persécution, d'influence, de mégalomanie, mystique, hypocondriaque, de jalousie, d'érotomanie, de filiation, des idées de référence sont souvent retrouvés. La participation affective peut être congruente ou non à l'humeur, et générer de l'anxiété. Enfin, le délire peut être systématisé ou non.

➤ L'hallucination

L'hallucination est une perception sans objet. On distingue les hallucinations psychosensorielles (auditive ou acoustico-verbale, visuelle, olfactive, gustative, cénesthésique). Les hallucination hypnagogiques (phénomène perceptif de nature variée, qui survient lors du passage du sommeil à l'éveil), hypnopompiques (réduction de la mobilité du visage, indépendante de toute paralysie) et les hallucinations impératives (injonction).

b- les symptômes négatifs

Ce sont des aptitudes perdues par le sujet atteint de schizophrénie.

➤ Au niveau cognitif :

On observe un appauvrissement du discours : l'alogie, donc un manque de contenu de parole avec des réponses très brèves et évasives.

➤ Au niveau émotionnel :

On retrouve l'émoussement de l'expression des affects avec à la fois le contenu verbal mais aussi l'expression non verbale des affects. C'est à dire moins de réactions comportementales, moins de réponses motrice affectives avec une hypomimie, une prosodie monocorde, une fixité du regard, et l'anhédonie.

- Au niveau comportemental

On peut parler d'apragmatisme qui peut aller jusqu'à la clinophilie ou l'incurie. Il y a aussi un retrait social avec une perte d'intérêt pour les interactions sociales.

c- La désorganisation

On remarque cette désorganisation dans le domaine du discours ou de la pensée, dans les comportements et dans l'expression émotionnelle. Au niveau du discours, on observe un relâchement des associations, un passage du coq à l'âne, une tangentialité, une incohérence, une pensée illogique, un discours circonlocutoire, un fading mental, un barrage, un trouble de la prosodie. Au niveau des comportements : un maniérisme, des bizarreries, des comportements répétitifs, peuvent être notés. Concernant l'expression émotionnelle, les sujets peuvent présenter une discordance idéo-affective avec des rires immotivés par exemple.

Pour définir cette désorganisation, certains auteurs parlent de dissociation ou encore de discordance.

3) Classifications internationales et diagnostic

Selon les classifications internationales, notamment le DSM-IV, la schizophrénie est un trouble chronique qui doit évoluer depuis au moins 6 mois pour porter un diagnostic et qui se caractérise par :

- des symptômes positifs comme la présence d'idées délirantes, d'hallucinations, d'un discours et ou d'un comportement désorganisé.
- des symptômes négatifs comme l'émoussement des affects, l'alogie (perte de la logique), l'avolition (incapacité à initier et persister dans des activités dirigées vers un but).
- Un dysfonctionnement social doit aussi être repéré et figuré parmi les critères de diagnostic.

Le déficit motivationnel dans ses versants cognitif (avolition) et comportemental (anergie) constituerait un symptôme négatif clé ayant un impact direct sur le plan fonctionnel. Rappelons que Kraepelin avait déjà situé l'avolition comme noyau central des démences précoces. L'anergie refléterait le déficit de motivation dans le domaine de l'effort et de l'action.

a- Les sous-types de la schizophrénie

Le DSM-IV décrit aussi des formations cliniques nommées « sous types de la Schizophrénie » avec :

➤ Le type paranoïde :

Elle se caractérise par la prédominance des symptômes positifs comme le délire et les hallucinations. L'évolution est habituellement émaillée d'épisodes aigus avec une symptomatologie absente ou résiduelle entre les épisodes. Il s'agit de la forme clinique qui répond le mieux aux traitements antipsychotiques et dont le pronostic est le plus favorable. On retrouve aussi une persévération du fonctionnement cognitif et de l'affect

➤ Le type désorganisé ou hébéphrénique :

La schizophrénie désorganisée ou hébéphrénique est une forme dans laquelle le syndrome de désorganisation prédomine. Les affects, le comportement comme le discours sont discordants. Le patient est imprévisible et la pensée hermétique. Les bizarreries et le maniérisme sont au premier plan. Les symptômes positifs peuvent être présents, mais de façon frustrée. Le délire s'il existe est peu construit et les hallucinations passagères. Les symptômes négatifs sont persistants. L'évolution est plutôt subaiguë, les périodes de rémission complète sont rares.

➤ Le type catatonique :

La catatonie est un critère de sévérité. La désorganisation de la psychomotricité domine le tableau clinique. Le déficit de l'initiative se manifeste la plupart du temps par du négativisme et de la réticence. Il peut parfois évoluer jusqu'à la catalepsie ou la stupeur ou à l'inverse jusqu'à l'excitation et l'agitation sans but. L'évolution est marquée par un isolement social et relationnel majeur nécessitant une assistance institutionnelle permanente.

➤ Le type indifférencié :

Il s'agit d'une forme destinée à rassembler les formes cliniques dans lesquelles aucune dimension clinique ne se montre prédominante.

b- Description des symptômes principaux

- **la dissociation** est une perte de l'unité de la personne dans l'ordre de la pensée, de l'affectivité, de la communication et du comportement. Elle se repère à partir de l'existence de plusieurs signes comme :

a) les bizarreries (paradoxes, illogismes, étrangetés comme le fou rire immotivé en contradiction avec la situation.)

b) l'hermétisme ou l'aspect impénétrable (tonalité énigmatique, sens indéchiffrable des symptômes, des discours, des comportements.)

c) le détachement de la réalité (rétraction et retrait, repli sur soi et rêveries détachées de la réalité sans communication avec les autres, catatonie.)

d) l'ambivalence (affirmation de deux choses contradictoires en même temps).

On retrouve aussi la discordance dans la sphère de la pensée, dans la sphère corporelle et enfin la sphère affective.

- **le délire schizophrénique paranoïde**, il est polymorphe, non systématisé en non congruent à l'humeur. Dans le délire paranoïde, les thèmes variés coexistent sans recherche d'enchaînement logique, sans lien de causalité. Il est flou et morcelé car il articule de multiples thèmes comme la persécution, la jalousie, les transformations corporelles, le mystique, la filiation, l'hypocondrie. Ce délire est souvent hallucinatoire mais il peut comporter d'autres mécanismes : intuition, interprétation, imagination.

- **l'autisme**, il qualifie le repli sur soi pour l'adulte souffrant de schizophrénie avec deux aspects :

a) la perte de contact avec la réalité caractérisée par l'apragmatisme, le désintérêt, l'indifférence affective, l'absence de communication.

b) la prédominance de la vie intérieure sur la réalité s'exprime par des rêveries, une absence d'intérêt pour ce qui entoure le sujet.

c- Les angoisses schizophréniques

Les angoisses schizophréniques sont importantes à citer car elles révèlent un état de non unification du Moi où tout le corps du schizophrène est menacé de morcellement. On peut dire que toutes ces angoisses découlent de ce morcellement ressenti, de cette incapacité du sujet à relier les affects qui le débordent et à traduire un éprouvé qui le terrifie.

Dans « *Les psychoses de l'adulte* » de Guy Gimenez et Jean-Louis Pédinielli on va retrouver différentes facettes des angoisses de morcellement du Moi.

Avec notamment l'angoisse de morcellement et de vidage : cette angoisse renvoie à la destruction et à la mort par la mise en morceaux de l'éclatement. Il s'agit de l'éprouvé d'une expérience catastrophique de disparition, d'une menace visant la cohésion et la continuité.

Il y a aussi les angoisses dites disséquant primitives décrites par Winnicott. Elles sont comme une crainte d'un effondrement de l'organisation du menacé du Moi. On y retrouve les angoisses de désintégration, de déréalisation, de dépersonnalisation, l'angoisse de chute sans fin.

Les angoisses d'inanité décrites par Racamier amènent le sujet schizophrène à se sentir réduit à n'être plus qu'une coquille vide, sans sens et intérêt, complètement déshabilité.

Enfin Bion a regroupé toutes ces angoisses sous le nom d'angoisses ou de terreurs sans nom.

Roger Gentis, dans « *Les schizophrènes* » évoque aussi l'angoisse de castration qui n'est pas uniquement la menace imaginaire inquiétant et terrorisant parfois l'enfant. En effet il évoque les « *épreuves castatrices* » qui sont elles « *toutes les fois que, dans la vie de l'enfant et même dans celle de l'adulte, il y a passage d'un état à un autre, d'un statut social à un autre* ».

Cette angoisse peut notamment se traduire chez les sujets schizophrènes par une « *rigidité dans leur existence et leur façon d'être, c'est-à-dire chez les gens qui se sont solidement installés dans des défenses fermes contre cette angoisse, tout ce qui implique un passage d'un état à un autre, d'un statut social à un autre, est source d'angoisse et entraîne de leur part d'importantes résistances.* »

II) Qu'en est-il pour l'unité corporelle et le rapport au corps ?

Les problématiques corporelles qui touchent le sujet porteur de schizophrénie sont multiples et singulières, mon but n'est pas de décrire chacune d'entre elles car l'entière des problématiques du champ corporel concernant la schizophrénie est bien trop vaste.

Cependant, ce qui m'a frappé et suscité des questionnements est cet investissement du corps, cette mise en jeu, cette utilisation assez particulière et totalement différente, atypique et symptomatologique de la schizophrénie et notamment dans la schizophrénie hébéphrénique qui est celle que j'ai pu observer.

Comme on l'a vu précédemment le vécu corporel du sujet schizophrénique est complètement chamboulé du fait de tous ses symptômes positifs et négatifs, de ses angoisses ou encore de ses défenses.

Aussi je vais me centrer sur une symptomatologie corporelle : le syndrome dissociatif. En effet c'est celle que j'ai pu le plus constater sur mon terrain de stage et qui pourra me permettre une réflexion plus poussée car éclairée d'observations cliniques.

Lors de mon stage j'ai pu assister tous les vendredis matin à la prise en charge de Annie B. , une femme souffrant de schizophrénie hébéphrénique. La schizophrénie dite hébéphrénique est un sous type que j'ai pu l'évoquer précédemment, je vais à présent la décrire plus longuement.

La schizophrénie hébéphrénique

Le tableau clinique de la schizophrénie hébéphrénique est dominé par un syndrome dissociatif avec discordance idéique et verbale, indifférence affective, apragmatisme, le délire est absent ou peu exprimé. L'évolution se fait par poussées au cours desquelles les troubles de la pensée s'accroissent avec installation d'un état déficitaire.

Elle débute à l'adolescence de manière progressive et insidieuse avec une baisse du rendement scolaire ou professionnel. Puis apparaissent des troubles de l'affectivité et du caractère qui entraînent un repli sur social, une apathie et une indifférence hostile à l'entourage. La perte des intérêts, l'aboulie, l'inertie laissent place des actes impulsifs ou a des intérêts brusques et bizarres pour des sujets isotériques, mystiques abstraits, symboliques religieux.

Concernant le DSM et la CIM, ils ont choisi respectivement les termes « désorganisés » et « hébéphréniques » pour désigner une même forme. L'hébéphrénie avait été décrite en 1871 Hecker et Kalbaum.

La désorganisation fait référence aux travaux de Bleuler en 1911 sur la dissociation qu'il considérait comme un des symptômes fondamentaux (pathognomonique) de la schizophrénie.

Le syndrome dissociatif

Lors du chapitre précédent, j'ai formulé un début de définition de la dissociation car en effet elle fait partie du trépied des principaux symptômes de la schizophrénie avec le délire et l'autisme.

Tout d'abord il existe la dissociation comportementale qui se traduit par un ensemble de symptômes soulignant l'inadéquation entre la pensée et les actes. On retrouve la discordance, décrite par Chaslin. La discordance se perçoit cliniquement par l'existence de ce qui semble être une perpétuelle hésitation, un temps en suspens entre l'intention et le geste. Celui-ci se révèle souvent inadapté à l'objectif que le patient semble poursuivre. La discordance donne aux actions du patient un sens difficile à comprendre, hermétique, impénétrable pour autrui.

L'ambivalence se traduit au plan comportemental par une indécision permanente dans les actions menées. Elle engendre une impression d'étrangeté, car les gestes sont interrompus avant d'aboutir, suspendus, exagérés, incongrus et maladroits. Le maniérisme est l'exagération et l'emphase de certains comportements.

La désorganisation de la pensée se trouve ici matérialisée dans l'absence de relation entre les différentes parties du corps, entre l'idée et l'action. Les actes semblent résulter d'une entreprise complexe, dont le sens reste mystérieux et l'intentionnalité apparaît fragile et incertaine.

Le syndrome dissociatif s'exprime aussi dans le registre de l'affectivité où il se traduit essentiellement par le phénomène d'ambivalence affective. Celle-ci s'exprime par la coexistence de sentiments et d'émotions contradictoires, ce qui compromet la vie sociale du sujet.

D'autre part, l'ambivalence se manifeste également par l'expression d'affects inadaptés aux situations. Les sourires discordants et les rires immotivés témoignent des incohérences entre le discours et les émotions exprimées. Ces éléments participent à la perception de bizarrerie du contact.

III) Les répercussions sur l'investissement du corps

La schizophrénie vient attaquer le corps à tout point de vue et ce désinvestissement apparent que j'observe si souvent en stage vient souligner la force, la puissance et l'omniprésence des symptômes, des angoisses mais aussi des traitements. En effet il ne faut pas négliger cet aspect car il a aussi des conséquences sur la manière dont le sujet vivant avec la schizophrénie appréhende son corps.

1) Les traitements

Bien que complémentaire et à associer à d'autres mesures non pharmacologiques, le traitement médicamenteux par les neuroleptiques est souvent au centre de la prise en soin car il agit sur les symptômes positifs comme les idées délirantes et les hallucinations, il permet la prévention des rechutes mais aussi de traiter la crise donc les épisodes aigus.

Néanmoins les traitements neuroleptiques ont évidemment un impact et des effets indésirables, on retrouve parmi eux :

- Les effets neurovégétatifs avec (hypotension, sécheresse buccale, dysurie, glaucome aigu, syndrome malin),
- les effets neurologiques (dyskinésies aiguës, syndrome parkinsonien, akathisie, dyskinésies tardives, épilepsie),
- les effets psychiques (sédation, confusion, anxiété, indifférence psychomotrice, dépression),

- les effets endocriniens et métaboliques (prise de poids, diabète, hyponatrémie de dilution),
- les effets sexuels (impuissance, frigidité),
- les effets cardiaques.

Ces effets indésirables sont évidemment pris en charge et surveillés de façon attentive et régulière, mais je pense qu'ils participent tout de même à un vécu corporel assez émoussé, atypique et donc assez déstabilisant pour le sujet schizophrène.

Dans son ouvrage, « *La schizophrénie, la reconnaître et la soigner* », le Pr Nicolas Franck cite

« Les neuroleptiques agissent en procurant progressivement une sorte de prise de distance avec son propre vécu intérieur et les préoccupations que le sujet peut avoir par rapport aux sollicitations du milieu extérieur. »

Cela me renvoie automatiquement à mes observations du début sur cette impression d'une désappropriation corporelle, d'un vécu corporel déconnecté de ses sensations et ses perceptions corporelles.

Lorsque l'on demande à Annie B. ses ressentis après une activité de mise en jeu corporelle qui est la plupart du temps extrêmement brève, ses réponses sont souvent très rapides, plaquées et stéréotypées « C'est très vivifiant, c'était très bien » ou alors elle parle de ses vécus de façon très excessive « ça fait beaucoup de bien » ce qui tranche assez la réalité du moment.

C'est comme si les expériences corporelles proposées ne résonnaient pas en elle, ou alors qu'elle était en incapacité de traduire ce qu'elle avait pu ressentir à un moment donné et donc formulait une réponse qui pourrait correspondre à la situation et qui pourrait potentiellement nous satisfaire.

2) Sur-investissement, désinvestissement, empêchement

Dans son ouvrage « *Thérapie corporelle des psychoses* », Georges Pous évoque deux types de plainte à propos de leur corps qui apparaissent dans le discours de patients psychotiques.

Il évoque tout d'abord les plaintes du côté de l'absence de sensation « *la perception du corps ou d'une partie du corps manque, elle est remplacée par un vide angoissant qui aspire tous les investissements disponibles.* ». Ces plaintes marquées du signe – moins – peuvent donc induire un désinvestissement ou un empêchement du corps du fait de ce vécu de morcellement et des sensations de vide.

Puis à l'opposé il va évoquer toutes les plaintes marquées du signe – plus – , qui font référence à l'hypocondrie « *Ce n'est pas l'absence de sensation qui est mise en avant mais leur caractère pénible, voire douloureux, en tout cas profondément inquiétant.* ».

On retrouve des sujets qui font toujours des hypothèses à propos de maladies éventuelles et qui vivent la plupart du temps avec un organe ou une partie du corps douloureuse. Ces plaintes elles, vont plutôt du côté d'un sur-investissement corporel complètement accaparé par les difficultés somatiques que ressent le sujet.

Mr P. souffre de schizophrénie, lorsque nous le croisons il nous adresse la plupart du temps des plaintes somatiques au niveau de son ventre. C'est devenue une préoccupation quasi obsessionnelle et morbide chez lui avec l'idée d'une forte défaillance.

3) Les troubles de l'activité motrice

Des répercussions se retrouvent aussi au travers de l'aspect moteur du corps, en effet des troubles de l'activité motrice sont souvent repérés chez des sujets schizophrènes ce qui vient empêcher inéluctablement l'investissement du corps.

Comme j'ai pu le décrire précédemment avec la symptomatologie, les sujets porteurs de schizophrénie ont une perception de soi et de leur corps qui peut se retrouver modifiée. Ils ne percevraient plus très bien leur intention dans l'action. Ainsi, ils ne se sentiraient plus être l'agent de leur acte. Cela peut prendre la forme d'automatisme mental. La perception de vide angoissant qu'ils ont de leur corps aspire tous les investissements possibles. De ce fait, les gestes de la vie quotidienne peuvent devenir complexes à effectuer.

Nous observons souvent chez ces sujets un ralentissement psychomoteur, de l'apraxisme, des stéréotypies gestuelles, un maniérisme, des échopraxies et des gestes auto et hétéro agressifs qui échappent à la conscience.

a- Le ralentissement psychomoteur

C'est un symptôme à part entière à considérer dans la schizophrénie. Le ralentissement psychomoteur comporte une lenteur gestuelle (bradykinésie) et psychique (bradypsychie). L'initiation du geste et de la parole témoigne d'une phase de latence entre la décision et la réalisation de l'acte. La mimique est appauvrie avec une économie gestuelle manifeste, les propos laconiques sont rarement spontanés et la diminution du débit verbal rend la situation d'entretien parfois pénible. Au maximum de ce ralentissement psychomoteur, toute activité motrice est suspendue (akinésie) et le patient est immobile, figé dans son lit : c'est la stupeur.

b- L'apraxisme

L'apraxisme est un trouble de l'activité volontaire, d'origine psychique, rendant le sujet incapable de réaliser une action définie à l'avance. L'ambivalence et la perte de l'élan vital figent toute envie d'entreprendre les actes même les plus courants de la vie quotidienne. Cela peut aller jusqu'à la non satisfaction des besoins élémentaires. C'est un trouble grave du contact avec la réalité qui peut entraîner un isolement social complet.

c- Les stéréotypies gestuelles

Les stéréotypies sont fréquemment observées dans la pathologie schizophrénique. La notion de « stéréotypie » a été introduite en psychiatrie par FALRET en 1864. Elle caractérise la répétition d'un même mouvement (grattage, balancement de la tête, du tronc) ou du même comportement. Ces mouvements semblent être sans objectifs apparents, indécodables, sans rapport avec le contexte ambiant.

Dans le DSM-IV-TR, les stéréotypies sont définies comme des comportements moteurs répétitifs et non fonctionnels que le sujet est apparemment contraint d'exécuter. BLEULER les avait déjà décrits en 1911 comme « l'une des manifestations les plus frappantes » de la schizophrénie. Il les avait observées dans les mouvements, l'action, l'attitude, la parole, l'écrit ou encore le dessin.

d- Le maniérisme

Le maniérisme est également caractéristique de la schizophrénie. Il s'agit d'une gestuelle excessive et déplacée qui caractérise une affectation d'outrance, une maladresse. Ce symptôme traduit le « *caractère artificiel de l'engagement du corps dans l'action, dans la relation à l'autre* »

e- L'échopraxie

L'échopraxie se définit comme la répétition ou l'imitation involontaire et spontanée des gestes d'un autre individu, sans jeu, ni réciprocité dans la relation. L'échopraxie est notamment retrouvée dans la forme catatonique de la schizophrénie.

f- Les gestes auto et hétéro-agressifs

Les gestes auto et hétéro agressifs font partis des passages à l'acte du sujet souffrant de schizophrénie. Ce sont des gestes de violence impulsive directement liés à des idées délirantes de persécution ou à des hallucinations impérieuses. Ces gestes sont une tentative de solution qui lui procure un soulagement et qui lui permet de retrouver une sensation de vie psychique.

Les manifestations hétéro-agressives s'observent plus rarement au long cours que lors d'épisodes aigus. Il peut s'agir de violences verbales au quotidien (injures, menaces), de réactions agressives et/ou clastiques lorsque l'intrusion d'un tiers « menace » l'intimité du patient. Les manifestations auto-agressives ont pour objectif de diminuer l'état de tension interne, par l'extériorisation d'une douleur intérieure. Ces passages à l'acte auto et hétéro-agressifs peuvent s'expliquer comme une recherche d'expulsion du malaise secondaire à des angoisses que le sujet peut vivre.

Ainsi, les troubles de la motricité que j'ai pu citer témoignent de l'ambivalence pour l'engagement du corps dans l'action. Ils peuvent être utilisés comme moyen de défense contre la perte de l'unité de la personne.

Conclusion

Ce chapitre sur la schizophrénie nous montre la complexité de cette pathologie, cette perte de la réalité, ces angoisses et cette dissociation nous renvoient à *un corps moins en accord*.

J'ai voulu montrer de part toute la sémiologie et les répercussions, combien l'investissement corporel de la personne atteinte de schizophrénie peut être mis à mal par énormément de symptômes ce qui rend l'approche et la prise en soin assez complexe et à chaque fois singulière.

CHAPITRE 3 :

Corporéité, psychomotricité et schizophrénie

Au cours de cette deuxième partie sur la pathologie schizophrénique on peut déjà se rendre compte que chez le sujet schizophrène la mobilisation du corps est compliquée et entravée par tous ses symptômes, on ressent la difficulté du sujet à convoquer et maintenir un investissement.

Comment le psychomotricien peut-il alors intervenir pour soutenir cet investissement du corps qui semble à tout point défaillant ? Comment à travers ses interventions, sa manière d'être et de faire il peut ramener à l'attention et la conscience une certaine réappropriation corporelle ?

C'est à ce moment que le concept d'étayage que j'ai pu développer en première partie entre en jeu. En effet il est important car c'est une matière à penser, un support sur lequel on peut s'appuyer et que l'on doit avoir à l'esprit lorsque le psychomotricien est avec son patient.

Ce que le psychomotricien est susceptible de proposer en séances peut être vu sous le prisme de la notion d'étayage. On peut lier alors les deux notions qui sont :

- les qualités de l'étayage de la figure parentale lors de la petite enfance qui amène progressivement le bébé à investir sa corporéité et à côté de ça,
- les postures, les qualités et les fonctions que le psychomotricien peut représenter pour soutenir l'investissement défaillant du sujet schizophrène.

C'est un positionnement que je tiens à défendre car mon expérience en stage m'a montré combien l'étayage corporel permanent du psychomotricien est essentiel dans la schizophrénie.

Ce dernier grand chapitre de ma partie théorique sera l'endroit où je ferai le lien entre tous les concepts, les théories, les notions, observations ... pour tenter de répondre à ma problématique. Soit l'intérêt, la pertinence, de considérer l'étayage corporel comme soutien indispensable pour les psychomotriciens dans la prise en soin de patients souffrant de schizophrénie.

Mais pour arriver à cela il faut encore cheminer et parler psychomotricité, enfin !

Ma problématique tournant principalement autour du corps il me semble nécessaire de faire un état des lieux de cette entité omniprésente du point de vue de la psychomotricité.

I) Le corps en psychomotricité

Le corps en psychomotricité est l'objet de notre toute attention dans certaines de ses expressions et constitue un socle de concepts clés qui jalonnent la pratique psychomotrice. La psychomotricité étant au carrefour de plusieurs champs la question du corps est donc traitée et utilisée de différentes manières afin d'avoir une vision holistique. En effet le psychomotricien a une approche globale de l'individu en ne négligeant ni son aspect psychique, affectif, cognitif et moteur.

Parler du corps en psychomotricité nous amène à survoler entre autres des notions telles que le tonus, le dialogue tonico-émotionnel, l'image du corps, le schéma corporel, et les concepts de corps réel, imaginaire et symbolique.

1) Le tonus

Le tonus est selon la définition de Marianne JOVER :

« un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leurs nerfs moteur, c'est une contraction isométrique qui est permanente et involontaire, elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de déplacement ni de mouvement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est donc la toile de fond des activités motrices et posturales. »

On distingue par ailleurs trois formes de tonus qui sont :

- **Le tonus de fond** qui est aussi appelé le tonus passif ou encore tonus de base : c'est l'activité tonique minimale, c'est à dire cet état de légère contraction permanente et plus particulièrement des muscles profonds. Ce tonus est de nature involontaire, il est isométrique donc les muscles gardent la même longueur en permanence et la même force. Enfin, il est de nature permanente, toujours présent même pendant le repos ou le sommeil.

Le tonus de fond permet le maintien de la cohésion des différentes parties du corps, et le sentiment d'une unité corporelle, le sentiment de soi. Il est beaucoup en lien avec l'affectivité et les émotions qui prennent corps en lui. Ce tonus de base porte la charge expressive du mouvement.

Sur ce tonus de fond va s'appuyer la deuxième forme de tonus qui est le tonus postural.

- **Le tonus postural** : il est lié à la posture, on l'appelle le tonus d'attitude. C'est aussi un état de tension minimal mais qui lui permet à l'organisme de conserver une position donnée et de maintenir l'équilibre à l'état statique et dynamique.

Il est fortement soumis aux effets de la gravité car il permet de lutter contre la pesanteur et de se tenir en équilibre dans une posture stable.

- **Le tonus d'action** : c'est l'ensemble des degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice.

Ce tonus va permettre de préparer et de soutenir les mouvements ou les gestes réalisés, il permet la réalisation de gestes précis. Contrairement aux deux autres il est intentionnel donc sous commande volontaire plus ou moins consciente.

La différenciation de ces trois niveaux toniques est avant tout quantitative mais il existe cependant une grande interdépendance entre ces niveaux qui s'étayent les uns sur les autres. On va donc retrouver le tonus de fond sur lequel s'appuie le tonus postural et sur lequel va s'appuyer le tonus d'action.

Concernant les personnes souffrant de schizophrénie, on se rend vite compte de la limite de leurs capacités de modulation tonique. Elles oscillent la plupart du temps autour des extrêmes toniques : hypotonicité ou hypertonicité. Souvent, les nuances n'existent pas. Parfois même, l'alternance entre hypertonie et hypotonie est impossible, les sujets se trouvant littéralement bloqués dans une de ces modalités. Le manque d'ambivalence tonique ne permet plus le maintien des différentes parties du corps entre elles, elle ne permet plus la constitution d'une enveloppe.

Le plus souvent l'hypertonie constitue un des seuls moyens pour sentir son corps et pour se raccrocher à l'environnement. Cette modalité tonique demeurant fixe, elle ne constituera pas un étayage possible et sûr pour les paliers sensoriels, affectifs et représentatifs.

2) Le dialogue tonico-émotionnel

L'échange archaïque entre la mère et son bébé s'appuie sur la valeur communicante du tonus, des postures, du regard, des mimiques. Dans cette interaction, les moindres variations toniques de l'un et l'autre sont perçues et sont à l'origine d'une adaptation tonique.

Selon Wallon, un lien intime existe entre tonus et émotions. En effet, les manifestations toniques et posturales traduisent nos émotions. Ainsi, la mère et le bébé communiquent leurs états émotionnels par un ajustement tonique affiné et permanent.

Ajuriaguerra, dans la continuité des travaux de Wallon, qualifiera cette communication de « dialogue tonico-émotionnel ». Cette notion met en évidence l'aspect réciproque de cet échange, car il ne s'agit pas d'un mode de communication unilatéral entre le corps maternel et celui de l'enfant, mais plutôt d'un système de correspondance entre les ressentis corporels de chacun des deux partenaires.

Cette communication non verbale entre la mère et son enfant s'établit tant que le dialogue verbal n'est pas advenu.

Cependant, pour Ajuriaguerra, ce moyen de communication de l'affectivité grâce à la fonction expressive du corps, reste au-delà de cette période précoce, tout au long de la vie.

Véritable moyen d'échange émotionnel et corporel le dialogue tonique participe également à la construction psycho affective. La qualité de ces échanges est donc nécessaire à l'épanouissement de l'enfant en relation avec son parent.

Ce mode de communication s'installe également dans la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient. Le patient exprime son état tonico-émotionnel à travers son corps, qui est le lieu d'expression d'un monde interne, psychique et affectif. Le psychomotricien, dans un état similaire à celui de la mère avec son bébé, est à l'écoute et se laisse guider par son patient ; il devient le réceptacle de son vécu et de ses émotions.

Defiolles-Peltier dit d'ailleurs :

« Le dialogue tonico-émotionnel, reflet de l'imprégnation corporelle des émotions, constituerait un véritable encrage dans la relation, permettant au patient de reprendre progressivement possession du texte de son histoire. »

3) L'image du corps

La notion d'image du corps est profondément liée à la notion de construction et de conscience corporelle. Elle va concerner la façon dont l'individu se vit. Paul Schilder dit qu'elle regroupe les perceptions et les représentations mentales que nous avons de notre corps et qui sont chargées d'affects. Elle va donc concerner tous les aspects subjectifs de l'expérience corporelle tout en étant indépendante de la réalité du corps physique.

L'image du corps va partir du corps propre et de son expérience au monde qui l'entoure pour en faire une configuration globale avec des représentations. Elle est par conséquent fortement influencée par les autres et leur regard.

Pour définir ce qu'est l'image du corps, Schilder s'appuie aussi sur le concept du schéma corporel, qui nous permet d'avoir conscience de notre posture, du mouvement de notre corps dans l'espace, de la connaissance des différentes parties du corps et du lien entre elles, dans l'engagement corporel et dans le sentiment d'unité corporelle. Selon lui, l'image du corps serait la synthèse inconsciente du modèle postural du corps (ou schéma corporel), d'une structure libidinale et d'une image sociale.

Ainsi, l'image du corps se construirait :

- grâce au portage psychique, physique et enveloppant, des figures parentales, et ce, dès le plus jeune âge,
- en fonction de l'investissement affectif et libidinal des différentes zones du corps de l'enfant et en lien avec le regard porté par les parents sur leur enfant,

- en rapport avec le regard social de son environnement et de l'image renvoyée par celui-ci à l'enfant.

Françoise Dolto, elle, propose 3 grandes composantes de l'image inconsciente du corps :

- L'image de base, est celle qui assure à l'enfant sans qu'il y pense, la certitude que son corps vivant est lesté et qu'il repose dans les bras qui le portent ou sur le sol ferme qui le supporte – c'est donc l'image d'un corps paisible et bien lesté.
- L'image fonctionnelle est elle, l'image du ressenti d'un corps intérieur grouillant, tout entier, avide de satisfaire ses besoins et ses désirs.
- L'image érogène est l'image d'un corps ressenti comme un orifice se contractant et se dilatant de plaisir.

Dans la psychose, des troubles de l'image du corps sont souvent observés, et peuvent se traduire chez le patient par un manque d'hygiène, une faible estime de lui-même, une fragilité narcissique, une dévalorisation et un trouble de l'identité.

Gisela Pankow évoque la dissociation de l'image du corps dans la psychose. Il est question d'une véritable abolition de tout lien entre les parties du corps entre elles, ou entre les parties du corps et sa totalité : une partie devient le tout et réapparaît dans le monde extérieur. Il n'y a plus de lien entre le dedans et le dehors, de ce fait le sujet n'est plus capable de reconnaître une partie du corps comme sienne.

Benoit Lesage en parle aussi

« Si l'on interroge donc les images du corps au sens où Schilder l'entendait, c'est-à-dire les façons dont le corps apparaît au sujet, on constate qu'elles sont, dans la pathologie, fortement perturbées. Les déstructurations concomitantes de l'identité, de l'unité et de la dynamique corporelle, de la spatio-temporalité, de l'intersubjectivité, soulignent par défaut le travail constant accompli pour maintenir et engager l'unité du corps. »

4) Le schéma corporel

Le schéma corporel se construit durant les premières années de la vie. On peut le considérer comme étant établi vers l'âge de 12 ans, cependant il est en permanente évolution. Aussi, un changement morphologique pourra entraîner un remaniement de ce dernier.

Il dépend donc de l'anatomie, des expériences motrices et de la sensibilité de chacun.

Ajuriaguerra en parle en ces termes :

« Édifié 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. »

Pour J.D. Nasio, le schéma corporel est une représentation, plus exactement une auto-représentation de notre corps en action, un dispositif neuropsychologique qui recueille et synthétise une multitude de subtiles sensations internes et règle automatiquement l'intelligence motrice du corps dans le monde des objets.

On peut donc dire du schéma corporel qu'il est une représentation du corps qui s'organise sur la base de perceptions et qui servira de référence pour pouvoir engager une ou des actions sur l'environnement.

J-M. Albaret, lui, définit le schéma corporel comme ceci :

« Système de localisation, comme un ensemble de représentations pour l'action, répondant à la question « où » (où est le corps, où sont les membres, où est la cible de l'action...) et à la question « comment » (comment utiliser son corps pour réaliser le but fixé ?). Il fournit des informations sur la posture, sur les coordonnées spatiales et participe donc au référentiel égocentrique. Il est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices qui concourent à la genèse de l'action. Ce système opère en dehors de toute conscience ».

Par cette définition, Albaret insiste sur la dimension inconsciente du schéma corporel, et l'importance de l'expérience pour l'intégration et l'étayage du schéma corporel, par le fait de la boucle sensori-motrice.

Chez le sujet porteur de schizophrénie, les troubles du schéma corporel vont s'observer dans les difficultés de réversibilité et d'organisation des segments corporels, qui engendrent par conséquent des perturbations dans l'organisation et la coordination des mouvements en vue d'une action (difficultés praxiques, échopraxies, persévérations motrices).

5) Corps réel, symbolique et imaginaire

- Le psychomotricien travaille à partir du corps réel, c'est à dire le corps de la sensibilité, de la sensorialité, de la motricité ; en tenant toujours compte des rapports de l'individu avec son propre corps, avec celui des autres, avec l'espace, avec les objets, dans un contexte spatio-temporel.

Voici comment J.D Nasio décrit ce corps réel :

« Le corps réel est tout à la fois, le corps des sensations, le corps des désirs et le corps de la jouissance. Le corps des sensations internes et externes, c'est donc notre corps sensoriel, celui des désirs c'est notre corps érogène et celui de la jouissance c'est le corps dont nous sentons qu'il dépense de l'énergie, qu'il s'use, qu'il se dégrade. »

Le corps réel est donc celui avec qui le psychomotricien traite directement lors d'une prise en soin, c'est celui dont s'échappe les symptômes.

- Le corps imaginaire est le corps que l'on voit principalement dans le miroir mais pas sous le signe de l'apparence physique. Il correspond à ce que Lacan nomme « Image spéculaire ».

J.D Nasio, toujours, qualifie cette Image spéculaire de fausse pour deux raisons : tout d'abord elle ne reflète que l'aspect visible du corps et jamais la vie invisible qui l'anime ; puis cette image est trop affective, chargée du passé, de nos habitudes et sous le regard de nos critiques.

- Le corps symbolique ou le corps signifiant est la singularité corporelle qui détermine directement ou indirectement le cours de notre existence selon Nasio. C'est le corps que l'on nomme, le corps dont on parle.

Le psychomotricien doit donc composer avec plusieurs conceptions du corps – corps instrumental et fonctionnel, corps médiateur d'expression, corps symbolisé. La psychomotricité étant à la croisée de différents domaines et donc d'interprétations diverses à propos du corps, il me paraissait de ce fait important d'en parler.

Catherine Potel se pose d'ailleurs la question à ce propos :

« Comment donc pouvons-nous soutenir que nous allons nous trouver à la croisée de tous ces corps, que nous pouvons en même temps nous intéresser à ce corps qui fait, qui bouge, qui est, qui vit, tout en étant sensible et à l'écoute du corps qui vibre et résonne à toutes les émotions, les éprouvés, les ressentis qu'il reçoit par et dans la relation aux autres et à soi-même ? »

II) Le bilan psychomoteur : un outil pour appréhender le corps

Le bilan psychomoteur est l'outil par excellence du psychomotricien. Sur prescription médicale, il permet de définir les compétences du patient, ainsi que ses difficultés. L'examen psychomoteur évalue différents domaines tels que le tonus, la latéralité, la communication, l'espace, le temps mais aussi les coordinations, la motricité fine, et bien sûr le schéma corporel et l'image du corps.

Le bilan est composé de deux éléments fondamentalement complémentaires :

- Les tests standardisés permettant un regard objectif sur le patient. A travers un score, le psychomotricien peut situer le patient par rapport à une norme, et repérer un trouble potentiel.
- Les observations cliniques subjectives permettant un regard plus individualisé sur le patient. A travers le jeu libre, la spontanéité et les compétences de communication, le psychomotricien peut avoir une idée plus globale de la modalité de fonctionnement de la personne. Cela permet de laisser au professionnel une place au ressenti et à l'intuition au sein du bilan.

Le bilan psychomoteur est essentiellement tourné sur le rapport du patient à son corps, sur ses moyens d'expressions ou encore sur ses compétences psychomotrices... A travers cet examen, le psychomotricien obtient une observation fine et complète des capacités psychomotrices et des modalités de relation du patient, à un instant t.

Néanmoins, la question du bilan chez le patient en psychiatrie adulte se pose puisqu'il n'existe aujourd'hui aucun bilan psychomoteur standardisé complet, ni d'échelle normée pour cette population. Il s'agit donc plutôt d'essayer de comprendre comment s'organise l'investissement psychique de la motricité dans la pathologie psychiatrique. Tout cela en gardant en tête que le bilan ne correspond qu'à un « instant t » dans la vie du patient.

Dans son ouvrage « *Être psychomotricien* », Catherine Potel nous livre une conception du bilan qui à mon sens correspond et s'adapte à la population souffrant de troubles psychiatriques.

Elle nous décrit la conception d'un bilan psychomoteur qui, « *au moyen de consignes, de situations, de tests, qui permet d'évaluer les difficultés d'un patient et de donner des repères pour un travail ultérieur. Les conclusions sont tirées à partir d'une synthèse des résultats obtenus et croisés avec les comportements observés, pour rendre compte d'une vision globale de la personnalité du sujet, en envisageant le symptôme non plus seulement dans sa valeur négative, mais aussi dans sa valeur significative d'un fonctionnement singulier.* »

Cette conception serait à associer à une lecture psychodynamique,

« *qui observe et entend le symptôme, non seulement comme une manifestation pathologique mais aussi comme une «invention» du sujet pour vivre, même si c'est une invention peu adaptée, voire totalement inadaptée. La question de fond étant celle du bénéfice ou de l'utilité pour l'individu de cette construction symptomatique.* »

Le bilan psychomoteur reste donc tout de même une première approche indispensable pour appréhender le corps et observer ce qu'il donne à voir notamment dans les troubles psychiatriques tel de la schizophrénie où le vécu corporel est bien souvent émoussé.

III) Le corps du psychomotricien : ses enjeux, ses limites

Dans la relation thérapeutique ainsi qu'au sein de sa pratique le psychomotricien est amené à s'investir psychiquement et corporellement. La spécificité de ce double engagement de sa part, le pousse donc toujours à penser et à sélectionner ce qu'il choisit de renvoyer à l'autre.

Néanmoins, le corps du psychomotricien n'est pas neutre, il porte la trace de ses expériences passées, de sa propre sensibilité et de sa disponibilité psychique. L'histoire et le vécu du psychomotricien déterminent donc en grande partie ses attitudes et son engagement psychocorporel vis à vis du patient.

Le psychomotricien doit par conséquent s'accommoder avec toutes les composantes du corps de l'autre ainsi qu'avec ses propres éprouvés corporels.

Ainsi, le corps du psychomotricien constitue un élément important de la dynamique thérapeutique. Il est déjà, en premier lieu, garant du cadre thérapeutique. Son attitude, ses positionnements, sa voix dès les premières séances participent à la construction et le maintien d'un cadre qui sera le support sécurisant et contenant de la prise en soin.

L'empathie tonique est une qualité à aussi prendre en compte, pour V. DEFILLES-PELTIER,

« Il s'agit par une mise en éveil de la sensibilité sensorielle et tonique du psychomotricien, d'être en disponibilité pour recevoir les émotions ou plutôt le vécu du patient dans le but de lui offrir le maximum de possibilités d'échanges ».

Cette qualité s'avère indispensable car le corps du psychomotricien est souvent engagé dans un dialogue tonico-émotionnel et dans la communication non verbale. Par des sourires, des acquiescements, des inclinaisons de la tête, des rapprochements, des contacts, le corps peut accueillir, apaiser, rassurer, solliciter, inviter.

Il va percevoir chez le patient des signes corporels et émotionnels et va entrer en résonance avec ceux-ci afin de pouvoir y apporter une réponse adaptée tant au niveau sensoriel et corporel qu'au niveau du langage. La spécificité du psychomotricien réside donc dans sa capacité à dialoguer avec les niveaux archaïques où le rôle des émotions exprimées par le tonus est essentiel. C'est une écoute corporelle et verbale, au travers d'un dialogue tonique mais qui inclut la parole, la mise en sens, la mise en mot.

Le psychomotricien a aussi le rôle du corps-miroir, c'est à dire qu'il va permettre au patient d'être à l'écoute de son corps, de se découvrir tel qu'il est et non tel qu'il croyait être, d'acquiescer une image du corps en accord avec la réalité.

A travers ses attitudes, ses expressions, ses mouvements, son regard, sa mimique, ses déplacements le corps du psychomotricien est un facteur déterminant du dialogue tonico-émotionnel. L'implication corporelle du psychomotricien est donc nécessaire en thérapie, le sujet doit pouvoir utiliser le psychomotricien comme premier support de la relation pour construire son système de représentation.

Le corps est donc le point nodal du travail du psychomotricien, que ce soit le sien ou celui du patient.

La notion de contre-transfert apparaît alors importante à prendre en compte, Catherine Potel la définit ainsi :

« Ce n'est pas uniquement l'émotion vécue « en direct » dans la relation, c'est aussi ce qui se réveille chez le thérapeute en présence de son patient, qui transfère sur lui des vécus primitifs, ceux-ci activant ce qui a été depuis longtemps enfoui dans la mémoire du corps du thérapeute, et qui est réveillé dans la relation transféro-contre-transférentielle. »

Cela implique d'avoir toujours une présence à soi durant les séances, d'avoir cette capacité de déceler ce qui résonne au niveau corporel mais aussi ensuite de pouvoir le mentaliser, de mettre des mots sur ce qui s'est joué.

Husserl, un phénoménologue reprend l'idée d'un moi transcendantal, un moi extérieur à l'expérience, issu du travail de la réduction et se présentant comme un spectateur désintéressé. C'est celui qui nous permet de travailler dans l'après coup. Quand le psychomotricien termine la séance, il ne l'a pas simplement traversée ou juste vécue mais il peut porter un regard sur la dynamique, donc sur sa façon de percevoir, d'investir les choses, de vivre les expériences.

IV) L'étayage en psychomotricité dans la schizophrénie

Pour permettre au patient de pouvoir faire des expériences sensori-motrices structurantes, intégratrices et sécurisées, le psychomotricien doit être pour son patient tout comme l'a été la figure parentale pour son enfant une figure étayante dans tout ce que le patient sera susceptible de vivre dans le cadre d'une prise en soin.

L'étayage comprend trois dimensions d'après C. ROBINEAU : celle du modèle, celle de l'appui et celle de la reprise transformatrice. Autrement dit le patient peut prendre le psychomotricien comme support sans être dans la reproduction du même. En effet en psychomotricité nous sommes dans un processus de soutien qui n'amène pas qu'à dupliquer mais aussi à différencier.

L'intérêt n'est pas que le patient reproduise un geste, un comportement, une émotion mais plutôt qu'il retrouve « *une capacité à produire du fantasme ou du symbole à partir d'une expérience corporelle partagée* ».

Le psychomotricien va pouvoir servir de modèle sans que ce soit un objectif. C'est un processus psychique inconscient, il n'est ni la base du travail, ni un objectif en psychomotricité. Par ailleurs, de par son engagement corporel dans les activités avec le patient, le psychomotricien se prête inévitablement comme objet d'identification même s'il ne se présente pas comme modèle identificatoire.

Cette fonction d'étayage corporel et psychique est consolidée par la verbalisation. La mise en mot des éprouvés corporels est une étape cruciale de la symbolisation des éprouvés brut. Le langage devient le tiers symbolique entre le corps et l'esprit.

Comme je l'ai décrits dans ma première partie, de nombreux auteurs se sont intéressés à la relation entre la mère et son enfant au moment des interactions précoces. Ces relations permettent à l'enfant de se construire une enveloppe psychique et corporelle et l'accompagnent dans sa construction d'une corporéité.

Les théories de ces auteurs sont des bases très riches à penser en psychomotricité, puisque en effet la relation thérapeutique en psychomotricité s'en inspire. Elles sont notamment intéressantes à appliquer avec une population schizophrénique car je considère que ces relations ont été fondamentalement étayantes pour le sujet qui grandit et se construit.

On peut donc envisager l'étayage « psychomoteur » ou psychocorporel, comme une base, une ressource stable qui permet d'accompagner au mieux le sujet et plus particulièrement le sujet schizophrène au niveau de ses ressentis et de son vécu corporel.

Je vais à présent décrire des concepts, des théories qui étayent la pratique psychomotrice et nous permettent à notre tour d'être cette figure étayante pour les patients que nous recevons.

1) Le dialogue tonico-émotionnel du psychomotricien

Il s'agit d'une communication privilégiée entre la mère et son enfant tant qu'il n'y a pas d'échanges de paroles. Cette communication se fait par les regards, les sourires, les touchers, les vibrations, les mimiques émotionnelles et les variations toniques. Ce dialogue induit l'ajustement tonique entre les deux partenaires. Il se fait selon 4 modalités :

- porter (lien tonique),
- palper (lien sensoriel),
- parler (lien affectif),
- penser (lien de pensée).

Ce phénomène se retrouve aussi entre le psychomotricien et son patient. Il existe un échange tonique entre les deux sujets en interaction. Le but de ce dialogue tonique comme outil thérapeutique sera de renouer un dialogue fructueux avec son patient, de relancer le processus intégratif et de l'amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis.

En psychomotricité, nous parlons aussi d'empathie tonique. Elle permet selon Defiolles-Peltier d'«être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps», par une disponibilité à ressentir les modalités tonico-émotionnelles du patient lors d'un échange.

Ainsi engagés dans un dialogue tonique et émotionnel, nous pouvons improviser, créer l'interaction avec le patient. Nous avançons, sans intellectualisation de notre démarche, mais plutôt présents, ancrés dans notre espace corporel, disponibles et ouverts à l'inattendu d'une séance.

2) Le holding psychomoteur

Le holding correspond à la manière dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel, ce sont les soins maternels qui soutiennent le Moi de l'enfant encore immature. La qualité du portage s'ajuste, se régularise en fonction de la sensibilité et de l'écoute de la mère. Sa dimension contenante apporte à l'enfant un sentiment de sécurité, de fiabilité. Le holding est la capacité à maintenir dans le temps une situation vivable et assimilable pour le sujet.

C'est aussi un mécanisme qui intervient dans la relation entre le patient et le psychomotricien. En effet, celui-ci a un rôle de portage affectif, psychique, émotionnel, cognitif, corporel à l'égard du patient. Ce mécanisme est particulièrement important car bien souvent le corps du patient porteur de schizophrénie manque de fiabilité, le sujet ne peut pas s'appuyer dessus. Les angoisses dont ils sont victimes sont bien aussi très dures à vivre, aussi la contenance et l'enveloppe de ce portage que le psychomotricien peut apporter, développent un sentiment de sécurité, de confiance, d'apaisement vis-à-vis du sujet.

Dans le cadre du suivi des patients schizophréniques, le psychomotricien s'emploie à construire et reconstruire avec le patient des expériences corporelles qui lui permettent de distinguer le dedans du dehors, ce qui lui appartient de ce qui lui est étranger, de restaurer et donner du sens aux liens psychisme-manifestations corporelles. Il travaille, ainsi, à l'émergence des contenus psychiques .

3) Le psychomotricien en figure d'attachement

Cette théorie de John Bowlby démontre que le nourrisson doit expérimenter avec sa mère une relation chaleureuse, continue, intime, dans laquelle les deux trouvent satisfaction et plaisir. L'attachement à la mère permet ensuite à l'enfant de partir en exploration puis de revenir à son point de départ : base de sécurité. Ces aller-retours, ces prises de risque contribuent à étoffer le sentiment d'attachement et permettent le phénomène d'intégration psychique pour le nourrisson.

Lors d'une prise en soin, tout en étant vigilant au mécanisme de fusion, le patient, par moment, pourra utiliser le psychomotricien comme point de repère, comme figure d'attachement permettant ainsi l'exploration de l'environnement, la découverte et la rencontre de l'autre. Ce phénomène peut se produire, notamment chez des patients souvent très déficitaires. En effet, ces intégrations psychiques peuvent avoir lieu pendant la séance de psychomotricité en lien avec l'attachement au psychomotricien mais aussi au cadre de la séance.

4) La fonction alpha du psychomotricien

Bion formule une théorie sur l'origine et la mise en place des mécanismes de la pensée. La fonction Alpha est la capacité de la mère à accueillir les impressions sensorielles et les émotions exprimées par l'enfant à l'état brut, qu'il nomme élément Bêta, pour les transformer en éléments Alpha. Ce travail permet au psychisme de l'enfant d'assimiler ce qui auparavant n'était qu'explication informelle. Ainsi cette fonction constitue la première forme de travail de représentation.

Une des fonctions du psychomotricien va être d'accueillir toutes ces excitations sensorielles puis d'aider le sujet à passer du mouvement au geste, du confus à l'élaboré, de l'agi au représenté, de l'action à la symbolisation. Ce travail se base sur la relation entre ces deux subjectivités.

Conclusion

L'étayage corporel ou encore psychomoteur est un processus qui vient donner du sens lors de la prise en soin. Effectivement, il vient re-situer quelque chose de vécu de façon positive ou négative, agréable ou désagréable et lui donner une valeur, une direction, une place, de manière à en faire quelque chose.

Le psychomotricien prête en permanence son appareil psychique au patient, grâce à cela il permet une intériorisation psychique des affects, des émotions et des éprouvés que le patient n'est souvent pas en mesure de mentaliser et de faire émerger.

Dans la schizophrénie le corps et ses vécus sont souvent peu pensés ou trop pensés, le rôle du psychomotricien se trouve alors dans cet entre-deux. Celui d'arriver à calmer les angoisses et les incompréhensions qui peuvent surgir et/ ou de faire émerger des sensations qui viendront remanier un ressenti corporel.

Chez les personnes atteintes de schizophrénie, les émotions sont perturbées dans leur expression et dans leur gestion. Le psychomotricien est amené à aider la personne à prendre conscience de ses émotions, à les identifier et à les nommer.

La cohérence des propositions du psychomotricien au niveau psychique et corporel avec toujours le souci de considérer le sujet comme une globalité permet ainsi au patient d'intégrer ses éprouvés. Selon Defiolles-Peltier,

« Le projet thérapeutique du psychomotricien s'oriente vers l'unité corporelle, le contrôle tonico-émotionnel et le réinvestissement positif du corps propre du patient ». Ainsi, « il (le psychomotricien) tente d'aider le sujet porteur de schizophrénie à accéder à un corps contenant, sur lequel s'étaye l'enveloppe psychique ».

Et toutes ces élaborations, ces structurations sont soutenues par les fonctions du thérapeute que j'ai pu décrire précédemment pour garder une continuité et un lien d'investissement.

V) Quels outils utilisables en séance de psychomotricité ?

A ce stade, on peut considérer l'étayage corporel comme une ressource à intégrer dans une dynamique de séance, en effet, le psychomotricien propose et permet cet étayage au regard des expériences sensorimotrices qui viennent soutenir chez le sujet schizophrène un vécu différent de ses éprouvés corporels.

La clinique et la symptomatologie de la personne souffrant de schizophrénie nous renvoie à des enjeux corporels et psychomoteurs manifestes que j'ai pu décrire auparavant comme les angoisses massives, les dysharmonies dans l'habitation corporelle, la discordance émotionnelle, l'apragmatisme...

L'étayage psychique et corporel que le psychomotricien propose apparaît comme fondamental car le sentiment de continuité d'existence se développe en construisant des liens entre la structuration corporelle, la psyché et la relation à l'autre.

La prise en soin et la relation thérapeutique engagée sont donc des étais constructifs et soutenant pour la vie psychique, l'enjeu psychomoteur et l'habitation corporelle du sujet schizophrène.

Le travail psychocorporel semble être une bonne indication dans le cas de la schizophrénie car il modifie les éprouvés corporels et conduit aussi à des éprouvés relationnels variables, voire inédits. Les médiations et notamment les médiation psychocorporelles semblent alors essentielles pour pouvoir aborder ce travail là.

Les médiations psychocorporelles mettent en jeu le corps physique et psychique. Par une mise en mouvement du corps, le sujet met son activité psychique au travail : c'est un véritable « processus d'étayage corps – psychique qui est mis en jeu »

Pour Benoit Lesage,

« La médiation corporelle semble avoir une particularité par rapport à d'autres médiations qui font appel à un matériau extérieur. Si le peintre peut lâcher son pinceau, le « travailleur du corps » ne peut à aucun moment le quitter. Ce qui est en cause dans la médiation corporelle, c'est dès lors l'investissement corporel. Ainsi, une fois la prise en soin terminée en psychomotricité, le corps est toujours là, enrichi de nouvelles techniques corporelles, d'intégration sensorielle, de mise en forme gestuelle. »

Françoise Giromini, elle, décrit la médiation comme une,

« technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits [...] en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle ».

La rupture de l'unité psychique du sujet s'exprime dans le corps par des angoisses comme celle de morcellement et de néantisation. Les repères du sujet avec son environnement sont flous, l'enveloppe corporelle est défaillante. La médiation corporelle peut permettre à ce moment là, la verbalisation des phénomènes cénesthésiques et tactiles vécus par le patient.

Cet étayage psychocorporel est par ailleurs consolidé par la verbalisation, car la mise en mots du vécu corporel va constituer l'étape obligée par laquelle passe la symbolisation. En parler va développer le processus de représentation ; un processus de distanciation va se créer entre le vécu corporel et la représentation du vécu corporel. Le langage en tant que tiers symbolique devient le médiateur entre le corps et l'esprit.

PARTIE CLINIQUE

I) Présentation du lieu de stage

J'effectue mon stage dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) autorisé pour l'accueil et le soin de personnes adultes des deux sexes présentant un handicap psychique. Sa capacité d'accueil est de 52 places et il est ouvert, les résidents peuvent donc circuler à l'extérieur et notamment dans le village où il se trouve.

La population accueillie présente des troubles tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires, la déficience intellectuelle, les troubles autistiques, des psychoses infantiles et des troubles envahissant du développement.

Le projet de ce foyer est de garantir par ses soins et ses accompagnements une qualité de vie, et le développement d'une vie sociale épanouissante, dans un environnement à la fois protégé et ouvert.

La composition de l'équipe tient compte des spécificités des personnes accompagnées. Elle comprend du personnel : administratif (Secrétaire), d'accompagnement (Aides Médico-psychologiques, Moniteurs éducateurs, Éducateurs spécialisés), soignant (Aides-soignants, Infirmiers), logistique (Agents hôteliers spécialisés, Ouvriers qualifiés), médical et paramédical (Médecin généraliste, Médecin psychiatre, une Psychomotricienne, Psychologue), de Direction et d'encadrement (Directeur, Chargés de service).

Une prise en soin en psychomotricité peut être envisagée, suite à une indication du médecin. Cette prise en soin est ensuite validée par l'équipe pluridisciplinaire. Elle s'inscrit dans la continuité du travail institutionnel.

La psychomotricité est une discipline paramédicale qui considère le sujet dans sa globalité. Elle s'intéresse à l'humain dans toute sa complexité et sa richesse, elle présente un intérêt central pour le corps et son investissement par le sujet. On pourrait dire que son objectif principal est de permettre un vécu harmonieux à l'individu. C'est donc dans ce cadre que je rencontre Mademoiselle Annie B.

II) Annie B.

a- Anamnèse

Mademoiselle Annie B. est née en Juin 1958 dans la région bordelaise. Elle a une sœur, qui est son aînée de 15 ans. Elle grandit sur le bassin d'Arcachon. Son père étant professeur d'histoire, sa mère, professeur de mathématiques, elle évolue dans un milieu intellectuel privilégié. Après un baccalauréat littéraire, elle se dirige vers des études de lettres et d'Histoire de l'Art et obtient un DEUG. Elle exercera le métier de guide touristique de manière épisodique dans divers sites touristiques de la région bordelaise.

En 1980, alors qu'elle est étudiante, s'installent des troubles psychiatriques (conviction délirante d'être sous l'emprise maléfique d'un médium). En 1982, elle est hospitalisée au CHS Charles Perrens en raison d'une anorexie mentale sévère dans un contexte délirant avec des thématiques mystiques et ésotériques. Un diagnostic de schizophrénie hébéphrénique est posé. Après une année d'hospitalisation, elle est orientée dans un établissement psychiatrique où elle a séjourné un an environ.

Par la suite elle est restée au domicile familial sans activité, refusant tout soin, et vivant avec sa mère dans un repli symbiotique pathologique. Dans les dernières années, la mère, atteinte d'une pathologie démentielle et la fille, sans accompagnement psychiatrique, étaient devenues incapables d'assumer leur quotidien. En 2001, peu après le décès de sa mère, Annie est hospitalisée au CHS Charles Perrens. Complètement désadaptée de la réalité, elle présente des troubles alimentaires et un délire à thématique mystique associé à de nombreux troubles psychiatriques.

En 2004, stabilisée, elle intègre un foyer d'accueil médicalisé à Bordeaux et il séjourne durant quatre années. Par la suite, elle est installée en appartement thérapeutique à Arcachon avec une prise en charge par l'hôpital de jour est un accompagnement psychiatrique en CMP. Son père vit alors en EHPAD et y décède en 2010. La même année, elle est de nouveau hospitalisée. Elle avait interrompu ses soins et traitements, se mettant en danger au domicile. Vulnérable, elle ne pouvait résister aux multiples demandes d'amis de passage et s'est trouvée confrontée à leurs problèmes d'alcool avec violence, tapages et plaintes du voisinage. Un retour à domicile est inenvisageable, elle accepte une orientation en FAM et effectue plusieurs séjours d'essais. Elle intègre un FAM le 17 juin 2011, sur le plan juridique elle est sous tutelle depuis 2001. Puis en 2017 elle intègre le FAM où je suis actuellement en stage.

b- Du point de vue cognitif

Le bilan de l'évaluation cognitive que j'ai pu récupérer met en évidence la stabilité de l'efficacité cognitive globale de bonne qualité sur fond de très bon niveau socio-culturel. Malgré cela, il est noté une importante pauvreté idéatoire.

Les éléments mis en évidence sont une fluctuation attentionnelle importante, un syndrome dysexécutif majeur avec des troubles du raisonnement, de la résolution de problèmes, de la flexibilité mentale, du contrôle inhibiteur, de la programmation motrice, de la mise en place de stratégies et de l'anticipation, ainsi qu'un feed-back défaillant.

Le fonctionnement mnésique de Annie B. fluctue selon l'accroche attentionnelle du moment. La récupération de l'information en mémoire épisodique est souvent parasitée par des intrusions, signe d'un défaut du contrôle inhibiteur.

c- Du point de vue thymique et comportemental

Ces observations sont celles de la psychologue.

Annie B. apparaît bien stabilisée sur le plan psychiatrique. Les symptômes positifs tels les délires et les hallucinations sont jugulés par la bonne observance du traitement et le cadre institutionnel. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique hebdomadaire auprès du psychiatre rattaché à l'établissement. Le suivi psychologique a été stoppé ; elle reste en demande, cependant cette demande est uniquement sous-tendue par son besoin de relation duelle. Annie s'avère très fuyante lorsqu'on aborde avec elle des problématiques liées à son vécu.

Sur le plan comportemental, derrière une façade cordiale et avenante se cache une personnalité discrète, solitaire. Elle est intégrée à la vie institutionnelle mais ne partage véritablement que peu de temps avec les autres résidents. L'équipe a tout de même constaté une tendance à créer des liens avec certains autres résidents par intérêt notamment en ce qui concerne l'obtention de cigarettes supplémentaires.

Toujours sur le plan relationnel, Annie donne parfois l'impression d'être fuyante tout en étant à la recherche de relations privilégiées avec les soignants. De plus, sa tendance à reconstruire la réalité peut désarçonner ses interlocuteurs tellement les faits sont avancés avec certitude et aplomb.

Sa pathologie psychiatrique ainsi que le syndrome dysexécutif décrit plus haut sont à l'origine d'une grande partie des difficultés observées dans son quotidien : troubles du jugement, absence d'anticipation, manque de motivation, d'initiative et nombreuses persévérations.

Tout ceci fait qu'elle a mis en place une routine journalière qui se veut rassurante alors que tout changement d'environnement ou d'interlocuteur est, chez elle, source de stress.

Sur le plan thymique, Annie semble également stabilisée. Son sourire de façade est assez désarmant car il est très stéréotypé donc souvent peu adapté à la réalité du moment. Ce décalage entre réalité et émotion peut aisément s'expliquer par la pathologie psychotique sous-jacente.

Sur le plan anxieux, l'équipe observe une tendance à l'agoraphobie dès que Annie se trouve à l'extérieur de l'établissement. Elle s'avère très peu à l'aise, rase les murs, ne quitte pas les accompagnants. Pour autant, elle est capable d'aborder des inconnus pour obtenir des cigarettes.

d- Bilan infirmier

Annie est assez réticente pour rencontrer le médecin généraliste sauf si elle y voit un intérêt personnel. Elle a cependant de bonnes relations de confiance avec l'équipe paramédicale.

Elle connaît son traitement et n'a aucune difficulté à le prendre. Il se compose de DEPAKOTE qui est un antipsychotique, de BROMAZEPAM qui est un anxiolytique, de RISEPERDAL un neuroleptique de seconde génération et de ZOPICLONE qui est un hypnotique.

e- Projet de soin de l'établissement

Les objectifs de son projet de soin personnalisé sont :

- le soutien et la valorisation de ses capacités d'autonomie
- de préserver et maintenir son état psychique et physique
- d'apaiser sa relation à l'autre et au monde extérieur
- de la soutenir dans son projet de recherche d'une réorientation

En effet Annie souhaiterait retourner dans sa région d'origine (Arcachon) auprès de sa sœur.

III) La psychomotricité

1) Bilan psychomoteur

Voici le compte rendu du bilan psychomoteur effectué en Septembre 2017 :

« Annie montrera tout le long du bilan de bonnes capacités de compréhension et d'attention. Le bilan débute par une première mise en situation concernant l'équilibre.

Annie ne se rend pas au milieu de la pièce mais elle longe les bords en venant même prendre appui sur une porte de placard. On sent à ce moment de forts éléments émotionnels qui se traduisent par des tensions, un regard dirigé très intense et une difficulté à se détacher d'un appui.

Elle peut rester immobile pendant les 10 secondes demandée, l'équilibre sur une jambe est précaire. Une épreuve consistant à marcher sur deux planchette est échouée. Elle s'agrippe fortement à ma main. Les autres déplacements de type marche sur pointe de pied, sur talon ou à reculons sont possibles. Elle se montre assez à l'aise lors de la course ou des sauts.

Je note que les appuis ne sont pas équilibrés au niveau de la voûte plantaire, ils sont surtout sur le bord interne, il existe une usure particulière de sa chaussure par écrasement de la voûte plantaire en dedans.

Dans l'ensemble on ressent de la prudence dans les déplacements et un manque de tonicité. Les repères spatiaux sont d'une grande qualité que ce soit par rapport à l'espace, aux objets ou à autrui.

La latéralité est également bien structurée dans l'espace et sur son propre corps. Elle fait preuve de capacité d'adaptation spatiale lors des déplacements, la reproduction en imitation différée de parcours de plus en plus complexe est très satisfaisante.

Pour la reproduction de la figure de Rey, celle-ci est équilibrée et complète lors de sa copie, lors de la figure à refaire de mémoire des éléments sont oubliés ou déformés, elle a besoin de soutien car elle pense ne pas y arriver.

Annie a de bonnes compétences visuo-spatiales et visuo-constructives mais un déficit sur le plan de la mémorisation.

Les connaissances somatognosiques sont très complètes. L'imitation de mouvement des mains et des bras est possible, cependant Annie établit des confusions entre reproduction en miroir ou en vérité sans qu'aucune consigne ne lui aider été donnée.

La représentation graphique d'un personnage est possible. Il s'agit d'un homme, il occupe toute la feuille, la proportion entre haut et bas du corps est insuffisante. Les pieds sont dans le prolongement des jambes, ils sont comme des griffes, ils ne constituent pas un appui solide. Il existe des lignes séparatrices entre les différentes parties du corps : la tête et le cou, les mains et les bras, et au niveau de la taille. Pour autant les vêtements ne sont pas présents. Ces lignes donnent l'impression d'un manque d'unité.

Sont visibles des éléments appartenant à la fois à l'intérieur du corps est en surface comme les veines et les muscles. On perçoit dans ce dessin des zones de flottement entre dedans et dehors, entre nu et habillé, ou bien entre la continuité des différentes parties du corps.

L'ancrage au sol n'est pas suffisamment stable et sécuritaire. La motricité fine est de bonne qualité. Les jeux de lancé sont effectués avec plaisir, seul la réception d'une balle de tennis d'une main après un rebond au mur est échouée.

Les repères dans le temps social sont connus et Annie peut évoquer la chronologie d'une journée. La reproduction de structures rythmiques a été possible sur un nombre de frappés allant jusqu'à huit. Elle commet des erreurs peut-être liées à la fatigue.

En conclusion la passation de ce bilan a été aisée, on perçoit une détente s'instaurer au fur et à mesure des rencontres. Annie montre de bonnes compétences sur le plan des coordinations, des repères spatio-temporels, mais il existe des fragilités concernant l'équilibre.

Il semble exister un lien étroit entre son ressenti corporel et son ressenti psychique. Annie est peu sûre de ses appuis et cela est anxiogène, en retour les situations anxiogènes la déstabilise donc ce trouble. Il existe donc une défaillance de ses appuis, de son ancrage au sol. On observe une légère hypotonie avec un axe corporel peut affirmé. »

2) Axes de prise en soin en psychomotricité

La limite des questions du corps se pose également. Les séances de psychomotricité paraissent être donc une bonne indication. Elles peuvent répondre à la demande d'Annie d'exercer son corps mais aussi elles peuvent l'aider à renforcer son sentiment d'exister, favoriser sa vitalité par l'appropriation d'expériences corporelles sécurisantes et ancrées dans la sensorialité.

3) La 1 ère rencontre

Je rencontre Annie lors de mon premier jour de stage dans la structure, à ce moment là, le résident qui est avec elle pour la prise en soin ne participait pas aux séances du fait d'un problème de santé. Aussi, nous avons pris le temps lors de cette première rencontre de faire connaissance et il n'y a pas eu de « séance » à proprement parler.

Annie est une femme de 61 ans, elle est brune, grande et fine, elle se déplace légèrement en flexion du tronc, lorsqu'elle me dit bonjour elle m'offre un grand sourire et me serre mollement la main du bout des doigts.

S'ensuit un temps de discussion où elle me parle de son ancien métier, de la ville de Bordeaux où elle a vécu et je lui parle un peu de ma formation.

C'est une femme avec beaucoup de culture générale notamment en histoire et l'on a pu aborder beaucoup de sujets intéressants. La conversation se fait naturellement et Annie pose facilement des questions.

C'est au cours de ce moment qu' Annie émet le souhait de vouloir faire du yoga car elle en a fait durant l'été. Ma maître de stage s'empare donc de cette demande car un travail autour du corps est totalement indiqué, notamment pour une appropriation plus harmonieuse de sa corporéité. Le fait que cette demande émane d'elle est par ailleurs d'autant plus important et encourageant.

4) Mise en place des séances yoga-détente

Il est donc décidé de proposer en séance un temps de mise en jeu corporelle avec des mouvements assez actifs issus du Yoga. Ces mouvements engagent la respiration, le tonus, l'axe corporel, le croisement des héli-corps, les appuis.

Pour le début de séance, de gros tapis de sol épais et confortables sont installés au sol, ils sont collés au mur. Pour la première partie de la séance les deux résidents sont toujours invités à s'asseoir sur ces tapis, le dos appuyé contre le mur pour avoir un soutien contenant et à prendre conscience de leur respiration. C'est un temps important car il permet de se recentrer sur soi et ses sensations en explorant les différentes respirations, thoracique, abdominale.

Puis les mouvements proposés sont les suivants :

- debout, bien ancré au sol on lève les bras sur une inspiration par le nez et on les descend en essayant de toucher le sol sur une expiration par la bouche.

- le second mouvement consiste à tendre les bras de façon perpendiculaire au tronc en fermant les poings avec uniquement le pouce de sorti. Le mouvement effectué ensuite est une rotation du point en ayant tantôt le pouce vers le sol ou vers le haut. Ce mouvement entraîne un engagement de tout le bras ainsi que de l'épaule.

- pour le troisième mouvement les bras et la tête vont être engagés, en effet la main gauche est sur la poitrine et le bras droit est tendu horizontalement, la tête est tournée du côté du bras tendu, puis on alterne.

Plusieurs autres mouvements sont bien évidemment proposés, des mouvements qui impliquent le bas du corps, des différences d'appui, des croisements de l'axe corporel. Ces mouvements sont minutés dans le temps avec une augmentation de leur durée au fur et à mesure.

Puis il y a toujours un moment de verbalisation sur les ressentis procurés par ces exercices, sur les sensations qui ont émergées et ce que ça a éventuellement produit.

Et enfin un temps d'invitation à la détente, couché avec des coussins et des couvertures à disposition est proposé, sur un fond musical avec quelques accompagnements verbaux à la détente.

5) Suivi de la prise en soin

N'ayant jamais été en relation avec des patients présentant ce type de pathologie, je suis assez motivée à l'idée de participer au commencement d'une prise en soin assez inédite pour cette résidente schizophrène et ainsi assister à son évolution au cours de l'année en faisant des liens avec ce que j'ai pu apprendre.

Le suivi en psychomotricité ne s'effectue pas sur le lieu de vie des résidents mais à 10 minutes en voiture sur un autre pavillon.

Les trajets en voiture sont parfois l'occasion d'aborder des sujets comme la ville, la place de transports, les déplacements et l'appréhension qu'il y a parfois autour. Annie nous confie qu'elle n'est pas très rassurée quand il faut passer dans de petites rues ou quand il y a trop de monde.

J'ai pu observer qu'Annie fait une intrusion systématique du lieu où l'on se trouve au moins une heure avant l'heure de son début de séance pour nous interroger sur l'heure du départ. Cela me renvoie à son besoin de relation duelle et sa recherche de relation privilégiée, en effet elle se poste souvent dans des endroits où il y a beaucoup de passage et donc où elle est susceptible de croiser des soignants et d'engager une conversation.

Ses questions sont la plupart du temps de même nature, et je n'ai pas l'impression que c'est le contenu de l'échange qui l'intéresse mais bien souvent le fait d'échanger simplement, d'être à un moment t, souvent bref, dans un partage avec une personne autre que les résidents.

J'ai pu remarquer cette similitude lors des séances de psychomotricité. En effet Annie a un fort accrochage au cadre de ces séances, elle est toujours prête, enthousiaste voire impatiente pour venir et apprécie tous les moments informels autour. Cependant son investissement au contenu même des séances, à l'essence du travail que l'on propose semble plus difficile à vivre pour elle. Habiter le temps présent c'est investir ce qui s'y passe et c'est ce qui semble compliqué.

On peut d'ailleurs noter que le bilan n'avait pas permis de mettre en lumière de manière aussi nette sa difficulté à « être là » dans l'ici et le maintenant, d'être présente à elle même, dans un espace et un temps donné.

En effet, l'inscription dans une temporalité structurante avec un avant/pendant/après reste chez Annie très imparfaite du fait même de ce défaut d'investissement. Elle semble être soit dans une rêverie, soit dans l'attente de passer à autre chose.

Les mouvements de yoga proposés avaient pour avantage d'être concis, facile de réalisation et bordés dans le temps afin qu'elle puisse maintenir son « effort » d'attention, de mobilisation dans une certaine durée. Mais cela a apporté une contrainte qu'elle a très vite verbalisé et qui a remis en cause son désir de pratiquer ce type de mis en jeu corporelle.

Ses mouvements étaient la plupart de temps effectués de manière superficielle, ils ne s'enraient pas en profondeur. Le lien sensori-moteur est visiblement défaillant et semble inaccessible psychiquement pour elle, il ne tient que par la force de notre étayage. C'est à dire de notre désir pour elle qu'advienne une expérience corporelle.

En tant qu'observatrice je remarque qu'elle regarde beaucoup la psychomotricienne, comme si elle vivait le mouvement à travers son corps et non du sien, comme une sorte d'incorporation de l'expérience de l'autre mais qui la garde à distance d'elle même.

V. Defiolles-Peltier dit d'ailleurs

« Ce type de relation est d'ordre fusionnel dans la mesure où le vécu corporel de l'un (celui du thérapeute) devient ainsi momentanément le vécu corporel de l'autre (le patient). »

Toutes ces observations au fur et à mesure des prises en soin me renvoient évidemment aux symptômes négatifs de la schizophrénie : comme la pauvreté du langage spontané, le défaut de concentration, l'abolition qui est l'incapacité à initier et persister dans des activités dirigées vers un but.

La discordance dans la présentation est aussi quelque chose que j'ai pu observer lors des mises en jeu corporelles en séances et même dans sa façon d'être, de se mouvoir : les mouvements sont raides, lourds, sans harmonie, sans aisance. Effectivement, j'ai pu remarquer à plusieurs reprises les difficultés d'Annie à enlever ou mettre son manteau ou ses chaussures, avec la perception d'un corps empêché avec un manque de fluidité assez déconcertant.

L'apragmatisme est un symptôme qui s'est aussi observé dans le temps des prises en soin. Cela se traduit chez Annie par une remise en cause assez persistante du contenu des séances, bien que le yoga soit à sa demande elle ne veut souvent pas commencer les mouvements, dit « oh non pas aujourd'hui ».

Il est donc important de soutenir fréquemment Annie dans l'engagement corporel que propose les séances de psychomotricité.

L'étayage et le soutien de la psychomotricienne ainsi que de moi-même est donc quelque chose de fondamental pour Annie afin de lui permettre une meilleure appropriation de sa corporéité, il faut essayer de l'amener sur le terrain de ses ressentis corporels afin de convoquer une certaine conscience et attention corporelle.

De part les propositions qui lui sont faites, et la médiation yoga-détente, son corps est soumis à de nouvelles expériences sensori-motrices qui doivent être absolument étayées, accompagnées et soutenues pour permettre à Annie de les intégrer.

6) Arrêt de la médiation Yoga

Cependant comme je l'ai précisé Annie n'a pas voulu continuer notre proposition des mouvements issus du Yoga et l'on se retrouvait face à un refus tous les vendredis matin. Son accrochage au contenu est complètement défaillant mais Annie n'arrête pas pour autant de venir et de vouloir faire la « détente » que l'on propose toujours à chaque fin de séance.

Afin de soutenir son implication pour le contenu des séances, il est donc décider, dans un premier temps, de varier fréquemment les propositions : mise en mouvement avec des parcours psychomoteurs, travail sur l'équilibre, les postures, les appuis, de l'auto-massage, du travail représentatif avec de la pâte à modeler.

Les parcours psychomoteurs que j'ai pu proposer ont été très bien accueillis et ont su durer dans le temps et devenir une composante essentielle de la prise en soin. C'est par ailleurs une médiation qu'elle avait déjà expérimenté l'année précédente avec la psychomotricienne et qui semble être motivée par les angoisses qui peuvent être les siennes lors de ses déplacements en ville. En effet Annie nous a confié ne pas être très à l'aise dans ces situations et qu'elle souhaiterait « exercer son corps ».

L'enjeu psychomoteur qu'engage les parcours est étayant pour Annie, en effet grâce à un accompagnement sécurisant et contenant elle a pu effectuer des parcours psychomoteurs avec beaucoup plus de rapidité et d'aisance, elle s'est montrée plus sûre dans ses appuis avec une angoisse beaucoup moins apparente.

Un travail en mouvement peut aider le patient à relier les différentes parties de son schéma corporel. Cette réappropriation du corps s'appuie sur le tonus musculaire car c'est notre tonicité qui nous permet de percevoir les différentes parties de notre corps reliées entre elles.

Par les sensations et la motricité qu'apporte l'approche corporelle, le corps du patient va s'ancrer dans le temps et dans l'espace donnant ainsi un sentiment de continuité au patient.

Les ressentis corporels permettent au patient d'éprouver son corps dans son ensemble, dans sa globalité, dans son rapport à l'espace. C'est grâce au ressenti corporel que le schéma corporel se réunifie.

Tout ce qu'engage un parcours psychomoteur, c'est à dire un travail sur la régulation tonique ; le schéma corporel et l'image du corps ; l'espace et le temps ; permet au sujet d'investir et d'avoir un autre rapport à son corps et à l'environnement. Ainsi, les sensations pourront devenir représentations. L'expérience du vécu corporel, et la prise de conscience de ce dernier, pourra amener le sujet vers une conscience de soi, en tant que sujet unifié, différencié de l'autre.

Les parcours ont donc permis la mise en mouvement en situation concrète, de manière moins menaçante et angoissante que les exercices de yoga. Cela a un côté plus valorisant et re-narcissant pour elle car elle se rend compte qu'elle y arrive.

Ainsi de part la prise en soin et la relation thérapeutique engagée il se crée un espace de relance, de rassemblement d'expériences psycho-corporelles ayant également pour objectif sous-jacent de re-narcissiser Annie. Cette re-narcissisation passe par tous les moments où l'on montre à Annie comment le corps peut devenir un objet de satisfaction et qu'on peut donc y porter une attention. Cela passe par le plaisir sensori-moteur amené par des expériences corporelles, la valorisation de ses compétences, et notre souci de son bien être afin qu'elle ait des éprouvés satisfaisants.

Au fur et à mesure des séances, bien que ce soit assez subtiles, des éléments m'ont montré qu'Annie avançait sur le chemin d'un investissement et d'une habitation corporelle un peu plus présente. Cela se traduit par une volonté et une acceptation de mettre son corps en mouvement, elle a su apporter par moment une tenue adaptée au contexte des séances ce qui témoigne d'un certain investissement des moments de psychomotricité. Annie s'est aussi montrée curieuse pour tester d'autre chose comme l'auto-massage par exemple.

Par ailleurs, son relâchement dans les moments de détente avec parfois un endormissement m'a aussi fait remarquer le chemin qu'elle avait parcourue lors de cette année. En effet, en début d'année lors de ces moments Annie avait beaucoup de mal à se laisser aller. Elle s'installait souvent dans des positions inconfortables, avec la tête redressée et le cou tendu, les yeux ouverts, toujours dans une vigilance.

7) Sa place dans le groupe

Dans le cadre de la séance le couple formé avec l'autre résident fonctionne assez bien dans la mesure où il n'y a pas de rivalité et qu'ils peuvent ainsi l'un et l'autre s'exprimer sur leur vécu ou sur leur souhait. Ils investissent vraiment ce moment et cet espace en y déposant chaque vendredi leurs états et leurs envies. L'autre résident est assez dynamique, il prend toujours plaisir à faire ce qui est proposé et verbalise assez facilement. Le contraste est par ailleurs assez intéressant car il est souvent dans une sur-verbalisation, tout le contraire d'Annie pour qui la mise en mot est toujours très furtive.

Il représente à mon sens un possible appui psychique et un relais pour Annie qui a souvent besoin de faire des pauses. Lors de ces pauses Annie observe et semble s'imprégner de la situation et l'interaction est toujours possible. Ou alors on peut remarquer un retrait qui marque une vraie coupure dont elle a sans doute besoin.

A. Calza et M. Contant disent dans l'ouvrage « *Psychomotricité* » :

« On peut dire que le groupe participe en tant que tel à la fonction thérapeutique. Il est témoin, contenant, garant de la continuité du discours de chacun. Sans risque d'être détruit, il permet à chacun d'oser contre lui ses mouvements agressifs ou de rejet, il gère les conflits intra-muros. Pour chacun il est processus d'interaction et d'émotions partagées. »

8) Observations complémentaires

Vers le milieu de l'année, bien après mon arrivée, j'ai pu effectué une partie de l'évaluation du tonus d'Annie car ce n'est pas quelque chose qui apparaissait dans son bilan. J'ai ressenti une petite appréhension par rapport au contact physique, il n'y en avait jamais eu aucun et je ne savais pas ce que cela allait provoquer, un refus par rapport à un manque de confiance ? une fuite ? des angoisses ?

J'ai néanmoins demandé un vendredi en début de séance s'il était possible que je la mobilise afin d'évaluer son tonus et elle a accepté. Cependant j'ai d'abord montré sur la psychomotricienne comment j'allais la procéder afin qu'elle ne soit pas surprise et pour ne pas susciter d'angoisse. Elle s'est montrée très enthousiaste quand son tour est arrivé.

J'ai donc procédé à une mobilisation passive des bras, du bassin et des jambes.

Je lui ai demandé dans un premier temps d'essayer de se détendre et relâcher ses muscles. Je lui ai proposé de fermer les yeux si elle le souhaitait mais elle les a laissés ouverts. Tandis que je mobilisais ses bras elle n'a pas cessé de me regarder en me demandant parfois si elle faisait tout bien en attendant une certaine validation de ma part.

Lorsque j'ai évalué le tonus des jambes elle était beaucoup plus calme et silencieuse, peut-être du fait que je n'étais plus aussi proche d'elle, ou de son visage ?

La détente a été bien perçue même si j'ai ressenti une aide au mouvement au niveau des bras ainsi qu'une certaine résistance au relâchement au début.

Puis j'ai pu tester le recrutement tonique dans une épreuve de poussée. Le corps de Annie était complètement tendu et en hypertonie, ses bras étaient en extension et elle n'a pas su adapter son tonus pour combattre le déséquilibre de la poussée.

Néanmoins je considère son acceptation et l'engouement suscité comme une véritable évolution. En effet se laisser mobiliser nécessite un lâcher prise et une confiance.

V) Réflexion et perspectives

On observe chez Annie une difficulté d'intériorisation et un déni de ses troubles qui rend l'approche aléatoire, superficielle est même potentiellement vide par moment.

Au-delà de sa difficulté à répondre aux différentes propositions qui lui sont faites, on perçoit aussi un non-investissement narcissique de sa personne. Ses vêtements ne sont pas ajustés et laissent souvent entrevoir des parties de son corps parfois intimes ; l'équipe rapporte aussi que son hygiène est parfois à déplorer.

Cependant le « challenge » est malgré tout de l'arrimer à ce que constitue le cadre c'est-à-dire ce rendez-vous hebdomadaire aux enjeux corporels incontournables.

La fidélité de son engagement est tout de même très positive et indique également un grand besoin relationnel, être avec, échanger en dehors de toute contrainte ou « du faire » souvent si difficile voir même menaçant.

Je remarque qu'Annie a vraiment investie ce temps thérapeutique, elle ne rate aucune séance, elle sait être dans la proposition et ses verbalisations sont globalement positives.

Cependant il est indéniable que cet investissement est assujéti à la qualité du lien pour que tout cela tienne. L'étayage du psychomotricien, c'est à dire son apport dans la dimension relationnelle, la dimension sensori-tonico-motrice et dans les dimensions psychiques, affectives et cognitives est primordial.

Bien que les mises en jeu du corps soient progressives on observe des évolutions, Annie semble beaucoup plus sûre dans ses déplacements, elle aborde les exercices proposés de manière assez sereine mais sait exprimer si quelque chose la met en difficulté. Son enthousiasme à parfois vouloir faire une activité précise disparaît parfois très vite et il peut nous arriver de ne rien « faire » mais d'être dans simplement l'échange. Le but de nos séances est aussi de s'adapter à cela car la relation en psychomotricité, le lien, est déjà thérapeutique. En effet, Benoit Lesage nous dit :

« La relation a des échos au sein du corps : elle mobilise tous les registres, sensoriels – olfactif, gustatif, tactile, visuel, auditif... – et sensitifs, c'est-à-dire proprioceptifs, dans lesquels il faut inclure les effets humoraux et viscéraux, soit l'ensemble des paramètres corporels. Il y a donc nouage entre qualité relationnelle et vécu corporel, celui-ci étant entendu au sens large. La relation colore donc le vécu corporel et celui-ci étalonne ou qualifie la relation, c'est-à-dire lui confère une certaine qualité. Nous faisons sans cesse l'expérience de cette corrélation. »

Les perspectives en psychomotricité seraient donc de continuer à soutenir ces expériences sensorimotrices qui viennent étayer sa vie psychique, d'essayer de l'amener sur le plan de la verbalisation et moins de la fuite tout en composant avec ses symptômes. C'est un femme qui est en forte demande de relation et de stimulation et ce moment reste un temps tout à fait adapté à sa problématique.

Il me reste aussi à préciser qu'Annie est très préoccupée par son avenir et son éventuelle ré-orientation. Il faut donc envisager que cette composante représente aussi un facteur aggravant de ce défaut d'investissement que l'on peut retrouver chez elle. Effectivement, je pense que cela peut être compliqué d'investir quelque chose, des espace, des gens, des propositions lorsque que l'on est occupé à essayer de construire quelque chose ailleurs. Ce manque d'investissement relève donc à la fois de son histoire et de sa pathologie. Le caractère chronique et complexe de la pathologie schizophrénique ne permet pas d'envisager une rémission totale, au contraire, plutôt une dégradation progressive globale. Cette chronicité est donc aussi à prendre en compte car elle vient empêcher la possibilité pour Annie de s'autonomiser.

CONCLUSION

Le corps est le reflet, la fenêtre ouverte au monde, le théâtre de tout un monde psychique, de maux, de fêlures, d'angoisses, de souffrances se jouant à l'intérieur. Il est la première chose que l'on apprécie dans la rencontre avec l'autre. La façon de se tenir, de se mouvoir, d'être en relation, d'appréhender son environnement donne souvent des indices, des repères à penser de ce qui pourrait se jouer psychiquement.

Chez les patients souffrant de schizophrénie que j'ai rencontré, cela m'a sauté aux yeux, un tel empêchement du corps, un tel désinvestissement apparent ne peut être le fruit que d'un ressenti, d'un vécu totalement différent, et si différent que leur corps en est porteur à tout moment.

Comment nous alors, en tant que psychomotricien, pouvons nous agir au niveau de cette problématique, il y a évidemment beaucoup de prises en soin possible au niveau d'une population atteinte de schizophrénie mais aucune d'entre elle n'est actée comme correspondant uniquement à ces patients.

Le tout est d'essayer de comprendre face à cette problématique de ce corps investit différemment quels pourrait être les leviers, les tremplins nous permettant de soutenir une manière différente de vivre ce corps.

Aussi le rôle du psychomotricien au travers de ses interventions est d'essayer au mieux d'étayer le vécu, les ressentis, les représentations corporelles en passant par un travail psycho-corporel.

L'étayage corporel que nous pouvons amener me semble fondamental pour que la personne porteuse de schizophrénie se réapproprie et investisse son corps de façon plus harmonieuse.

J'ai pu montré qu'il existe de nombreux autres troubles qui aboutissent à un vécu atypique de sa corporéité et ce dès le plus jeune âge. L'importance du travail autour de l'investissement du corps par l'étayage du psychomotricien et ce quelque soit l'âge et la pathologie est donc justifié.

Pour parler un peu de mes ressentis je dirais que le secteur de la psychiatrie peut paraître impressionnant au premier abord cependant beaucoup de mes appréhensions étaient des représentations assez faussées.

Mes difficultés furent d'essayer de trouver ma place et les limites que je pouvais instaurer en tant que stagiaire. Je me demandais aussi comment j'allais pouvoir réagir et gérer les relations avec les patients selon la symptomatologie rencontrée (hallucination, délire de persécution, d'influence...).

En effet, les troubles psychiatriques peuvent être compliqués à aborder car on ne sait pas toujours ce qu'il se passe psychiquement, les angoisses que l'on peut susciter involontairement ou inconsciemment par le regard, le toucher ou simplement la demande de verbalisation.

Cependant ma position d'observatrice en début de stage me permet de prendre mes marques à mon rythme et d'observer le fonctionnement des personnes que j'étais amenée à rencontrer. Puis au fur et à mesure j'ai su prendre confiance en moi, devenir active et actrice, ne plus avoir peur d'oser car finalement c'est ce que l'on attend de nous.

Pour finir cette année m'a montré à quel point l'unité psychosomatique du sujet peut être fragilisée et que l'étaillage est une nécessité absolue, une relance quotidienne essentielle pour les sujets atteints de schizophrénie notamment.

L'étaillage c'est maintenir vivant le lien corps esprit chez des personnes qui par elles-mêmes ne peuvent pas le faire, que ce soit avec les troubles psychiatriques, les désordres du développement psychomoteur ou encore le vieillissement.

Le corps est le reflet de la souffrance psychique mais il est aussi la voie d'accès à ce psychisme. Ainsi le psychomotricien par le corporel tente peu à peu de continuer à restaurer ce lien en passant par l'action, le mouvement, le sensori-moteur. Ce lien au sensoriel, au mouvement, est un lien à soi-même, un lien à l'autre.

Comme l'a bien dit C. Ballouard.

« Le corps, comme lieu de passage obligé de la communication et de la vie psychique, fournit à la psychomotricité son terrain et les limites de son action, son domaine d'intervention et l'infini de ses possibilités. »

Bibliographie

ANDRÉ P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004) « *Corps & psychiatrie* », Paris, Éditions Heures de France, 2ème édition. p. 53-74 et 126-132

BOUTINAUD J, JOLY F. (2017) « *Thérapies psychomotrices : 10 cas cliniques commentés* », Édition In Press. p. 223-226

BOURGEOIS M-L.. (2011) « *Les schizophrénies* », 6ème édition mise à jour, Paris, Que sais-je ?

BRUNER J. S. (1983) « *Le développement de l'enfant : Savoir faire, savoir dire.* », Paris, Puf. p.277-279

CALZA A, CONTANT M. (2007) « *Psychomotricité* ». Elsevier Masson. p.173-176

CORDERO M. (2018) « *Quel corps soigne t-on en psychomotricité ? La place de la psychomotricité dans l'étayage des représentations du corps chez l'enfant* ». Mémoire de psychomotricité.

DEFIOLLES-PELTIER V. (2000). « *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* ». Gaëtan Morin éditeur.

DELION P., VASSEUR R. (2010) « *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans* ». Édition Erès. p. 193-197

DICTIONNAIRE ACADÉMIE FRANÇAISE 9ème édition

ÉVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES Vol .16 (2004) « *Dialogue tonico-émotionnel et thérapies corporelles* » p. 3-10

FRANCK N. (2006) « *La schizophrénie, la reconnaître et la soigner.* » Édition Odile Jacob

GEISSMANN N. (2001) « *Découvrir W.R Bion* ». Édition Erès. p.99-115

- GIROMINI F. (2017) « *La spécificité de la médiation en psychomotricité* ». *Enfance & Psy.* Erès. p. 51-60
- GOYTY M. (2018) « *Du morcellement vers la réappropriation corporelle. Approche psychomotrice auprès de patients atteints de schizophrénie dans une unité de transition de psychiatrie adulte.* » Mémoire de psychomotricité.
- JOLY F. (2009) « *Le corps en question : psychopathologie des troubles instrumentaux (ou plaider pour une approche complexe des dyspraxies et des troubles psychomoteurs)* ». *Le Carnet PSY* numéro 138. p. 46-48
- KLOECKNER A. (2011) « *Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice* ». *Revue Contraste.* p. 133 -155
- LESAGE B. (2012) « *Jalons pour une pratique psychocorporelle, structures, étayage, mouvement et relation* ». Édition Erès. p.17-35, 51-65
- HAOUZIR S, BERNOUSSI A. (2010). « *Les schizophrénies* ». 2ème édition, Armand Colin.
- NASIO J.-D (2013). « *Mon corps et ses images* ». Petite bibliothèque Payot.
- NASIO J.-D (2001). « *Le plaisir de lire Freud* ». Édition Payot
- PEDINIELLI J. –L, GIMENEZ G. (2009). « *Les psychoses de l'adulte* » 2ème édition, Armand Colin, p.13-94
- PIREYRE E.W. (2015). « *Cas pratiques en psychomotricité* ». Dunod p.70-83, 205-219
- POLLET-VILLARD L. (2012) « *Schizophrénie et Psychomotricité. Le cas d'une U.M.D.* » Mémoire de psychomotricité.
- POTEL C. (2012). « *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir.* » Erès édition.
- POUPART F. (2014). « *Hommage à Gisela Pankow* ». *Psychothérapies*, volume 34. Édition Médecine & Hygiène p.51-58
- POUS G. (1995). « *Thérapie corporelle des psychoses* ». L'Harmattan p. 29-36, 50-53, 111-112.
- ROBERT-OUVRAY S. (1997). « *Intégration motrice et développement psychique* » Paris, Édition Desclée De Brouwer.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALABARET J-M. (2015) « *Manuel d'enseignement de psychomotricité* » volume 1. Édition de Boeck Supérieur. p. 161-181
- SIOUVE C. (2017) « *Les altérations des modalités corporelles dans l'interaction à l'autre chez le sujet avec un TSA : l'accompagnement dans le cadre d'une prise en soins en psychomotricité.* » Mémoire de psychomotricité.

Table des matières

SOMMAIRE.....	3
Introduction.....	4
PARTIE THÉORIQUE.....	6
CHAPITRE 1 : Petit à petit le corps fait son nid.....	6
I) Le concept d'étayage, différentes définitions.....	7
1) Définition générale.....	7
2) L'étayage dans la psychanalyse.....	8
3) L'étayage pédagogique.....	8
Conclusion.....	11
II) La construction d'une corporéité et son investissement dans le développement de l'enfant.....	12
1) Le développement sensori-moteur de Bullinger.....	12
2) Les étapes du corps.....	14
a- Le corps subi.....	14
b- Le corps vécu.....	15
c- Le corps perçu.....	16
d- Le corps représenté.....	17
e- Le corps maîtrisé.....	17
f- Le stade du miroir.....	17
III) Nécessité de l'étayage dans le développement de l'enfant.....	19
1) Winicott et la mère suffisamment bonne.....	20
2) Bion : éléments Alpha, Bêta et la capacité de rêverie de la mère.....	21
3) Le holding moteur et psychomoteur.....	22
4) L'accordage affectif de Stern.....	23
Conclusion.....	23
IV) Les barrages à l'investissement du corps.....	24
1) Les périodes sensibles.....	24
2) Les troubles du spectre autistique.....	25
3) Les troubles psychomoteurs.....	26
4) Les troubles repérables sur un plan organique.....	27
5) La psychopathologie.....	27
a- La névrose d'angoisse.....	27
b- La névrose hystérique.....	27
c- La névrose phobique.....	27
d- La névrose obsessionnelle.....	28
e- Les états dépressifs.....	28
f- L'anorexie mentale.....	28

Conclusion.....	29
CHAPITRE 2 : La schizophrénie chez l'adulte.....	30
I) Définitions et caractéristiques.....	31
1) La psychose, définition générale.....	31
2) Sémiologie de la schizophrénie.....	31
a- Les symptômes positifs.....	31
b- les symptômes négatifs.....	32
c- La désorganisation.....	33
3) Classifications internationales et diagnostic.....	33
a- Les sous-types de la schizophrénie.....	34
b- Description des symptômes principaux.....	35
c- Les angoisses schizophréniques.....	36
II) Qu'en est-il pour l'unité corporelle et le rapport au corps ?.....	37
La schizophrénie hébéphrénique.....	38
Le syndrome dissociatif.....	38
III) Les répercussions sur l'investissement du corps.....	39
1) Les traitements.....	39
2) Sur-investissement, désinvestissement, empêchement.....	41
3) Les troubles de l'activité motrice.....	41
a- Le ralentissement psychomoteur.....	42
b- L'apragmatisme.....	42
c- Les stéréotypies gestuelles.....	42
d- Le maniérisme.....	42
e- L'échopraxie.....	43
f- Les gestes auto et hétéro-agressifs.....	43
Conclusion.....	43
CHAPITRE 3 : Corporéité, psychomotricité et schizophrénie.....	44
I) Le corps en psychomotricité.....	46
1) Le tonus.....	46
2) Le dialogue tonico-émotionnel.....	47
3) L'image du corps.....	48
4) Le schéma corporel.....	49
5) Corps réel, symbolique et imaginaire.....	50
II) Le bilan psychomoteur : un outil pour appréhender le corps.....	51

III) Le corps du psychomotricien : ses enjeux, ses limites.....	53
IV) L'étayage en psychomotricité dans la schizophrénie.....	55
1) Le dialogue tonico-émotionnel du psychomotricien.....	56
2) Le holding psychomoteur.....	57
3) Le psychomotricien en figure d'attachement.....	57
4) La fonction alpha du psychomotricien.....	58
Conclusion.....	58
V) Quels outils utilisables en séance de psychomotricité ?.....	59
PARTIE CLINIQUE.....	61
I) Présentation du lieu de stage.....	62
II) Annie B.....	63
a- Anamnèse.....	63
b- Du point de vue cognitif.....	64
c- Du point de vue thymique et comportemental.....	64
d- Bilan infirmier.....	65
e- Projet de soin de l'établissement.....	65
III) La psychomotricité.....	66
1) Bilan psychomoteur.....	66
2) Axes de prise en soin en psychomotricité.....	67
3) La 1 ère rencontre.....	68
4) Mise en place des séances yoga-détente.....	68
5) Suivi de la prise en soin.....	69
6) Arrêt de la médiation Yoga.....	71
7) Sa place dans le groupe.....	73
8) Observations complémentaires.....	73
V) Réflexion et perspectives.....	74
CONCLUSION.....	76
Bibliographie.....	79