



HAL
open science

Avoir un corps, être un corps : la corporéité à l'épreuve de la schizophrénie

Camille Perez-Ferrer

► To cite this version:

Camille Perez-Ferrer. Avoir un corps, être un corps : la corporéité à l'épreuve de la schizophrénie. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03322995

HAL Id: dumas-03322995

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322995>

Submitted on 20 Aug 2021

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'Etat de Psychomotricien

Avoir un corps, être un corps : la
corporéité à l'épreuve de la
schizophrénie

PEREZ-FERRER Camille
Née le 17 janvier 1992 à Sarlat-la-Canéda

Directeur de mémoire : Monsieur MAIREY

Mai 2021

*« C'est dans la maladie que nous nous rendons
compte que nous ne vivons pas seuls, mais
enchainés à un être différent, dont les abîmes nous
séparent, qui ne nous connaît pas et duquel il est
impossible de nous faire comprendre : notre
corps »*

*Marcel PROUST – « Le côté de Guermantes. A la
recherche du temps perdu »*

Remerciements

Merci à Anne DONGUY, ma directrice de stage. Merci pour la parole libre et libérée, les conseils, l'expérience, la posture professionnelle et la transmission. Merci pour la bienveillance, la sensibilité et le respect.

Merci à tous les soignants de l'institution auprès de qui j'ai pu trouver beaucoup d'écoute, de partage et de conseils.

Merci à Monsieur MAIREY, mon directeur de mémoire pour l'accompagnement tout au long de l'écriture et l'espace de liberté. Merci aussi pour la confiance.

Merci à tous les professionnels rencontrés tout au long de mon parcours et toutes les transmissions précieuses, la disponibilité et l'écoute.

Merci à mes amies et camarades de classe pour ces deux années passées à leurs côtés, riche en partages, rires et confidences. Merci pour le soutien et la présence.

Merci à Doris PROVOST, amie depuis tant d'années déjà et psychologue sociale, pour la présence quotidienne, les rires, l'amitié et les voyages. Merci aussi pour les heures de conseils et de relecture.

Merci à Thomas GONTIER, éducateur spécialisé et ami fidèle. Merci pour le soutien à toute épreuve, l'écoute attentive et réconfortante, la bienveillance et la complicité.

Merci à Nour et Jean-François BOULNOIS, employeurs et amis qui me permettent de garder le cap. Merci pour les sourires, les bêtises et la poésie.

Merci à Quentin LAUNE pour ses talents artistiques. D'avoir su percevoir dans les mots des pensionnaires un état, une émotion et de l'avoir retranscrit en image. Merci aussi pour l'amitié.

Un grand merci à mes amis qui, par leur présence, leurs rires et leurs confidences, m'apportent au quotidien beaucoup de joie et de douceur.

Un remerciement tout particulier à ma famille pour toutes les années de soutien, d'accompagnement et d'écoute. Merci pour l'amour, les racines et les ailes.

Sommaire

<i>Introduction</i>	1
<i>Partie théorique</i>	3
I. ETRE UN CORPS, AVOIR UN CORPS	4
II. AU CŒUR DE LA SCHIZOPHRENIE	21
III. L'UNITE CORPORELLE A L'EPREUVE DE LA SCHIZOPHRENIE	40
<i>Partie clinique</i>	53
IV. UN AVENIR EN CO-CONSTRUCTION	54
V. LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE	61
VI. ETUDE DE CAS – Mme M	69
VII. UNE PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE GROUPELE EN PSYCHOMOTRICITE	80
<i>Conclusion</i>	87
<i>Bibliographie</i>	89
<i>Annexe 1</i>	93
<i>Annexe 2</i>	95
<i>Annexe 3</i>	96
<i>Annexe 4</i>	97

Introduction

Le secteur de la psychiatrie m'a toujours passionnée tant au niveau de la richesse des rencontres, des spécificités de chaque personne que sur ce temps à part du temps, ce monde dans le monde. Un monde entre curiosité et désir de compréhension.

Au centre de réadaptation et de réhabilitation psychosociale pour les jeunes de 18 à 30 ans atteints de troubles psychiques graves où j'ai effectué mon stage, j'ai trouvé une belle équipe, riche de nombreuses personnalités et de partage de connaissances. Un lieu d'expression silencieux ou criant qui reflète la part mystérieuse du monde.

Dès le début de mon stage, j'ai pu expérimenter ce que chaque patient vit à son arrivée : l'errance. Cela s'est avéré à la fois très déstabilisant, me sortant de ma zone de confort, et riche d'expériences et de recherches de mes ressources personnelles. Ma directrice de stage m'offrant alors l'espace d'aller à la rencontre de l'institution, des soignants et des pensionnaires en n'ayant aucune connaissance de leur pathologie et de leur parcours de soin. Autrement dit, **au plus près de l'individu.**

Malgré mes lectures, je me suis sentie novice et sans connaissance face aux pensionnaires du foyer, comme démunie. Cherchant ce que je pouvais dire, ne pas dire, essayant de me positionner sans paraître « bizarre », me demandant sans cesse comment ne pas les ébranler, les intruser. J'avais l'impression de ne servir à rien, d'être simplement là et de ne pas savoir quoi faire. Etymologiquement, le mot « *rien* » vient du latin « *res* » qui signifie « *chose* ». Ainsi, ne rien faire c'est déjà faire quelque chose. Cette idée s'est avérée très réconfortante et m'a permis d'être plus naturelle dans ma rencontre avec l'autre. Dans l'institution, « l'étrangeté » devient la nouvelle norme et me voici à la place d'étrangère.

La schizophrénie est un thème souvent abordé dans les médias, les films ou encore la littérature. La personne atteinte de schizophrénie y est souvent dépeinte comme faisant peur, associée à la violence et à la dangerosité voire à la psychopathie. Entre mythes, réalités, curiosités et peurs. Nos représentations sociales de la schizophrénie ont la peau dure. En effet, selon une étude, les personnes atteintes de troubles schizophréniques sont considérées comme « *dangereuses, agressives, effrayantes, déraisonnables, incompetentes, responsables de leur maladie et ayant un manque de contrôle sur elles-mêmes* » (Schulze, 2003).

La schizophrénie est une **pathologie complexe** avec de multiples répercussions tant au niveau personnel qu'aux niveaux social, professionnel ou familial. Elle se traduit par des

symptômes très hétérogènes en fonction des patients et de leur parcours de soin qui participent à faire de la schizophrénie une pathologie envahissante, aussi bien pour le patient que pour son entourage, souvent impuissant. Pour Delion, le vécu des schizophrènes « *est marqué du sceau des angoisses archaïques – tomber sans fin, couler, être troué, écorché, exploser...* ». Ces dernières « *influençant la constitution de l'image du corps* » (Delion, 2002, p. 15).

**Comment la corporéité et l'image du corps sont affectées dans la schizophrénie ?
Et comment le psychomotricien pourrait proposer une prise en charge tendant vers une
réorganisation psychocorporelle ?**

Le patient atteint de schizophrénie semblerait avoir une corporéité et une image du corps altérées. Ce trouble de l'image se manifeste notamment autour des angoisses archaïques (morcellement, liquéfaction, sentiment de perte de soi...) qui induisent une désorganisation corporelle importante et une faible estime. Nous observons également des troubles psychomoteurs liés à cette pathologie. Le vécu corporel de ces patients semble particulier, différent du nôtre et parfois très angoissant voire anéantissant.

La psychomotricité, de par son étayage psychocorporel, permet au patient de revivre en séance ses fragilités, d'expérimenter par le corps, c'est-à-dire de sentir et de percevoir des éprouvés corporels. Le but ici étant de retrouver une certaine unicité du corps et donc une représentation des limites corporelles. Le psychomotricien accompagne le patient en apportant de la contenance, de la bienveillance et un partage afin de guider la personne vers une réappropriation corporelle, une réorganisation psychocorporelle.

Dans une première partie, j'illustrerai la notion de corporéité et comment celle-ci se construit chez le tout petit en lien avec un environnement sécurisé et étayant. Ensuite, je présenterai la pathologie schizophrénique de manière générale. Je terminerai cette partie théorique en présentant l'impact de la schizophrénie sur la corporéité de manière générale et sur les représentations corporelles en particulier, en faisant des liens avec la clinique.

Dans une partie clinique, j'exposerai mon lieu de stage ainsi que ma place de stagiaire. Dans un deuxième temps, j'aborderai les notions clés qui font parties de la boîte à outils du psychomotricien. Je présenterai ensuite une étude de cas. Mon écrit se terminera par une proposition de prise en charge groupale en psychomotricité.

Partie théorique



*« Détruis-toi pour te connaître.
Construis-toi pour te surprendre.
L'important n'est pas d'être.
Mais de devenir. »*

Franz Kafka

I. ETRE UN CORPS, AVOIR UN CORPS

A. C'est quoi un corps ?

1. Un peu d'histoire

D'après le dictionnaire Universalis, le corps serait « *la partie matérielle de l'être humain, par opposition à l'esprit, à l'âme* », le Larousse ajoute « *en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur* ». Encore aujourd'hui dans les définitions communes, nous pouvons observer que ce clivage corps/esprit est présent et qu'il est ancré dans l'histoire.

En effet, ce débat ne date pas d'hier et a longuement été discuté, notamment en philosophie. Mais cela n'a pas toujours été le cas. Ainsi, dans la langue d'Homère, il n'existe pas de mot pour désigner le corps en tant qu'entité séparée de l'âme. Le corps est une totalité visible et vivante dont on prend le plus grand soin à l'époque de la Grèce Antique (8^e siècle avant J.C). En revanche, dans la pensée occidentale, le point de vue est tout autre et l'attention portée au corps se fera en terme de pureté. Le corps, siège de la corruption et de l'impur, est soumis à des besoins, des envies et des passions qui entravent la vie de l'individu. Il s'agit de rendre pur ce qui ne l'est pas. C'est d'ascétisme dont il est question. Il faut mettre le corps de côté et se couper du monde du sensible. Ainsi, nous assistons ici à un clivage corps et esprit. C'est Platon qui incarne cette tendance. Pour lui, l'âme est trompée par le corps et l'Homme est esclave des soins que le corps exige. Descartes appelle cela la pensée pure et cela implique de se couper de son corps.

C'est avec Spinoza au 17^e Siècle que cette notion de dualisme évolue. « *L'âme et le corps sont un seul et même individu* » (Spinoza, l'Ethique, 1677). L'Homme est à la fois corps et âme et est soumis à des appétits (tendance instinctuelle d'autoconservation), des désirs (appétits conscients) et au principe de volonté (choix de produire tel ou tel comportement).

Ce clivage corps/esprit est dépassé en psychomotricité, et elle en est même le contre-exemple. En effet, ce **monisme corps/esprit est acquis, entendu, revendiqué.**

« *La définition du corps recouvre des sens très différents. Du corps disséqué de l'anatomiste au corps morcelé du schizophrène, du corps physiologique du biologiste au corps exalté de l'hystérique, du corps numérisé des imageries médicales à la « Fiancée juive » de Rembrandt, les écarts sont immenses* » (Mornet, 2006, p. 23).

2. Mais, de quel corps parle-t-on en psychomotricité ?

A la fin des années 70, Le Boulch, médecin et psychorééducateur, se demande pourquoi constamment évoquer ce dualisme corps/esprit alors que **toutes les activités humaines mettent en jeu l'entièreté de l'individu**. En psychomotricité, corps et psyché ne font qu'un. L'individu existe, vit, perçoit, ressent, s'émeut, pense, expérimente, parle, s'exprime.

La notion de corps est centrale. Le patient, ainsi que le psychomotricien, viennent avec leur corps : il s'agit de **deux corps en présence**. Le corps devient alors un **espace privilégié de rencontre**. Il est le référentiel à partir duquel nous vivons toutes les expériences et allons à la rencontre de l'environnement et d'autrui. Les fonctions psychomotrices (espace, temps, image du corps, schéma corporel, tonus, latéralité, coordinations...) s'établissent au cours du développement de l'enfant et ont pour base le corps propre, organique. Grâce à toutes ces expériences personnelles, donc subjectives de la corporéité, nous établissons une forme de compréhension du monde. Le corps peut alors être considéré comme un **espace actif et expressif**. Nous agissons sur l'environnement et, en ayant une action dessus, nous le modifions. En retour, l'environnement agit sur nous et nous façonne. **Nous créons donc le monde à notre image** et nous sommes confondus avec lui. « *Le corps devient une carte d'identité. Il clame ce que l'on est, ou ce que l'on veut être* » (Potel, 2019, p. 53). La psychomotricité considère la **personne dans sa globalité et dans sa complexité**.

a. Le corps du patient

En séance de psychomotricité, le patient vient avec son corps et les problématiques associées. Il se présente avec ses qualités, ses défauts, son histoire et ses défenses. Lorsque le cadre et l'alliance thérapeutique sont sécurisés pour lui, il peut déposer de manière brute ce qui le traverse et le bouleverse. En psychomotricité, nous sommes **attentifs au corps du patient**, à ses changements toniques et posturaux, ses mimiques et ses regards. Il y a une **circulation permanente entre les mouvements du corps du patient, son tonus et sa vie psychique**.

b. Le corps du psychomotricien

Le psychomotricien, par son **engagement corporel**, est dans une relation particulière avec son patient, il est « *un corps référent et peut devenir support d'identification. Il peut alors devenir point de réception de la souffrance* » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 303). Grâce à son langage verbal (prosodie, rythmicité...) et non verbal (posture, mimiques...) il est au-devant de la scène. Il est **impliqué dans la relation** et fait preuve d'une certaine **qualité de présence**. Il

accueil et reçoit les problématiques de son patient, parfois indicibles, angoissantes ou bruyantes, les transforme et les lui renvoie de manière plus assimilable et moins angoissante.

Le thérapeute peut s'appuyer sur ses propres expériences corporelles vécues autant d'un point de vue personnel que professionnel. Tout au long de sa formation, l'élève en psychomotricité s'enrichit d'expériences et va à la rencontre de médiations qui deviendront de vrais outils thérapeutiques. Le psychomotricien est invité à **poursuivre ces explorations** et à mettre en jeu son corps. Toutes ces expériences constitueront pour lui un vrai répertoire, offrant à ses patients une **richesse de propositions thérapeutiques**, un étayage particulier et une contenance faisant appel au corps dans sa totalité physique et psychique. Grâce à la psychomotricité, le patient pourra trouver un étayage et expérimenter lui-même dans son corps. Anne-Marie Latour avance l'idée que « *pour penser quelque chose à partir de son propre corps, il est nécessaire de passer par la psyché d'un autre, qui pense à notre place* ». Le psychomotricien a donc une **fonction de contenance**, à la fois physique et psychique, qui s'appuie sur le cadre thérapeutique, sur des mises en situation corporelles, sur son propre engagement et sur les verbalisations.

« *Ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue* » (Ciccone, 2001).

c. Conclusion

Moyano introduit le **concept d'implication corporelle** qui serait « *la relation partagée entre le patient et le psychomotricien dans le cadre des séances* » (Scialom, Giromini, Albaret, 2015, p. 333). **La relation est au cœur de la thérapie psychomotrice**. Le patient utilise le thérapeute comme point d'appui à la relation et à l'expérimentation. De son côté, le thérapeute est engagé psychiquement et corporellement auprès du patient.

En psychomotricité, le corps est donc pensé dans sa globalité, **à l'interface de toutes les fonctions psychomotrices** : un corps vivant, tonique, en mouvement, un corps imaginaire, vécu, ressenti, symbolisé... L'expérimentation par le corps offre un large champ des possibles grâce à une sécurité physique et psychique garantie. Selon Merleau-Ponty, « *le corps propre est le médiateur des affects et le point de rencontre de toutes les expériences, de toutes les découvertes. [...] Il n'est pas un espace expressif parmi d'autres, il est à l'origine de tous les autres.* »

B. Une corporéité en construction

Le Larousse propose une **définition de la corporéité**. C'est le « *fait pour l'Homme d'être dans le monde, d'être regardé par autrui comme une personne, un être humain* ». En physiologie, la corporéité est le « *caractère de la perception visuelle qui permet l'impression de volume* » (CNRTL). En psychomotricité nous nous situons au carrefour de plusieurs disciplines. Le corps arbore différentes dimensions : corps anatomique, physiologique, corps érotique, corps réel, imaginaire, émotionnel, corps symbolique, corps social. (Vachez-Gatecel, 2019, p. 21).

Contrairement à ce qui a longtemps été pensé, le bébé n'est pas une page blanche (« *tabula rasa* » selon l'expression empruntée à Locke) sur laquelle s'imprime diverses expériences. Il **est un acteur** à part entière de son développement. Il naît avec des particularités, des compétences, des systèmes organisés et programmés pour sa survie, ainsi qu'un tempérament. **Il arrive au monde avec un bagage.**

Depuis la naissance, notre corps est le **premier instrument** avec lequel on se présente à l'autre et à l'environnement. Merleau-Ponty définit le corps comme le « *véhicule de l'être au monde* ». Notre corps est donc notre **premier moyen d'impression et d'expression** avant le langage et la conscience de soi.

1. Les compétences du nourrisson

a. L'équipement moteur

Il existe chez le tout petit de nombreux **réflexes archaïques** que l'on pourrait définir comme une motricité réflexe, spontanée et non volontaire. Ils sont présents de manière physiologiques chez le fœtus et au cours des premiers mois de la vie et traduisent un fonctionnement encore immature. Ils sont la trame de la motricité future, en lien avec les interactions précoces et relationnelles. Vers trois-quatre mois, la motricité réflexe s'estompe et laisse place à une motricité volontaire.

Chez le bébé, on note une **hypertonie des membres et une hypotonie du tronc**. Au fur et à mesure du développement, cette hypertonie tend à disparaître pour laisser place à un tonus de plus en plus adapté. Ainsi, les gestes et les mouvements deviennent de plus en plus fins, coordonnées et choisis, on parle alors de motricité volontaire. Au niveau de l'axe corporel, il y a une augmentation du tonus qui permet à l'enfant de redresser son tronc et sa tête en position ventrale et plus tard, de se tenir assis et debout. En grandissant, la motricité de l'enfant s'affine

et s'affirme grâce à un contrôle tonique de plus en plus fin et ajusté, ce qui lui permettra d'aller à la découverte de son environnement.

b. Compétences sensorielles

Les compétences sensorielles du tout petit, présentes dès la vie intra utérine, s'élargissent et deviennent plus fines au fur et à mesure de son développement. Elles **permettent au bébé d'entrer en contact avec son environnement**.

A la naissance, **le bébé vit son corps de façon morcelée**. Il est assailli d'une multitude de sensations dépourvues de sens. C'est l'entourage qui donne au bébé une représentation cohérente du monde et des événements en donnant une signification à ce qui lui arrive. Progressivement, il se construit une **unité corporelle**, qui lui permettra plus tard de se différencier du corps de ses parents et de se sentir unique.

Ces sensations sont de plusieurs ordres :

- **Extéroceptives** : informations provenant de l'extérieur et traitées par les sens.
- **Intéroceptives** : informations provenant de l'intérieur.
 - **Proprioceptives** : autrement dit, la sensibilité profonde (système vestibulaire responsable de l'équilibre et des coordinations).
 - **Viscéroceptives** : toutes les sensations venant de nos organes (gargouillements, palpitations...).

Les sens sont liés au corps de l'individu : **sans corps, pas de sensations**. Grâce à **l'enveloppe charnelle**, les sens se déploient et assurent une continuité entre les différentes sensations. « *Les modalités sensorielles permettent de recueillir des informations de l'univers environnant, de rester en contact avec lui et de s'ajuster* » (Scialom, Giromini, Albaret, 2015, p. 97). Progressivement l'enfant, aidé par son entourage, donnera du sens aux sens.

Le **toucher** est le premier sens à apparaître in utéro et persiste jusqu'à la fin de la vie. La peau, recouverte de récepteurs, est une zone d'échange et de contact, capable de recevoir des informations, de les transmettre et de les analyser. Il s'agit d'une enveloppe protectrice qui apporte un sentiment de globalité et d'unité corporelle. In utéro, le fœtus, baigné dans le liquide amniotique, ressent ses mouvements et ceux de sa mère. On parle de **stimulations vestibulaires**. Ce sens est mature à terme et donne des informations sur la position des membres et les déplacements dans l'espace. **L'olfaction et la gustation** sont liées et le fœtus a déjà des préférences gustatives. **L'audition** est achevée à environ quatre mois de vie intra-utérine. C'est

un organe de perception à distance qui a une fonction d'alerte et d'orientation, en lien avec le tonus. Il y a donc un ancrage corporel massif. **La vue** est le sens le plus immature à la naissance. Elle se développe progressivement et joue un rôle important dans le développement du bébé qui observe et imite. Le regard est un mode de communication soutenant et privilégié.

c. Compétences relationnelles

Dès les premiers mois de vie, le tonus permet au bébé de communiquer. Wallon développe la notion de **dialogue tonique**, enrichie par la suite par De Ajuriaguerra de la dimension émotionnelle donnant le terme de **dialogue tonico-émotionnel**. Le tonus est alors la toile de fond des émotions dans le dialogue non verbal entre le bébé et son entourage. Ce dialogue tonique permet « *les ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère* » (Scialom, Giromini, Albaret, 2015, p. 103).

Les comportements moteurs et les émotions de l'enfant le structurent et son corps est son terrain de jeu et d'expérimentation. L'alternance des états toniques (tension/détente) est nécessaire pour le développement et est liée aux rythmes fondamentaux de la vie (faim/satiété, veille/sommeil). Le tonus de l'enfant est un moyen pour lui d'entrer en relation. Le bébé et ses parents seront dans un **dialogue tonique permanent**. Progressivement, ces états de tension et de détente vont s'ajuster, se moduler et créer une **enveloppe tonique**. Il pourra développer un espace physique et psychique lui appartenant et définir des limites entre lui et les autres, un dedans et un dehors.

Dès la naissance, le bébé est capable, grâce aux nombreux équipements dont il hérite, **d'entrer en interaction**. Il s'agit là d'un élan de survie. Grâce à son tonus, ses regards, ses pleurs, ses cris, ses sourires et ses babillages, le bébé tente de dire quelque chose au monde qui l'entoure. Il y a un **partage affectif et émotionnel**. Les adultes devenus parents apprennent à décrypter les messages de leur bébé. Ainsi ils pourront ajuster leur comportement et les réponses proposées en fonction des besoins qu'ils auront interprétés.

2. Le développement, c'est étape par étape

Le développement de l'enfant n'est **pas linéaire**, il est fait de progression, de stagnation et de régression. Il n'est pas non plus uniforme et diffère d'un enfant à un autre.

a. Wallon : développement des compétences intellectuelles et de la personnalité

Wallon établit un **modèle de développement en six étapes**, de la naissance jusqu'à l'adolescence. Tantôt l'enfant est tourné vers le monde (orientation centrifuge) et déploie ses compétences intellectuelles, tantôt il est tourné sur lui-même (orientation centripète) et construit sa personnalité. **Le corps est donc à la base de toutes les interactions de l'enfant avec son environnement.**

Progressivement, grâce à ses compétences, ses expériences et l'environnement autour de lui, l'enfant développe sa personnalité et son système de pensées. Il peut développer la **notion d'espace**, d'abord physique, c'est-à-dire postural, sensoriel, locomoteur pour tendre vers un espace psychique où peuvent se construire des représentations mentales. Nous parlons ici de la **boucle sensation, perception et représentation** qui peut se construire grâce à un environnement étayant dans un **dialogue tonique** à l'objet. L'enfant passe du vécu corporel à la représentation mentale de son corps, « *de l'acte à la pensée* ».

b. Quand le corps subi devient le corps représenté

De Ajuriaguerra propose un **modèle de développement psychomoteur** en quatre étapes, de la naissance à douze ans, en lien avec la maturation tonique. Progressivement l'enfant prend conscience de son corps grâce aux expériences sensorielles et motrices qu'il réalisera dans un environnement donné.

- Le **corps subi** (de 0 à 3 mois) : la motricité est dite **réflexe et impulsive** (gestes explosifs et non orientés). La maturation tonique est encore hétérogène et l'enfant est **dépendant** de son entourage. Il exprime son vécu grâce et par son tonus, dans un dialogue non verbal.
- Le **corps vécu** (de 3 mois à 3 ans) : progressivement, l'axe corporel se met en place et la répartition tonique est de plus en plus homogène. Pendant cette période, l'enfant **explore et expérimente** au niveau sensitivomoteur. Les mouvements deviennent de plus en plus **intentionnels**.
- Le **corps perçu** (de 3 à 7 ans) : la motricité a un caractère de plus en plus **expressif** et la répartition tonique est beaucoup plus homogène. La fonction symbolique et le

langage se mettent en place et permettent à l'enfant de nommer les différentes parties de son corps. Il pourra aussi se décentrer de la perception seule et parler de son corps de manière plus symbolique.

- Le **corps représenté** (de 7 à 12 ans) : l'enfant va avoir une représentation mentale de son corps en mouvement.

3. Le corps dans l'espace et dans le temps

La perception de l'espace et du temps chez l'enfant se construit avec l'expérience corporelle, la maturation neuromotrice et neurosensorielle des expériences vécues et dépend de la qualité du développement psycho-affectif. « *L'espace et le temps sont des organisateurs du corps. [...] Ils donnent un cadre de référence à nos sensations, nos perceptions, nos mouvements et nos gestes* (Scialom, Giromini, Albaret, 2015, p. 247). En lien avec la construction de la corporéité, la structuration spatiale et temporelle s'organise en plusieurs étapes. La dépendance du bébé dans les premiers mois de sa vie l'empêche de se mouvoir de manière autonome et d'appréhender le monde des objets. Grâce à la maturation, il peut se détacher progressivement de son entourage et explorer lui-même l'environnement, faire ses propres expériences.

Corporellement, il y a une maturation de l'investissement du corps. Bullinger évoque **l'espace d'abord oral** avec les stimulations buccales lors de la tétée qui permettent au bébé d'intégrer la perception d'un dehors et d'un dedans liée à l'alimentation. **L'espace du buste** se fait lors du portage avec le parent et la prise de conscience d'un espace avant, stimulé par les échanges de regards, et d'un espace arrière, stimulé par le portage. **L'espace du torse** avec les premières coordinations qui vont s'affiner et un traitement de l'information rassemblée autour de l'axe corporel avec une intégration des deux côtés du corps. Pour finir, l'enfant va investir **tout l'espace du corps** dans les coordinations de déplacement telles que le rampé, le quatre pattes et, plus tard, la marche.

Il y a donc progressivement une **unification du corps** dans les déplacements et dans l'exploration de l'environnement. L'investissement de l'espace **part du corps propre pour aller explorer l'espace extracorporel**.

La structuration temporelle s'établit en plusieurs étapes et le **rapport au temps** aide l'enfant à mettre du sens sur ce qu'il vit et à avoir une certaine compréhension du monde. Une structuration temporo-spatiale de bonne qualité permet à la personne de s'adapter, de s'ajuster dans l'espace et dans le temps et d'entrer en contact avec autrui. Avant sa naissance, le bébé

évolue dans une temporalité qui lui est propre. Il fait partie d'une famille, d'une génération et d'une culture.

4. Conclusion

Grâce à l'évolution de ses équipements, à la maturation neurologique et aux expériences sensori-motrices, l'enfant va pouvoir sentir, ressentir et se construire en s'appropriant les expériences qu'il vit. La construction et le développement d'une **corporéité harmonieuse** est un long chemin constitué de différentes étapes et de nombreux remaniements. Le sentiment d'unité corporelle se base à la fois sur les capacités de l'enfant, sur les relations qu'il entretient avec son entourage et sur la qualité des réponses données. L'individuation corporelle et psychique passe par une différenciation psycho-affective de l'enfant vis-à-vis de son entourage.

Progressivement, l'enfant va prendre conscience de son corps, va pouvoir le faire sien et l'habiter. Le système relationnel qui entoure l'enfant va avoir un impact sur la manière dont l'enfant va investir son petit monde. Ainsi, **sa vie émotionnelle, affective et relationnelle façonne cet être en devenir**. « *Le sentiment qu'à l'enfant d'habiter son corps repose à la fois sur des activités qui impliquent son corps tout entier et sur la manière dont son entourage s'occupe de lui* ». (Winnicott, 1996, p. 63).

C. Un corps en relation

« L'existence de soi en tant que sujet, ne préexiste pas, elle réclame une altérité pour se révéler » Albert JACQUARD

Pour se développer, l'enfant a besoin de l'autre. Les travaux de Spitz sur l'hospitalisme et ceux d'Harlow sur la relation affective, qui prime par rapport à la relation purement nourricière, ont acté le fait qu'un enfant a besoin d'un environnement sûr et aimant pour grandir. Un **environnement suffisamment bon pour se construire en harmonie**. « *Nous n'avons pas toujours été conscients d'avoir un corps bien à nous. Porté, baigné, objet de tous les soins de notre mère, ce sentiment est venu petit à petit. [...] Si elle s'éloignait trop longtemps de nous, le désarroi nous saisissait et nous pouvions éprouver des peurs terribles : être en morceaux littéralement, être anéanti* » (Potel, 2019, p. 76). Grâce au contact avec autrui, l'individu construit ses propres représentations corporelles et l'idée d'un corps unique.

1. Tonus, émotions et relation

Nous pouvons définir le tonus comme un **état de légère tension des muscles au repos**. Cet état permanent et non volontaire permet à la personne de lutter contre la pesanteur et de maintenir une posture en équilibre statique ou dynamique. Grâce aux sens, l'individu modifie sa posture et s'ajuste aux informations de l'environnement. « *Le tonus, en lien avec la proprioception, participe de la sensation interne du corps propre, de la perception et de la conscience de soi* » (Scialom, Giromini, Albaret, 2015, p. 172).

Au départ, le bébé « *montre une répartition tonique très déséquilibrée* » (Scialom, Giromini, Albaret, 2015, p. 37), mais le tonus devient de plus en plus équilibré, pour atteindre « *un niveau « normal » vers trois ans* ». Les premières relations du bébé dans le ventre de sa mère sont essentiellement de nature sensorielles et toniques. Le bébé ressent les mouvements de la mère et, en retour, le bébé envoie des messages toniques que la mère va ressentir. A la naissance, il y a une rupture de ce contenant et donc de la sécurité avec l'apparition des premières angoisses archaïques.

Dès le début, le **tonus est au centre des premières interactions relationnelles**. Pour Wallon, le bébé est un être inachevé à la naissance car il est dans l'incapacité de se débrouiller seul. Il appelle cet état de dépendance relationnelle et physique, la « **néoténie** ». Le bébé n'a pas conscience de son corps, il n'est que **corps en relation**. Grâce à son tonus, il pourra communiquer ses états internes à son entourage qui les interprètera et amènera une réponse. C'est le premier canal de communication entre le bébé et son entourage proche. De Ajuriaguerra parle alors de **dialogue tonico-émotionnel** qui « *jette le sujet tout entier dans la communication affective et ne peut avoir comme instrument à sa mesure qu'un instrument total : le corps* ».

Les réponses apportées à l'enfant sont en lien direct avec la capacité de contenance psychocorporelle de cet entourage. La mère perçoit l'état tonique de son enfant et, en retour, ce dernier ressent également la tonicité de la personne qui le porte et s'en imprègne. « *Le bébé associe la tension avec la satisfaction qui arrive, puis avec l'autre et il en fait un moyen d'échange et de contact* » (Robert-Ouvray, 1997, p. 159). Progressivement, l'enfant va se construire son propre espace corporel et psychique. Lorsque son tonus est « défailant », cela peut être le fruit d'un manque de contenance psychocorporelle. L'enfant construirait alors une sorte de « *seconde peau musculaire* », décrite par Bick en 1967, une sorte de cuirasse tonique.

2. Le développement psychoaffectif

Tout au long de la grossesse et dans les premiers mois de vie du bébé, la mère se trouve dans un état particulier que Winnicott appelle la « *préoccupation maternelle primaire* ». Il s'agit d'un portage psychique dû à une sensibilité accrue de la mère pendant cette période. Le **système d'attachement se construit** grâce à une impulsion biologique liée aux changements hormonaux. L'enfant va développer des stratégies adaptatives en fonction de la réponse qu'il reçoit. Selon Anzieu, l'attachement est un « *facteur essentiel du développement affectif, cognitif et social* » (Anzieu, 2006, p. 49).

Les **parents** sont ainsi repérés comme étant une **base de sécurité** sur laquelle l'enfant peut compter, se reposer et avoir confiance pour explorer et expérimenter. Ces expériences sensorimotrices réalisées dans un espace-temps particulier vont permettre à l'enfant de se construire des représentations corporelles.

L'enfant est baigné dans des éléments sensoriels souvent confus et morcelés. Bion évoque l'existence d'une **capacité de rêverie maternelle**, un « *état d'esprit réceptif à tout objet provenant de l'objet aimé, capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises* » (Geissmann, 2001, p. 84-85). Le développement psychique de l'enfant dépend à la fois de ses compétences et de l'environnement, mais aussi de la vie psychique de la figure maternelle, un appareil à penser les pensées. L'attention de la mère est tournée vers les besoins de l'enfant, et « *elle détouille le monde, le rend compréhensible* » (Geissmann, 2001, p. 131).

En effet, dans un premier temps, l'enfant n'est pas capable de se représenter ses propres comportements et d'y mettre du sens, il a besoin du regard de l'adulte et de la symbolisation par les mots. Les comportements de « *handling* » et « *holding* » vont l'aider à symboliser. « *L'insuffisance des réponses de l'entourage aux besoins psychiques du bébé entraîne des troubles de la différenciation du Moi et du non-Moi* » (Anzieu, 2006, p. 48).

L'environnement a donc **plusieurs fonctions**. Lorsque Winnicott parle de « *holding* », cela fait référence à la façon dont l'enfant est porté, à la fois corporellement et psychiquement et qui permet de contenir ses angoisses. La qualité du portage et la régularité des réponses donnent à l'enfant un sentiment de contenance qui participe au sentiment de sécurité. Le « *handling* » renvoie à une dimension plus pratique et active qui correspond à « *la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné dans les soins quotidiens* ». Dans cette relation de soins, on note un échange émotionnel et affectif qui participe au développement psychique de l'enfant. Le bébé

s'en imprègne, cela va lui permettre progressivement de se constituer une enveloppe, une « *peau* » selon Anzieu qui permet la construction de l'identité.

Pour illustrer cette idée de projection d'éléments désorganiseurs du bébé vers ses parents, Bion parle des **éléments alpha et béta**. L'enfant, encore immature, projette sur ses parents des **éléments béta**, c'est-à-dire des éléments « *chargés d'affects sans signification, qui n'appartiennent pas au domaine de la pensée, un sombre chaos de particules sauvages* » (Geissmann, 2001, p. 105). Les parents reçoivent ces éléments béta confus et morcelés et y donnent du sens, c'est la **fonction alpha**. Il s'agit de la capacité à « *accueillir les impressions sensorielles et les émotions exprimées à l'état brut (éléments béta) pour les transformer en éléments alpha* » (Scialom, Giromini, Albaret, 2015, p. 331). L'enfant peut alors les assimiler, grâce à l'adulte qui lui prête son psychisme, et en faire une expérience. Ce sont les prémices de la pensée, les premières formes de représentations. Les pensées de l'enfant peuvent se déployer et l'excitation est limitée sans ses effets désorganiseurs.

Selon De Ajuriaguerra, le bébé, soumis à toutes les afférences extérieures et sa grande curiosité est constamment en éveil dans « *un état d'alarme tonique* », ce qui lui permet de « *réagir à tout stimulus externe* » (Robert-Ouvray, 1997, p. 158). La mère joue donc un **rôle de pare-excitation**.

3. Quand l'enfant sort de sa chrysalide

La peau représente 20% du poids total du corps d'un bébé à sa naissance et 18% chez l'adulte. Cette surface est extrêmement riche en capteurs et reçoit une multitude de sensations, directement liée aux organes sensoriels. Les soins que les parents donnent au bébé le plongent dans un bain de sensations. La peau est la première zone de contact avec le monde extérieur, le bébé sera, « *tenu dans les bras, serré, porté, bercé, frotté, lavé, caressé, le tout généralement accompagné d'un bain de paroles et de fredonnements* » (Anzieu, 1985, p. 57). Grâce à ça, il pourra petit à petit se différencier et intégrer son corps, différent de celui qui s'occupe de lui et parvenir ainsi à « *la notion d'une limite entre l'extérieur et l'intérieur [...]. Ce sentiment de base lui garantit l'intégrité de son enveloppe corporelle* » (Anzieu, 1985, p. 59-60).

L'enveloppe corporelle permet de **filtrer les stimulations de l'intérieur et de l'extérieur**. Ces stimulations sont en lien direct avec la perception qu'un individu a de son corps, autrement dit, son **image du corps**. Cette dernière est donc en perpétuel mouvement car le sujet subit en permanence des afférences. « *Se toucher, se voir, se sentir, se goûter, s'écouter sont les préalables indispensables avant de pouvoir se penser pensant* » (Anzieu, 1994).

Anzieu définit le « *Moi-peau* » comme étant une « *figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (Anzieu, 1995, p. 61). Grâce à cette peau et aux sensations, l'enveloppe corporelle peut s'établir et « *assurer le maintien global du corps* » (Anzieu, 1985, p. 38) tout en étant en permanence en interaction avec l'environnement. Nous donnons à voir aux autres ce que nous sommes par l'intermédiaire de cette peau et, en retour, nous recevons des informations que nous traitons afin de nous ajuster au mieux.

C'est un équilibre fragile et délicat assuré par **neuf fonctions**. Le bébé intériorise le portage parental (holding) grâce à la *fonction de maintenance* du psychisme pour ensuite se sentir contenu de manière autonome. La *fonction contenante* se met en place grâce aux soins corporels prodigués en fonction des besoins de l'enfant (handling) et tout ce qui entoure ces moments (jeux, gestes, paroles...) et qui va permettre à l'enfant d'être protégé des afférences extérieures. Les parents assurent une *fonction de pare-excitation*, de protection contre les agressions et l'excès de stimulations, mais aussi une *fonction d'individuation* qui permettra à l'enfant de se sentir unique et de l'affirmer. La *fonction d'intersensorialité* permet aux sensations d'être reliées entre elles et d'assurer une cohérence. La présence de nombreuses zones érogènes permet la *fonction de soutien de l'excitation sexuelle*. La *fonction de recharge libidinale* aide au maintien de la tension énergétique interne. Nous observons aussi une *fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles* lorsque des blessures apparaissent sur le corps (coupures, brûlures...) laissant des cicatrices. Enfin, Anzieu note aussi une *fonction d'autodestruction* qui serait liée aux maladies de manière générale.

Les enveloppes psychiques vont s'établir sur la base de cette enveloppe corporelle. Le psychisme de l'individu n'est pas maintenu lorsqu'une ou plusieurs de ces fonctions sont altérées ou défaillantes. **Certaines sont fragilisées dans la psychose.**

4. Se séparer pour s'individuer

Au départ, le bébé et l'environnement ne font qu'un. « *Progressivement, le processus de séparation du non-moi et du moi s'accomplit. Les changements les plus importants s'effectuent dans le mouvement qui éloigne l'enfant de la mère, celle-ci devenant ainsi une composante objectivement perçue de l'environnement* ». De ce fait, « *le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère* » (Winnicott, 1971, p. 203-204). L'enfant accède alors à l'idée du Je. La séparation permet l'individuation. Anzieu va plus loin et évoque la présence d'un « *miroir sonore* » qui se

trouverait à des stades antérieurs. Il parle alors d'une « *peau auditivo-phonique* » qui aiderait à « *l'acquisition de la capacité de signifier, puis de symboliser* » (Anzieu, 2006, p. 184).

Lacan évoque le **stade du miroir** comme un moment dans le développement qui permettrait à l'enfant d'accéder progressivement à l'individuation. En effet, c'est en se voyant en **reflet dans le miroir**, porté par sa mère, que l'enfant prend conscience qu'il est une personne unique, différente de sa mère. Ce stade se situe entre **6 et 18 mois** et « *contribue à la formation de l'identité* » (Pireyre, 2015, p. 43). Pour Winnicott, il existerait une phase antérieure, « *celle où le visage de la mère et les réactions de l'entourage fournissent le premier miroir à l'enfant, qui constitue son Soi à partir de ce qui lui est reflété* » (Anzieu, 2006, p. 184).

5. Conclusion

L'enfant peut s'approprier son corps grâce à la présence d'autrui. De la naissance à la fin de l'adolescence, les parents veillent en principe à ce que leur enfant devienne de plus en plus autonome. Dans cette progression, le corps est central. Les pairs joueront aussi un rôle dans cette appropriation corporelle.

S'attacher est essentiel mais se détacher l'est tout autant. C'est grâce à l'attachement que l'enfant peut ensuite se détacher. Il passe alors de la fusion à la distanciation et l'environnement autour de lui l'aide dans cette accession à la singularité.

D. Image du corps, schéma corporel et représentations corporelles

« *Se sentir réel, c'est plus qu'exister, c'est trouver un moyen d'exister soi-même, pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre.* » Winnicott, 1971.

Les **premières représentations corporelles émanent de nos émotions et sensations, en lien avec le tonus et l'environnement**. Toutes les représentations partent du corps de l'individu dans toutes ces dimensions et la construction du schéma corporel et de l'image du corps participe à l'individuation du sujet.

Les notions de schéma corporel et d'image du corps sont éminemment liées. Elles se différencient sur le plan des définitions et du vécu corporel mais sont **complémentaires**.

Nous avons tous une représentation de notre corps qui se construit en fonction de nos expériences, qui réagit en fonction des situations, un savant mélange entre ce que nous sommes,

ce que nous faisons et ce que nous donnons à voir. Nous avons donc à la fois une connaissance **objective** de notre corps, grâce aux sensations et aux mouvements, teintée par ce que nous ressentons. Et nous possédons une image de notre corps, qui se veut davantage **subjective** et propre à chacun. Cette image persiste au-delà du mouvement et du moment présent.

Après une première formulation par Bonnier en 1893, c'est en 1911 que se confirme la **notion de schéma corporel**. Pour Head et Holmes, les informations sensorielles reçues sont stockées sous forme d'impressions au niveau du cortex sensoriel. Ces impressions sont pour la plupart inconscientes, mais peuvent parvenir à la conscience du sujet sous forme de schémas, de « *modèles organisés de nous-même* » (Jeannerod, 2010, p. 187). Ce serait alors **le sentiment, la conviction que nous sommes pourvus d'un corps propre** lié à un espace corporel. Avoir un corps, c'est avoir un organisme et des champs d'action, de potentialité.

De Ajuriaguerra et Hécaen prolongent ces recherches et font la différence entre « *des troubles relevant de l'atteinte de la somatognosie* » (terme plus général qui définit la connaissance du corps), tels que l'hémisomatognosie ou le membre fantôme, et « *des troubles plus complexes relevant de l'atteinte d'une image de soi dépassant le niveau du corps proprement dit* » (Jeannerod, 2010, p. 187). En 1970, De Ajuriaguerra propose alors une définition du schéma corporel plus aboutie qui serait la « *construction active, basée sur des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, réalisant une synthèse dynamique qui fournit aux actes et aux perceptions un cadre spatial de référence* » (Boutinaud, 2017, 149). Pireyre énonce aujourd'hui la notion de « *somato-viscérale* » ou de « *sensorialité* ».

Le schéma corporel se met en place dans les douze premières années de vie mais évolue tout au long de la vie en fonction des événements et des expériences. L'unification de toutes les sensations et perceptions se fait progressivement et va permettre à l'individu d'avoir accès à des **représentations corporelles**.

Le premier auteur à parler d'image du corps est Schilder en 1935, mais une confusion persiste entre les notions d'image du corps, de schéma corporel et de modèle postural du corps.

Ultérieurement, Dolto complète les apports de Schilder et ancre le concept d'image du corps dans la psychanalyse en l'associant au domaine de l'inconscient. L'image du corps serait alors « *personnelle, liée à l'histoire du sujet et à son vécu relationnel, et inconsciente, mais possiblement préconsciente quand elle s'associe au langage* » (Boutinaud, 2017, p. 151). Le schéma corporel, « *notre vivre charnel au contact du monde physique* » est commun à l'espèce

humaine. Il est « *l'interprète de l'image du corps* » car il permet « *l'objectivation d'une intersubjectivité* » (Dolto, 1984, p. 18).

L'image du corps se développe dans la prime enfance bien que Dolto parle « *d'image du corps fœtale* ». Elle s'enracine chez l'individu à partir du stade du miroir, entre 6 et 18 mois environ, décrit initialement par Lacan. A cet âge, l'enfant va prendre conscience de lui comme différent de l'autre : il acquiert une image de lui qui est en perpétuel remaniement et dépendante des expériences. « *L'image du corps, telle une vieille maison qui porte les traces du passage de tous les habitants qui s'y sont succédés, exprime à sa façon les étapes successives de l'histoire individuelle* » (Touzé cité par Feral, 2015, p. 50).

Au fil du temps, le concept évolue, se complexifie et passe entre les mains de divers auteurs. Nasio propose **deux images principales du corps**. En premier lieu, **l'image mentale de nos ressentis physiques**, autrement dit l'image du corps réel qui est une « *image d'une sensation ressentie pendant l'enfance, marquée par la présence de l'autre et conservée en mémoire* » (Nasio, 2013, p. 146). En second lieu, **l'image spéculaire** que nous renvoie le miroir est imaginaire. Il rajoute ensuite **l'image action** de notre corps en mouvement et **l'image nominative** qui est symbolique en raison de la mise en mots.

En 2015, Pireyre insiste sur le **caractère composite de l'image du corps** qui montre la **complexité et l'hétérogénéité** de ce concept. Il s'appuie sur des données psychanalytiques, neuroscientifiques et psychomotrices en prenant en compte l'histoire de ces deux concepts. Il décline **neuf composantes** : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, le tonus, la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques (Pireyre, 2015, p. 48).

E. Conclusion

Le schéma corporel, à la fois conscient et inconscient, appartient au domaine de la neurophysiologie. L'image du corps fait référence au corps imaginaire et à l'affectivité. Il est support du narcissisme. Ces deux notions s'appuient l'une sur l'autre.

« *La perception de toute chose qui compte pour moi sera immanquablement déformée par l'influence de mes sentiments, conscients ou inconscients ; déformés par la résurgence d'une ancienne émotion infantile ; et déformée encore par la présence de l'Autre, de tous les autres que je porte en moi* » (Nasio, 2013, p. 89).

La perception de notre corps n'est alors qu'une représentation partielle, une image du corps imaginée, chargée de notre histoire, de nos affects et des relations. Une image dynamique, qui évolue en fonction de nos expériences. La représentation du corps est donc dépendante des expériences relationnelles et corporelles que vit le sujet. « *Le corps est donc le lieu pour y être, mais il ne préjuge pas entièrement de comment on y sera. [...] L'histoire du sujet se construit de la rencontre entre le corps et les représentations qui vont progressivement l'habiter, contribuer à en écrire la mémoire et peupler son monde interne* » (Delion, 2002, p. 13).

II. AU CŒUR DE LA SCHIZOPHRENIE

« C'est précisément fort malheureux qu'on soit ainsi tenu par la folie dans l'illusion, l'erreur et l'ignorance. » Mais non, c'est être homme, tout simplement. » Erasme

A. Généralités

La schizophrénie est une maladie universelle. Plus de 23 millions de personnes en sont atteintes dans le monde, indifféremment de la culture, de l'ethnie et de la classe sociale (OMS, 2019). L'étymologie vient du grec « *schizein* » qui signifie « *fendre, fractionnement, scission* » et « *phrên* », « *l'esprit* », et contribue à perpétuer cette confusion de la schizophrénie comme une scission de l'esprit ou un dédoublement de la personnalité.

Contrairement aux idées reçues et à ce qui est véhiculé dans les médias, le schizophrène n'est pas une personne violente. Dans une étude de 2009, Rüschi & al. mettent en exergue les stéréotypes liés à la schizophrénie. La personne schizophrène est considérée comme « *dangereuse, incompétente et responsable de sa maladie* ». Plus récemment en 2011, Angermeyer & al. rapportent les stéréotypes de « *dangereusité et d'impulsivité* » associés à la distanciation sociale. Selon la Haute Autorité de Santé, 45% des français associent la folie au meurtre (HAS, 2017). Les médias, au travers de faits divers sensationnels et le 7^e art, renforcent ces croyances avec un récit fantasmé de la schizophrénie, et encouragent le rejet, l'incompréhension, la discrimination et donc la stigmatisation des personnes souffrant de pathologies mentales. Le manque de connaissance des troubles mentaux et le fait que ces personnes soient reléguées au ban de la société renforcent ces croyances négatives. Cette stigmatisation et ces discriminations ont parfois plus d'impact sur le vécu de la pathologie que la maladie en elle-même selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

Dans la réalité, la prévalence de violence est effectivement plus élevée dans la population schizophrène qu'en population générale. Cependant, « *le nombre d'actes violents commis par des patients schizophrènes est estimé de 3 à 5%* ». Le plus souvent ce sont des « *violences verbales (44%), physiques envers des objets (29%) et physiques envers des personnes (19%)* » (HAS, 2017). Généralement, ces passages à l'acte hétéro-agressifs sont majorés par la prise de substance (alcool, drogues) et/ou les comorbidités. La très grande majorité des patients souffrant de schizophrénie n'ont donc aucun comportement violent envers autrui. De plus, ils sont plus fréquemment agressés qu'agresseurs du fait de la stigmatisation.

Enfin, selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM) en 2020, « environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. 10 à 20% en meurent ». La personne schizophrène est donc plus « dangereuse » pour elle-même que pour autrui.

1. Une histoire de la schizophrénie

En 1863, Kahlbaum, psychiatre allemand, parle d'un processus morbide qui surviendrait à l'adolescence, en débutant par des phases de dépression et d'excitation et menant à la démence. On doit une description plus précise à Kraepelin, psychiatre allemand considéré comme le père de la psychiatrie scientifique moderne. En 1899, il fait la différence entre « folie maniaco-dépressive » et « démence précoce ». Pour lui, la démence précoce se définit comme « un appauvrissement affectif et non pas seulement intellectuel ». Il introduit également l'aspect chronique du trouble dans sa définition et dit « qu'il survient sans cause extérieure et évolue souvent de manière déficitaire ».

En 1911, Bleuler, psychiatre suisse, remplace le terme de démence précoce par celui de schizophrénie qui ne serait pas une maladie mais « un groupe de symptômes différents, avec pour critère essentiel, la dissociation » (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 42). Le concept de schizophrénie est donc relativement récent. Il le définit comme « une dissociation mentale, ou « discordance », accompagnée d'un envahissement chaotique de l'imaginaire, se traduisant par des troubles affectifs, intellectuels et psychomoteurs ».

Il distingue les troubles primaires, symptômes organiques correspondant à l'expression de la schizophrénie (troubles des associations, hallucinations, troubles somatiques...), et des troubles secondaires (délire, ambivalence, autisme, dissociation de la pensée, trouble de la mémoire...) considérés comme des tentatives d'adaptation face à la pathologie.

La schizophrénie serait donc caractérisée par « une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur [...] et une scission nette des fonctions psychiques » (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 33). Le mot « scission » donne donc naissance au terme de schizo-phrénie, étymologiquement « scission de l'esprit ».

Aujourd'hui, la schizophrénie n'est plus définie comme la maladie de la dissociation mentale généralisée comme l'avait pensé Bleuler. Les classifications actuelles telles que le DSM 5 (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) et la CIM 10 (Classifications Internationale des Maladies) s'attachent à donner des définitions

contemporaines et actualisées de la schizophrénie et à en faire une description clinique compréhensible et accessible à tous les professionnels de santé.

2. Définition de la schizophrénie

La schizophrénie est une **pathologie mentale sévère, chronique, complexe et invalidante** qui appartient à la famille des maladies psychiatriques. Il s'agit d'une structure particulière avec de **nombreux symptômes** répertoriés en trois dimensions : symptômes positifs, négatifs et la désorganisation, associés à des troubles cognitifs. La schizophrénie touche donc plusieurs aspects du fonctionnement de l'individu, au niveau de sa pensée, de son discours, de sa perception et de sa motricité. Nous observons une grande variabilité d'expression et de sévérité en fonction des personnes. L'impact dans la vie des patients, et de leur entourage, est grand et la souffrance notoire. La diversité de ses formes cliniques, les étiologies multiples et variées, les évolutions propres à chaque patient, font qu'il n'y a finalement pas une schizophrénie, mais bien des schizophrénies.

De manière générale, la schizophrénie se définit d'une part comme une **perte de contact avec la réalité** que nous pourrions caractériser par « *une disparition du sens des choses ou la construction d'une autre réalité à laquelle le sujet adhère [...], des actes inappropriés, des erreurs de jugement et des troubles des perceptions et des sensations*. Et d'autre part comme des troubles de l'identité qui se manifestent par « *une perte des repères corporels, des modifications de l'image du corps, un sentiment d'avoir un corps poreux ou sans organes et une incertitude concernant l'identité de genre* » (Pedinielli & Gimenez, 2016, p. 13).

3. Epidémiologie

En France, selon l'INSERM, 660 000 personnes souffrent de schizophrénie. L'entrée dans la maladie se fait le plus souvent entre 15 et 30 ans et les troubles se développent tout au long de la vie du patient. Le sexe-ratio est légèrement en faveur des hommes : 1.4 hommes pour 1 femme avec un début des troubles plus précoce chez les hommes.

Le risque de décès est multiplié par deux, voire trois, par rapport à la population générale. En cause, nous notons de nombreux comportements à risque (mise en danger, prise de toxiques...), des comorbidités qui alourdissent le pronostic, des délires et la paranoïa qui viennent potentiellement renforcer les comportements à risque. Les médicaments ont aussi de multiples effets secondaires métaboliques (prise de poids, augmentation du taux de sucre ou de

triglycérides dans le corps...) avec pour conséquence une augmentation du risque de maladies cardiovasculaires.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe la schizophrénie parmi les dix maladies les plus invalidantes. Elle serait un facteur majeur de désocialisation et de précarité. Elle est considérée comme une des maladies mentales les plus graves avec une altération massive de la personne et de multiples répercussions dans tous les domaines de la vie.

4. Modèles explicatifs

« *C'est un fait étonnant, quand on y songe, que chaque être humain constitue pour tous les autres un secret, un mystère insondable.* » Charles Dickens

De nombreux courants de pensée se sont succédés au cours du 20^e Siècle et chacun s'est emparé du terme de schizophrénie pour en émettre une définition. Vouloir définir une pathologie physique ou mentale c'est la considérer pour ce qu'elle est et admettre la souffrance qu'elle engendre pour la personne et son entourage.

a. Modèle psychanalytique

Freud considère la schizophrénie comme une « *régression narcissique* » majeure liée à l'absence d'investissement libidinal, un « *retrait de la libido sur le Moi et un réinvestissement sur les objets du délire* » (Pardinielli, Gimenez, 2016, p. 81). La personne tente de « *maintenir en vie un Moi bloqué au tout début de son émancipation du non-Moi* ». Dans sa conception, la psychose serait un « *trouble entre le Moi et le monde extérieur* » avec une perte de l'élan vital et de la volonté (Pardinielli, Gimenez, 2016, p. 82). Autrement dit, un refoulement de la réalité et une dissociation du réel que le délire tenterait de rétablir.

Pour Bergeret, le Moi des personnes schizophrènes n'est pas achevé mais morcelé, « *le Moi schizophrène serait ainsi constitué de fragments insuffisamment reliés les uns aux autres* » (Pardinielli, Gimenez, 2016, p. 84). Klein et Bion parlent également de cette fragmentation, « *ce morcellement peut aller jusqu'à découper en minuscules particules ce qui est attaqué* ». Pour Racamier, la schizophrénie serait « *une tentative d'existence, une défense contre la catastrophe* » (Pardinielli, Gimenez, 2016, p. 85).

b. La phénoménologie

La phénoménologie existentielle s'intéresse à la façon dont l'être est au monde. Ainsi, selon Minkowski, les symptômes ne peuvent être envisagés que dans un ensemble, un contexte

général de vie. Ainsi, la personne souffrant de schizophrénie aurait « *une perte de contact vital avec la réalité et une altération de sa structure existentielle* ». Le délire altère le rapport au monde du patient, notamment la spatialisation et la temporalité. Cette altération de la structure existentielle conduirait à une « *perte de la continuité historique de soi* ». D'après ce courant, « *le psychotique est enfermé dans le monde qu'il s'est construit, monde profondément perturbé par l'échec de la synthèse de soi* » (Pardinielli, Gimenez, 2016, p. 93).

c. Le courant systémique et l'école Palo Alto

D'un point de vue systémique, en plein essor dans les années 60, la personne atteinte d'une schizophrénie serait issue d'une famille dite pathologique avec une communication dysfonctionnelle. Au sein de ces familles, il y aurait des injonctions paradoxales créant une sorte d'ambivalence, appelée « *double lien* ». La personne porteuse des symptômes est donc sans cesse dans cet entre-deux, aussi bien dans sa vie quotidienne que pour des questions existentielles, et cela aurait des répercussions psychologiques.

D'après le courant systémique, la personne atteinte de schizophrénie porte en elle un symptôme lié à une famille, à un système, « *un des membres reflète dans ses symptômes l'état de désorganisation de sa famille* » (Pardinielli, Gimenez, 2016, p. 95). Le trouble permet de maintenir une homéostasie ébranlée. Ainsi, les thérapies familiales partent de ce postulat et ne traitent pas un patient atteint de schizophrénie, mais une famille pathologique qui serait à l'origine de la pathologie mentale d'un des membres, porteur de ce dysfonctionnement.

d. Approche de l'antipsychiatrie

Dans les années 1960-1970, le mouvement antipsychiatrique élargit la notion de système à la société. Le schizophrène serait « *victime de sa famille et de la société* » (Chapelle, 2000, p. 21) mais aussi des institutions psychiatriques. C'est Laing et Cooper qui proposent une analyse sociale de la maladie. La société serait alors responsable de la maladie de certains de ses membres. Ce positionnement permet de considérer les facteurs socioculturels à l'œuvre dans la schizophrénie.

e. Le modèle cognitiviste

Ce courant met en avant des anomalies de traitement de l'information. Frith parle d'un dysfonctionnement du « *monitoring* » de l'action, autrement dit une désorganisation du contrôle de l'action volontaire qui s'illustre par une difficulté ou une incapacité à avoir un

contrôle interne des actions (Chapelle, 2000, p.21). Cela expliquerait en partie l'apragmatisme, les hallucinations et les délires.

Hoffman propose un modèle de compréhension basé sur un trouble de la planification du discours. C'est l'usage des compétences linguistiques en lien avec le contexte qui ferait défaut. « *Ce trouble de la planification ne permettrait pas aux schizophrènes d'exploiter de manière adéquate les données contextuelles nécessaires à l'organisation et à la poursuite de l'action en cours* » (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 95). Ce modèle pourrait alors expliquer les barrages, les déficits lexicaux ou syntaxiques.

Un autre modèle est proposé par Broadbent, le modèle attentionnel suppose que « *les schizophrènes seraient incapables de sélectionner les informations pertinentes et seraient emportés par toutes les informations proposées par l'environnement* », ce qui ne permet pas un traitement de l'information optimal et donne à voir un discours parfois décousu. Il proposera plus tard que « *cette défaillance est plus liée à une mauvaise appréciation des stratégies de réponse qu'à une défaillance de perception* » (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 96). Dans la schizophrénie, il y aurait une difficulté à faire la part des choses entre informations pertinentes et non pertinentes.

f. L'arrivée des neurosciences

Dans l'ouvrage de Pedinielli, il est noté que l'apport des neurosciences permettra de mettre en évidence des « *troubles des neuromédiateurs, du fonctionnement cérébral et de certains gènes à l'œuvre dans la schizophrénie, ainsi que des troubles des émotions et du comportement ayant pour cause des dysfonctionnements du traitement cognitif* ». (Pedinielli, Gimenez, 2016, p. 72-73). En neurobiologie, c'est l'hypothèse dopaminergique qui est avancée. En effet, les technologies actuelles s'accordent pour parler d'un dysfonctionnement du système dopaminergique. L'hyperactivation de la voie mésolimbique, entre le tronc cérébral et le système limbique, entraînerait l'apparition de symptômes positifs (hallucinations et idées délirantes). L'hypoactivation de la voie méso-corticale au niveau frontal favoriserait l'apparition des symptômes négatifs et de certains troubles cognitifs (attention, inhibition, mémoire...).

g. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Aujourd'hui, un consensus émerge. La schizophrénie résulterait à la fois d'une **vulnérabilité** (génétique, biologique) et de **facteurs environnementaux** (stress

environnemental). Tous les pensionnaires de l'institution présentent des histoires de vie denses et traumatisantes. Pour la plupart, un effondrement psychique a eu lieu à l'adolescence ou au début de l'âge adulte suite à un événement de vie (prise de toxique, traumatismes...).

h. Conclusion

Selon Lafforgue il est « *nécessaire d'avoir recours à un ensemble d'approches théoriques polysémiques à condition que celles-ci restent à l'état d'hypothèses du possible à penser et ne soient pas utilisées comme des vérités réductibles* ».

En tant que future psychomotricienne, mon objectif n'est pas de « choisir » un modèle de pensée applicable à toutes les situations et à tous les patients rencontrés. Cela serait limitant et enfermant, à la fois pour les patients et pour moi-même. Au contraire, il s'agit de m'inspirer de tous ces courants de pensées pour tenter de mettre du sens sur le fait clinique, de rencontrer le patient dans sa motricité, ses difficultés et ses compétences. « *Le principe de la différence est toujours une richesse, celui de la conformité à un seul modèle et une seule référence de pensée, un appauvrissement* » (Potel, 2019).

B. Etiologies

L'origine de la schizophrénie est encore aujourd'hui assez mystérieuse. Il s'agit d'une **pathologie plurifactorielle** mêlant à la fois des facteurs génétiques, physiologiques et environnementaux. Il n'existe **pas de facteurs déterminants, mais des facteurs de risque**. Un mélange entre vulnérabilité génétique individuelle et familiale et facteurs environnementaux. Il s'agit d'avoir une **vision davantage holistique**.

En premier lieu, nous distinguons des **facteurs génétiques** repérables dans les études sur les jumeaux. Il y a aussi plus de risque de développer une schizophrénie chez les apparentés du 1^{er} degré, et la probabilité de développer cette pathologie augmente en fonction du nombre d'apparentés atteints. En revanche, il n'y a pas un gène de la schizophrénie et les modélisations génétiques actuelles ne rendent pas compte de l'ensemble des troubles schizophréniques.

Nous pouvons aussi repérer des facteurs **neurophysiologique et neurobiologique** présentés précédemment où des altérations sont visibles à l'imagerie cérébrale.

Enfin, il existe des **facteurs environnementaux** qui vont altérer précocement le développement du système nerveux central. Au niveau pré et périnatal, des facteurs de risque précoces peuvent intervenir (traumatismes, infections virales, diabète gestationnel, carences

nutritionnelles, complications obstétricales, bas poids de naissance, prématurité...). Il y a aussi des facteurs de risque plus tardifs, dans l'enfance ou l'adolescence (maltraitements, carences, événements de vie stressants, contexte familial difficile, consommation de cannabis...).

C. Sémiologies

L'ensemble des images sous forme de bande-dessinée sont des témoignages de patients que j'ai pu recueillir lors des temps informels.

Dans la sémiologie schizophrénique contemporaine, nous constatons habituellement trois types de symptômes : **les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation**. A cela sont **associés des troubles cognitifs** tels que des troubles de la mémoire, de l'attention ou encore du langage. L'expression clinique de la maladie est hétérogène d'un patient à un autre. Il en résulte des formes cliniques variées.

1. Symptômes positifs

Les **symptômes positifs** sont des symptômes « en plus » au sens où ils sont frappants et bruyants. Ils reflètent un excès, s'ajoutant aux fonctions mentales habituelles de la personne. Nous distinguons généralement les **idées délirantes et les hallucinations**.

Les **idées délirantes** sont présentes chez 90% des patients. Ce sont des altérations du contact avec la réalité. Cela se manifeste par des **croyances non partagées par l'ensemble du monde**, mais seulement par la personne elle-même. Dans la schizophrénie, le délire est mal systématisé, mal organisé et l'adhésion du patient à son délire est totale.

Ces idées délirantes portent sur plusieurs **thèmes** tels que la persécution (idée de complot), le mysticisme (lié à la religion), la mégalomanie (idées de grandeur hors réalité) et dits de référence (éléments du quotidien qui ont une signification particulière pour l'individu).

Ces délires sont nourris par des **mécanismes** particuliers. On retrouve un versant interprétatif (interprétation du quotidien), hallucinatoire (production de quelque chose qui n'existe pas), intuitif (fausse idée admise sans vérification), imaginatif (fabulations, inventions). Le mécanisme interprétatif est le plus retrouvé chez les patients atteints d'une schizophrénie.

Les idées délirantes sont très invalidantes et ont des répercussions au niveau émotionnel, affectif et comportemental. Secondairement à son délire, la personne peut être anxieuse, déprimée, agitée ou se replier sur elle-même.

Les **hallucinations** sont la deuxième grande catégorie retrouvée dans les symptômes positifs. Il s'agit d'une production supplémentaire, quelque chose qui n'existe pas dans la réalité, des **perceptions sans objet**.

Nous pouvons observer des **hallucinations psychosensorielles** avec des **délires corporels** amenant à une dysmorphophobie. Les **hallucinations auditives** apparaissent dans 70% des cas. Elles ont un contenu négatif qu'Henri Ey caractérisait de « *trilogie du mépris, de l'injure et de la calomnie* ». Cependant, elles peuvent, dans de rares cas, être positives chez certains patients. Les contenus critiques, agressifs, peuvent amener le patient à passer à l'acte (auto ou hétéro-agressif). Dans tous les cas, ces hallucinations sont très intrusives, invalidantes, parfois même incessantes, rendant la vie difficile voire impossible.



Il existe aussi des **hallucinations visuelles**, présentes chez 30% des patients, où ces derniers voient des choses que les autres ne voient pas ; des **hallucinations cénesthésiques** qui concernent la sensibilité interne (sensations physiques douloureuses) ; et plus rarement, des **hallucinations tactiles** (5% des patients), **gustatives et olfactives**.

Les **hallucinations intrapsychiques** peuvent se définir comme une « voix intérieure » ressentie comme une voix étrangère dans la tête. Les patients ont une impression de vol de la pensée (disparition brutale des pensées), de diffusion de la pensée (impression que les autres connaissent leurs pensées) ou encore d'écho de la pensée (répétition, résonance pathologique).

2. Symptômes négatifs

Les **symptômes négatifs** sont des manifestations « en moins » par rapport au fonctionnement normal et traduisent la perte des fonctions normales. Ces symptômes sont visibles sur le plan affectif, cognitif et comportemental. Selon Franck, « *ils peuvent être à l'origine d'une importante incapacité fonctionnelle, d'autant plus importante qu'ils sont stables dans le temps et résistants aux traitements* » (Franck, 2013, p. 8).

Sur le plan **affectif**, on retrouve un émoussement des affects (froideur affective), une baisse des expressions faciales, une intonation de voix monocorde et une anhédonie (incapacité à

ressentir du plaisir). D'un point de vue **cognitif**, nous notons des troubles du langage (alogie) et un appauvrissement du discours qui devient peu informatif.

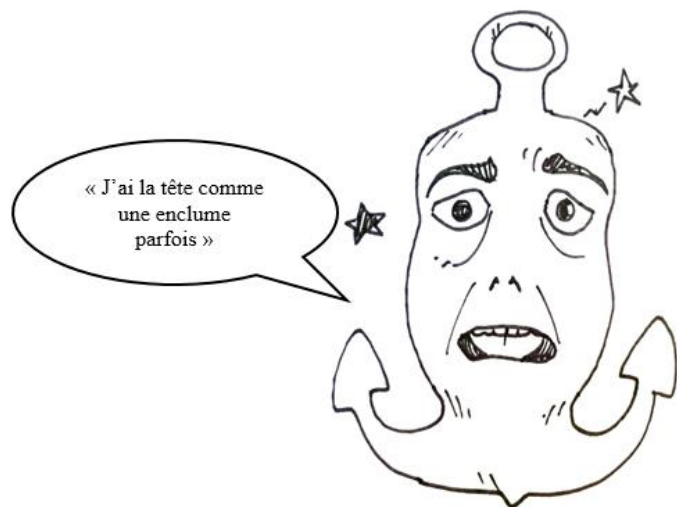
Enfin, au niveau **comportemental**, les patients atteints de schizophrénie ont des difficultés à planifier et entreprendre des actions et manquent d'énergie (apragmatisme), manifestent une perte d'envies (aboulie) et une diminution des échanges interpersonnels s'illustrant par un retrait social et un désinvestissement du monde environnant. Une incurie peut aussi être observée, c'est-à-dire une incapacité à prendre soin de soi.



3. Désorganisation

La **désorganisation** peut se manifester dans différents domaines : cognitif, affectif et comportemental.

Sur le plan **cognitif**, l'**altération du cours de la pensée** donne un discours diffluent (désorganisé), des barrages (arrêt du discours brutal et injustifié) et du fading (diminution de l'intensité de la voix). Mais aussi des **illogismes** avec des ambivalences (pensée non aboutie ou campement sur des positions), un rationalisme morbide (explication farfelue, hors réalité), des raisonnements paralogiques (argumentaire malgré un postulat de base faux), des altérations de la capacité d'abstraction (peu d'accès au symbolisme, au 2nd degré) et une altération du langage (néologismes, paralogismes).







Au niveau **affectif**, la désorganisation émotionnelle se manifeste dans des rires immotivés et des sourires inadaptés à la situation. Il s'agit d'une **discordance idéo-affective**.

D'un point de vue **comportemental**, nous pouvons repérer des **maniérismes** qui sont des postures « bizarres », inadaptées, des étrangetés du comportement, ou encore un **syndrome catatonique** avec une catalepsie (maintien de posture), un négativisme (opposition active, mutisme) et des stéréotypies motrices ou verbales.

4. Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs ne font pas partie de la triade de la schizophrénie, mais se rajoutent aux symptômes déjà présents. Ils ne constituent en aucun cas le diagnostic de schizophrénie et ne sont pas spécifiques à cette pathologie. Cependant, il est important de les prendre en considération car ils sont invalidants et fréquents : 70 à 80% des patients en souffrent. Généralement ces troubles touchent la **mémoire, l'attention, la vitesse de traitement** (ralentie) et les **fonctions exécutives** (planification, autorégulation, inhibition).

Des **troubles de la cognition sociale** sont parfois observés. Ces derniers peuvent majorer les symptômes positifs, à cause de l'incompréhension des intentions d'autrui, ou les symptômes négatifs car la personne va se replier sur elle-même. Ces troubles ont donc un retentissement important sur l'insertion ou la réinsertion sociale et professionnelle.

	Symptômes positifs <i>Hallucinations, délires...</i>
	Symptômes négatifs <i>Aboulie, anhédonie, froideur affective...</i>
	Désorganisation <i>Discours diffluent, néologismes, maniérismes, bizarreries...</i>
	Troubles cognitifs <i>Mémoire, attention, vitesse de traitement</i>

5. Différentes formes cliniques

En fonction de la prédominance des symptômes, la schizophrénie ne s'exprime pas de la même façon. Bleuler distingue initialement quatre sous-types cliniques : paranoïde (avec une prédominance d'idées délirantes ou d'hallucinations), hébéphrénique (prédominance de la désorganisation), catatonique (prédominance de troubles du tonus avec des agitations, une flexibilité cireuse) et simple (prédominance de symptômes négatifs). Aujourd'hui, on distingue

aussi une forme indifférenciée (qui ne rentre dans aucune autre catégorie) et résiduelle (épisode de schizophrénie mais symptômes majeurs atténués voire disparus).

Ces formes cliniques ne sont plus vraiment utilisées aujourd'hui et ne sont pas incluses dans la dernière version du DSM. Mais, il y a un **consensus sur l'hétérogénéité de la schizophrénie**.

6. Comorbidités

La schizophrénie n'est pas un trouble isolé et est associée à de **nombreuses comorbidités**. Les **comorbidités psychiatriques** sont assez fréquentes (anxiété, troubles de l'humeur, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de l'usage avec abus de substances). Selon la Fédération Française de Psychiatrie (2003), « *le cannabis peut être un facteur d'entrée plus précoce dans la maladie, avec un taux de rechute plus marqué, une sévérité des troubles psychotiques, une moindre adhésion aux soins, et une augmentation des rechutes.* »

Au niveau des **comorbidités somatiques**, Lorabi & al (2010) recensent des problèmes cardio-vasculaires tels que l'obésité (chez 45 à 55% des patients), le diabète (10 à 15%), le tabagisme (50 à 80%), qui augmentent le risque de maladies coronariennes. Les problèmes digestifs sont fréquents et ont des répercussions plus ou moins graves (occlusion intestinale, iléus paralytique (hypo-motricité intestinale), infarctus mésentérique (interruption du flux sanguin intestinal) voire le décès (rare)).

Il y a également des **comorbidités neurologiques, métaboliques, respiratoires** (cause de 17% des décès) ou encore **endocriniennes**.

Certaines comorbidités sont causées par la prise de **médicaments antipsychotiques** (prise de poids, adiposité, hypertension, dyslipidémie, hyperglycémie, diabète...).

Ces comorbidités sont un enjeu thérapeutique aussi bien pour le sujet et son entourage qu'un enjeu de santé publique. Elles ont des conséquences négatives sur la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie et peuvent même être une menace au pronostic vital. Ajouté à cela, ces pathologies associées sont négligées et peu évaluées, avec pour conséquence, un retard de prise en charge. Le préjudice est grand pour les patients et leur espérance de vie.

Certaines conduites peuvent tempérer ces comorbidités telles que des mesures hygiéno-diététiques, des bilans médicaux réguliers, l'activité physique mais aussi la psychoéducation qui permet de prévenir les risques et les rechutes.

D. Parcours du patient

1. Entrée dans la maladie

La schizophrénie débute classiquement **entre 15 et 25 ans**. Nous distinguons aussi des schizophrénies à début précoce, avant 16 ans, ou à début très précoce, avant 12 ans. Les schizophrénies précoces ont un plus mauvais pronostic, une moins bonne réponse aux traitements et davantage d'anomalies motrices. Il existe aussi des schizophrénies à début tardif, après 35 ans, notamment chez les femmes. Il existe **deux modes d'entrée**.

Le **mode d'entrée aigu** commence par un **premier épisode psychotique** avec une prédominance des symptômes positifs et de la désorganisation. Le plus souvent, l'apparition brutale d'un délire associé à une agitation, une agressivité ou une opposition à cause de l'angoisse que la personne est en train de vivre. On parle de décompensation. La personne subit une perte de contact brutale avec la réalité.



Le **mode d'entrée** peut aussi être **progressif** avec des manifestations discrètes sur plusieurs années. On distingue alors une **phase prémorbide** dès la naissance avec les premières manifestations de la maladie (anomalies comportementales, cognitives et motrices) et une **phase prodromique** (entre 12 et 20 ans) avec l'émergence et l'accumulation de symptômes non spécifiques (symptômes dépressifs, anxieux, isolement social, difficultés de fonctionnement...) et des symptômes positifs atténués (idées hors réalité sans rupture totale).

Le diagnostic de schizophrénie nécessite **au moins deux symptômes, présents dans une proportion significative de temps**, pendant un mois, parmi les syndromes positif, négatif et la désorganisation. Une **évolution des signes cliniques sur une période supérieure à six mois** doit être observée. On note également la présence de **répercussions** fonctionnelles, sociales et professionnelles. Evidemment, il est nécessaire **d'écarter les diagnostics différentiels**.

2. Diagnostics et diagnostics différentiels

a. Critères diagnostiques

La schizophrénie est souvent diagnostiquée avec un certain retard car l'entrée dans la maladie est généralement insidieuse et elle reste une pathologie encore mal connue de la part du grand public et des familles. Le diagnostic et la prise en charge se voient ralentis par cet isolement et cette difficulté d'accès aux soins.

Le diagnostic est complexe car le tableau clinique d'un patient à un autre est très varié. Les principaux outils de diagnostic permettent de référencer les différentes caractéristiques cliniques liées à une pathologie. Actuellement, on retrouve le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie : le DSM, aujourd'hui à sa 5^e édition (2015), et la 10^e révision de la Classification Internationale des Maladies : la CIM-10 (1993). Le diagnostic de schizophrénie est établi à l'aide de ces outils et de l'observation clinique. Les critères du DSM-V sont présentés en Annexe 1.

b. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels permettent d'éliminer les autres troubles et maladies proches de la schizophrénie. C'est **indispensable pour poser un diagnostic**.

Lors d'un **épisode psychotique aigu**, il faut exclure une cause organique, iatrogène, toxique, un épisode maniaque, un trouble schizophréniforme (évolution favorable en moins de six mois), un trouble psychotique bref (évolution favorable en moins d'un mois), un deuil pathologique ou encore une psychose puerpérale (état de confusion et de délire suite à un accouchement).

Face à un **tableau chronique**, il faut écarter un trouble délirant (qui est systématisé, sans symptômes négatifs et sans désorganisation), un trouble bipolaire ou une personnalité schizotypique (idées non délirantes, de référence, bizarreries, méfiance) ou schizoïde (retrait social et froideur).

3. Evolutions et pronostic

Dans un article de 2013, Franck fait ressortir **trois types d'évolution de la schizophrénie**. Lorsqu'il y a une amélioration voire une quasi disparition des symptômes et une insertion socio-professionnelle, il parle **d'évolution favorable**. Le niveau **d'évolution dit intermédiaire** est

avancé lorsqu'on constate une légère amélioration mais que les symptômes délirants ou négatifs persistent néanmoins. Enfin, **l'évolution est défavorable** quand le patient entre dans une dégradation progressive avec une intensification de tous les symptômes. La personne atteinte de schizophrénie à deux voire trois fois plus de risque de décéder prématurément à cause de nombreux facteurs de risque (Franck, 2013, p. 13).

Les femmes ont une évolution de la maladie plus favorable que les hommes. De plus, les personnes engagées dans la gestion de leur maladie ont également un meilleur pronostic.

La rémission complète existe, même si elle concerne une minorité de patients. En effet, 20 à 25% sont en rémission complète via des traitements avec un rétablissement de leur vie sociale, professionnelle, personnelle et affective. Pour d'autres patients, la schizophrénie évolue et persiste avec des symptômes plus ou moins contrôlés grâce au traitement médicamenteux mais avec des rechutes éventuelles. 20 à 30% des personnes souffrant de cette pathologie ne réagissent pas aux traitements et se chronicisent (source INSERM).

La schizophrénie est souvent une **pathologie d'évolution chronique** et on constate une **hétérogénéité évolutive**. Chaque parcours est différent et, en tant que soignants, il est important de considérer cette unicité, d'être au plus près de la clinique de chaque patient afin de proposer des projets personnalisés qui participent à une qualité de prise en charge autour d'un lien de confiance entre le patient et une équipe pluridisciplinaire coordonnée. De plus, cette alliance thérapeutique participera à une meilleure conscience du trouble et donc à une meilleure observance vis-à-vis du traitement. Nous savons aujourd'hui que l'observance et la conscience du trouble sont des **facteurs de bon pronostic** dans la maladie mentale, au même titre que le fonctionnement prémorbide, un début tardif, une précocité dans la prise en charge, un accès aux soins de qualité et un environnement soutenant et favorable.

Il s'agit avant tout de redonner espoir à ces patients souvent perdus et démunis face à l'ampleur de leur maladie. Etre à leur écoute, les aider à faire le récit de leur vie est soutenant et structurant et permet au patient de se retrouver et de reprendre part au monde.

E. Traitements

La prise en charge de la schizophrénie est complexe au vue de la diversité étiologique et du parcours unique de chaque patient. Elle est donc pluridisciplinaire et prend en compte des traitements médicamenteux et non médicamenteux.

1. Pharmacologiques

A partir des années 50, les découvertes en pharmacologie des antipsychotiques permettent des avancées considérables en matière de traitement. En 1952, Delay et Deniker explorent les effets de la chlorpromazine sur des psychoses avec agitation et obtiennent des résultats rapides et spectaculaires. En 1955, le terme « neuroleptique » est utilisé pour « *désigner des molécules ayant des effets réducteurs des processus psychotiques et qui engendrent des effets secondaires neurologiques* » (Pedielli, Gimenez, 2016, p. 172). Ces antipsychotiques ont un effet probant sur les symptômes positifs de la schizophrénie (délires, agitations, hallucinations) mais ont de nombreux effets secondaires indésirables, notamment d'un point de vue moteur. A partir des années 1980, la pharmacologie explore de nouveaux traitements avec une diminution des effets secondaires : les antipsychotiques de deuxième génération voient le jour.

Actuellement, nous considérons trois groupes : les antipsychotiques de première génération, ceux de deuxième génération et les antipsychotiques d'action prolongée. Cette classification fait consensus. Lors des phases aiguës de la maladie, si la personne présente des agitations et/ou des auto ou hétéro-agressivités, ce sont des benzodiazépines ou des antipsychotiques sédatifs qui sont prescrits. L'objectif principal des traitements de fond est la monothérapie avec une réévaluation régulière du traitement. Il est possible de prescrire des antipsychotiques en forme retard injectable pour une meilleure observance.

2. Autres thérapeutiques médicamenteuses et apparentées

Un traitement anticholinergique peut être prescrit pour limiter les effets indésirables extrapyramidaux dus aux antipsychotiques de première génération (perturbation des mouvements, impatiences, tremblements). Cependant, il faut être très précautionneux car ces traitements ont aussi leurs propres effets indésirables (rétention aiguë d'urine, troubles de l'accommodation visuelle, troubles digestifs, confusions...). Le comportement le plus adapté en cas de présence d'effets extrapyramidaux est donc de diminuer la posologie du traitement antipsychotique.

Il est possible de proposer un traitement par benzodiazépines ponctuellement en complément du traitement de fond si des manifestations anxieuses sont présentes.

La prescription d'antidépresseurs est envisageable lorsque les patients présentent une dépression post-psychotique, survenant dans les douze mois après un épisode schizophrénique, afin d'éviter un passage à l'acte suicidaire. Elle ne sert à rien en phase psychotique aiguë.

Enfin, dans certains cas rares, on peut proposer une sismothérapie (électro-convulsivothérapie). Il s'agit d'un courant électrique trans-crânien de faible intensité, sous anesthésie générale, qui est proposé pour les patients très agités d'un point de vue psychomoteur et qui sont résistants aux traitements présentés précédemment. C'est une indication qui reste exceptionnelle, dédiée aux schizophrénies résistantes, et jamais en première intention.

3. Aparté sur la contention

« Quant à la contention, ses défenseurs disent que ça fait du bien aux psychotiques qui se sentent morcelés. Je n'y crois pas une seconde. Se blottir dans son lit, sous sa couette, certainement. Y être ficelé pendant des heures voire des jours, qui peut honnêtement croire à cela ? » Laurence Martin et Christophe Médart, « Pour une psychiatrie bientraitante ».

La contention peut être utilisée dans les cas de grande agitation psychique et physique et lorsque la personne peut être un danger pour elle ou les personnes autour. La nécessité d'une contention est justifiée par une prescription médicale et n'est pas un acte anodin proposé systématiquement. En revanche, ce qui me questionne, c'est le moyen utilisé. En effet, le corps est maintenu écartelé et le patient se retrouve dans une position de passivité et de vulnérabilité, à la merci des soignants. Etant déjà désorganisé, cette façon de faire peut-être déshumanisante et n'aide pas le patient à se rassembler et à se sentir contenu. Nous pouvons faire l'hypothèse que le vécu corporel du patient à ce moment-là est un vécu écartelé, éclaté, qui renforce l'angoisse. Il serait peut-être intéressant de contenir le patient dans une position plus proche de celle de l'enroulement, propice au rassemblement, comme une sorte de retour à soi.

4. Non médicamenteux

D'un point de vue non médicamenteux, il existe de nombreuses possibilités. L'HAS préconise une **prise en charge pluridisciplinaire**. Des séances de **psychomotricité** et/ou une **psychothérapie** accompagnent généralement le traitement médicamenteux. On distingue :

- Les **thérapies cognitivo-comportementales** se basent sur le modèle du traitement de l'information. L'objectif est le renforcement positif des comportements, pensées et attitudes souhaités. Ici, des objectifs sont fixés avec le patient.
- Les programmes de **remédiation cognitive** se fondent sur l'exercice des fonctions cognitives afin d'améliorer les performances du patient. L'objectif est l'amélioration du traitement de l'information.

- Les **thérapies de soutien** permettent de renforcer l’alliance thérapeutique car elles s’organisent autour d’une relation de confiance. Elles permettent de restaurer la confiance en soi du patient et de prendre conscience de ses difficultés.
- Les **thérapies familiales** doivent faire l’objet d’une demande de la part du patient de sa famille. Le projet est de travailler sur la communication familiale, souvent pathologique ou conflictuelle, et sur l’individuation du patient.
- Les **psychothérapies analytiques** sont fondées sur des techniques d’inspiration psychanalytique. Le patient participe pleinement et une relation thérapeutique se tisse. Le thérapeute reçoit les projections, conflits et angoisses de son patient. A partir de là, ils vont mettre en place et co-construire un travail d’élaboration. Ici, le but est d’aider le patient à accepter ses propres explications afin de faire disparaître les conflits internes existants.
- Les **sociothérapies** proposent des activités de groupe qui ont un objectif occupationnel, professionnel et/ou social. A ce niveau, il s’agit d’un travail de réhabilitation qui s’opère dans diverses structures (foyers, appartements thérapeutiques, ateliers...).

Les **ateliers d’expression** peuvent permettre d’exprimer des conflits internes vécus non élaborés ou non verbalisés. Les médiations (danse, peinture, sculpture, chant...) en sont une voie d’accès privilégiée.

Les **associations de familles** sont d’un grand soutien pour l’entourage se sentant parfois démuni et seul. Elles permettent d’échanger autour d’un partage d’expériences et des difficultés rencontrées au quotidien. Il ne faut pas les négliger. En tant que thérapeute, on se doit aussi de renseigner l’entourage sur la présence de ces associations.

La **réhabilitation psychosociale** a pour but la stabilisation des troubles grâce à des stratégies de compensation et de remédiation. L’objectif est de tendre vers une autonomie globale dans toutes les sphères de la vie du patient. Cnaa, en 1988, définit la réhabilitation psychosociale comme « *le processus qui facilite le retour d’un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté* » (Pardinielli, Gimenez, 2016, p. 186).

Le principe de la **psychoéducation** réside dans le fait que le patient devienne un acteur à part entière de son parcours et de ses soins. L’intérêt est de connaître et comprendre sa pathologie afin d’adapter des comportements plus sains au quotidien. L’objectif à long terme

est d'améliorer la qualité de vie du patient, de prévenir les rechutes et les conséquences négatives de la maladie, de favoriser l'autonomie et d'améliorer l'observance thérapeutique.

La **thérapie psychomotrice** propose aux patients de vivre des expériences corporelles. Nous orientons notre travail sur la prise de conscience de l'enveloppe et des limites corporelles. La boîte à outils du psychomotricien est riche et s'appuie sur un travail autour des sensations. Nous tentons ensemble, le patient et le psychomotricien, de permettre au patient de retrouver une unicité corporelle, un corps habitable.

F. Conclusion - Qu'en est-il de la schizophrénie aujourd'hui ?

En 2012, lors du rassemblement pour l'écriture du DSM V, le terme de schizophrénie est longuement débattu et il est question de l'enlever du manuel au profit d'un vocabulaire plus organique. On parle aujourd'hui de spectre de la schizophrénie.

La schizophrénie, et les troubles psychiatriques plus largement, sont sources d'un réel handicap, aussi cruel qu'invisible, pour les personnes qui en souffrent et leur entourage. Ces dernières années, la prise en charge de la schizophrénie s'est améliorée. Le handicap et la souffrance qui découlent de cette maladie sont davantage connus et donc mieux pris en charge, que ce soit par la personne, son entourage ou les professionnels de santé. Aujourd'hui, l'accent est mis sur la précocité du diagnostic, la sévérité des troubles et du handicap, le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne et les solutions de réhabilitation sociale, professionnelle, familiale, affective, culturelle de la personne.

Mais qu'en est-il du corps de la personne atteinte de schizophrénie ? Son corps propre est peu conscientisé, parfois vécu comme indigne de confiance. De plus, la place, parfois envahissante, que prennent les pensées laissent-elles une place au corps ? Et dans quelle mesure ce corps physique prend-t-il sa place dans le monde ? « *Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental* » (Anzieu, 1995, p. 119), l'image du corps a donc pour base initiale le corps propre. De ce fait, la thérapie psychomotrice a une place de choix auprès de cette population.

« Les hommes m'ont appelé fou ; mais la science ne nous a pas encore appris si la folie est ou n'est pas le sublime de l'intelligence... si tout ce qui est la profondeur ne vient pas d'une maladie de la pensée... Ceux qui rêvent éveillés ont connaissance de mille choses qui échappent à ceux qui ne rêvent qu'endormis » (Edgar Poe, « Eleanora » dans histoires grotesques et sérieuses, 1986, p. 118).

III. L'UNITE CORPORELLE A L'EPREUVE DE LA SCHIZOPHRENIE

A. Le bilan psychomoteur en psychiatrie adulte

« *Le corps exprime ce qui est indicible et sa lecture renforce le sentiment d'avoir été compris. L'examen facilite l'empathie en privilégiant le dialogue tonico-émotionnel et en augmentant la simplicité et l'authenticité de l'échange* » (Treillet & al., 2012, p. 89).

Le bilan psychomoteur en psychiatrie adulte n'est pas la panacée. « *Parmi la multitude de tests, peu sont étalonnés pour les adultes* » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 302). D'ailleurs, il n'est pas orchestré au sein de l'institution où j'effectue mon stage. En revanche, une observation fine et approfondie, un partage d'expériences en équipe, nous permet de formuler des hypothèses de compréhension du fonctionnement du patient en lien avec ce qu'il nous donne à voir.

Depuis quelques années, une équipe de recherche tend à objectiver cette souffrance psychomotrice notable dans la schizophrénie et à asseoir, par la même occasion, la pertinence d'un suivi en psychomotricité. De cette étude découle l'élaboration d'un **profil psychomoteur qui serait propre à la schizophrénie**.

B. Symptomatologie iatrogène

Les traitements médicamenteux, souvent nombreux et lourds, entraînent fréquemment des **effets secondaires indésirables** « *non négligeables qui viennent s'ajouter à une problématique corporelle déjà bien perturbée* » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 298). Certains patients évoquent une sensation de fatigue intense, allant même jusqu'à parler de « *camisole chimique, décrit comme une sensation d'immobilité* » (Bonnet & al., 2007, p. 111).

Mr N., a 31 ans, à l'âge de 27 ans, il a été diagnostiqué d'un trouble schizo-affectif résistant. Il me dit un jour au cours d'un repas qu'il ressent sa tête très lourde après la prise des médicaments, l'empêchant de faire quoi que ce soit après le repas du midi et l'obligeant à faire régulièrement des siestes. D'ailleurs, au cours des repas, il est souvent avachi et ses paupières semblent lourdes. Il ferme souvent les yeux et peine à rester éveillé.

Nous retrouvons généralement des syndromes extrapyramidaux, un ralentissement psychomoteur, des troubles du transit, de la libido, une prise de poids, des troubles de

l'accommodation, de la déglutition mais aussi une plus grande fatigabilité. La motricité est donc largement impactée au niveau du tonus et de l'énergie consacrée aux mouvements, dont découle parfois des inhibitions ou de la catatonie. Les patients se plaignent de ces effets secondaires, ils ressentent comme « *une impression de sécheresse, comme si le corps était vidé de ses substances humides* » (Bonnet & al., 2007, p. 107). C'est de plaintes somatiques dont il est question. La prise de ces médicaments a un **impact sur le ressenti corporel de la personne**. Corps dépendant, dépossédé, corps esclave, corps passif, anesthésié. **A quelle image de soi cela renvoie-t-il ?**

Pour Franck et Thibaut en 2005, « *il existe des signes neurologiques a minima en dehors de tout traitement dus à la pathologie* » (Treillet & al., 2012, p. 93). D'ailleurs, cela est démontré dans une étude réalisée par McCreddie et Coll en 2002. En effet, « *plus de la moitié des patients non traités présenteraient des dyskinésies et un tiers des patients non traités des symptômes parkinsoniens* » (Treillet & al., 2012, p. 93).

Les traitements médicamenteux semblent **nécessaires et essentiels** dans la pathologie schizophrénique et permettent au patient de **s'inscrire dans une démarche de soin globale** (ateliers, suivis psychologique et psychomoteur) mais aussi de se ré-insérer dans la vie sociale. Il s'agit alors de trouver la « *bonne adéquation dosage/tolérance, afin de limiter les effets indésirables* » (Treillet & al., 2012, p. 93).

« *Effets secondaires des psychotropes d'un côté, et de l'autre, processus schizophrénique. Deux plaintes se chevauchent sans être sur le même plan, toutes deux vécues dans le corps : le corps schizophrénique morcelé, dissocié, désuni, et le corps soigné pris dans un vécu d'ambivalence face au « pharmakon ». Concerné par le remède autant que par le poison, le malade localise et éprouve « dans sa chair » les paradoxes entremêlés du principe thérapeutique et du processus morbide* » (Bonnet & al., 2007, p. 105-106).

La schizophrénie est une maladie chronique et les traitements sont généralement à vie. Il est important que le patient intègre son traitement dans son quotidien sans que cela n'entrave sa vie. Pour cela, je crois qu'il est important qu'ils y mettent un **sens**, « *dépassant celui du simple traitement médical et l'intégrant dans des pratiques quotidiennes* » (Bonnet & al., 2007, p. 119). De plus, cela renforcera l'observance, qui est un facteur de bon pronostic. Au sein de l'institution, il y a une recherche d'autonomie et d'engagement thérapeutique du patient. La question des traitements est pensée avec le patient et se fait avec son accord. Il y a une réelle écoute et bienveillance vis-à-vis des gênes occasionnées et des effets bénéfiques.

C. Organisation psychomotrice dans la schizophrénie

« Je pense que le corps est le grain de sable qui fait grincer les rouages de la psychose »

(Pous, 1995, p. 73).

Une **symptomatologie psychomotrice** est présente chez de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie, notamment des troubles du tonus et de la coordination, un ralentissement psychomoteur, des stéréotypies gestuelles, du maniérisme, des troubles du schéma corporel et de l'image du corps. Ces troubles ne sont pas sans **conséquence**. Ils vont influencer l'expérience que les patients ont de leur corps et l'investissement qu'ils en font, mais aussi témoigner de leurs perceptions, de leurs représentations corporelles et de la manière dont ils se présentent au monde.

1. Le tonus comme protection

Au niveau du tonus, nous pouvons observer chez certains patients une **hypertonie posturale et une hypotonie au niveau des mouvements** (Treillet & al., 2012, p. 94). La prise de neuroleptiques peut entraîner une diminution du ballant, une posture figée et une certaine rigidité.

C'est notamment le cas de Mr P. âgé de 28 ans et atteint de schizophrénie paranoïde, diagnostiqué à l'âge de 21 ans. Il affiche une posture très rigide, manquant de souplesse. L'amplitude de ses mouvements est très faible, c'est flagrant avec la rotation de sa tête qui se fait de manière lente. C'est comme s'il ne pouvait pas la tourner entièrement.

Les tensions musculaires protégeraient des sensations internes et externes complexes et incomprises. Telle une défense pour préserver l'intégrité corporelle lorsque les perceptions corporelles sont trop fortes et saturées. On parle alors de **carapace tonique** (Pous, 1995). Mr P. ne montre aucune réaction émotionnelle et les événements de l'environnement ne paraissent jamais l'ébranler. Si nous considérons le tonus comme la toile de fond des émotions, Mr P. semble alors éviter toutes sensations et émotions qui pourraient l'intruder et le bouleverser. On peut faire l'hypothèse que son enveloppe corporelle hypertonique lui apporter une certaine protection, telle un exosquelette. Mais de quoi se protège-t-il ? Lors de l'atelier argile auquel il participe, sa première création fut un spartiate tranchant des têtes. Il dit que ces dernières, aussi bien celles de l'agresseur que des victimes, sont porteuses de la même émotion : la colère. La médiation devient support d'expression.

L'état tonique, et notamment l'hypertonie, est un indicateur de la souffrance. L'individu est dans une lutte contre des angoisses et tente, par son tonus, de retrouver une sensation de rassemblement, un semblant d'unité corporelle, un sentiment de continuité d'existence.

4. Je m'exprime comme je suis

Au niveau de **l'expressivité**, il n'est pas rare de repérer des altérations du système émotionnel qui vont avoir des répercussions. On retrouve une **diminution et/ou une inadéquation des mimiques** par rapport à la situation. Il s'agit de paramimies (expression ou mimiques ambiguës) ou de parathymies (sourires immotivés, grimaces, crispations...), voire amimie (absence ou rareté des mimiques). Ces particularités au niveau expressif nous donnent des informations sur la façon dont les patients se présentent, se perçoivent et vivent le rapport aux autres.

Les patients sont souvent **fatigués et fatigables**. Nous observons alors un **ralentissement psychomoteur** qui donne à voir un corps ralenti et sans énergie. Certains laissent l'impression, par le seul fait de se mouvoir ou d'initier un mouvement, de devoir soulever des montagnes. J'observe une lourdeur dans leurs paupières, les obligeant à fermer régulièrement les yeux, à marquer des pauses dans le silence et le repos. Ce corps manquant d'énergie altère la volonté et la motivation et ne permet pas de s'inscrire totalement dans un projet de soin et de vie. Inversement, l'absence de projet ne permet pas au patient d'accéder à un sentiment de motivation et cela entache son énergie.

Au **niveau verbal**, le débit peut parfois être assez lent et cela renforce cette impression de ralentissement. Certains utilisent des phrases toutes faites et d'autres ont un langage à leur image, poétique et lointain, créant des néologismes pour exprimer leurs idées, ou divaguant dans un discours parfois dénué de sens ou collant au premier degré, sans accès au symbolique.

5. Représentations corporelles

« Il y a une mise en scène du corps dans la psychose que les peintres et les hommes de théâtre ont su voir et qui devraient nous amener à quelques questions. » Georges Pous cité dans l'article de M. Ruby et I. Salem.

Dans la schizophrénie, la dissociation, les hallucinations, les délires ou encore les angoisses ne permettent pas au sujet de se sentir sécurisé et en harmonie dans son corps. On note un sentiment de **perte de l'intégrité corporelle**, « *le corps vécu n'est plus ressenti comme une*

entité » (Pankow, 2006, p. 242). Cette sensation de perte de l'intégrité se reflète sur le schéma corporel et l'image du corps de la personne souffrant de schizophrénie.

Ces troubles de l'image du corps se manifestent aussi dans une **certaine négligence vis-à-vis de l'hygiène**, notamment au niveau de l'odeur corporelle qui peut être forte voire nauséabonde, ou des vêtements portés plusieurs jours sans les laver. Cette **carapace olfactive** semble les protéger d'autrui et d'une intrusion éventuelle. Cela peut aussi signifier la présence d'une enveloppe de substitution.

Les premiers symptômes qui apparaissent dans cette pathologie sont souvent des **sensations corporelles étranges** qui viennent questionner, inquiéter voire anéantir la personne. « *Le malade voit ou éprouve la maladie dans son corps devenu le siège de transformations instables, il peut ne plus se reconnaître* » (Bonnet & al., 2007, p. 112).

a. La place des angoisses

Le plus souvent corporelles, les angoisses touchent à **l'intégrité du corps**. Nous parlons **d'angoisses archaïques** car leur origine se situe en-deçà de l'apparition du langage. Elles se manifestent dès que la personne est « *soumise à un afflux trop important d'excitations (externes ou internes), non maîtrisables et non compréhensibles* » (Pireyre, 2015, p. 142). Les angoisses peuvent « *se traduire par une désorganisation gestuelle, une maladresse, ou des attitudes particulières* » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 131) et une détresse psychique.

Les **angoisses de morcellement** amènent l'individu à ressentir une étrangeté vis-à-vis de lui-même et de son corps. Les représentations corporelles en sont alors désorganisées. Il s'agit d'un « *sentiment de désintégration du moi qui induirait des angoisses de tomber en morceaux* » (Pireyre, 2015, p. 142). Ces angoisses massives, invalidantes, destructurantes illustrent alors un trouble de l'image du corps.

Lors d'un repas, Mr N. m'explique la façon dont il perçoit son corps. Selon lui, « *et ce n'est pas donné à tout le monde !* », il a la capacité de voir son corps à 360° grâce à une vision à distance. C'est-à-dire qu'il est à la fois dans son corps et à l'extérieur de son corps, un peu en retrait. Ainsi, il peut voir des parties de son corps que nous ne pouvons pas voir de manière générale tel que le dos ou le coude. Il considère que c'est une chance et n'est pas angoissé par cela. Telle une dépersonnalisation sans angoisse.

Winnicott associe les **angoisses d'effondrement** à la mort, au vide et à la non-existence (Pireyre, 2015, p. 180). Elles font référence à une terreur de l'anéantissement. L'engagement corporel en psychomotricité, aussi bien du patient que du thérapeute, visera à soulager cette angoisse grâce à une contenance à la fois psychique et physique qui permet le maintien ou « *la construction de l'enveloppe psychique* » (Pireyre, 2015, p. 184).

L'angoisse de liquéfaction peut être représentée comme l'angoisse de « *s'écouler et de se répandre* » s'apparentant à la crainte « *de la disparition de la frontière corporelle* » (Pireyre, 2015, p. 151).

On rencontre parfois des **angoisses de dépersonnalisation et de déréalisation**. Il s'agit d'une sensation de détachement de son corps ou de l'environnement. Cela amène à des distorsions des perceptions corporelles et mentales. Cela conduit le patient à ressentir un sentiment d'étrangeté et à des expériences de dysmorphophobie (Lauru, 2004, p. 87).

Mr S. est âgé de 21 ans. Le diagnostic de schizophrénie a été posé à ses 20 ans bien qu'une symptomatologie psychotique évoluait depuis 2 ans. Au cours d'une séance de psychomotricité, il s'observe intensément dans le miroir. Nous partons alors de cela en lui demandant ce qu'il voit. Il sait verbaliser qu'il s'agit de son reflet et donc de lui car il l'a appris. En revanche, il exprime ne pas vraiment se reconnaître, sa tête changeant de forme et voyant son corps se rapprocher ou s'éloigner. Mr S. dit ressentir vraiment ses sensations et qu'il s'y est habitué. On peut cependant observer une grande frayeur dans ses yeux et une angoisse bien présente. Il se décale un peu et tente de prendre du recul sans pouvoir réellement décrocher de cette image. Nous lui proposons alors de passer à autre chose, il se saisit de la proposition sans pour autant se rassurer. Nous orientons donc la proposition suivante vers beaucoup plus de contenance autour d'une prise de conscience de l'espace réel, la salle de psychomotricité, afin qu'il puisse trouver des repères concrets et solides.

L'angoisse de persécution est fréquente chez les patients que je rencontre. L'individu perçoit l'autre comme menaçant, inquiétant et potentiellement dangereux. Il y a alors le « *danger que son individualité ne soit noyée dans une relation symbiotique avec l'autre* », qui amènerait à une confusion identitaire (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 79). Elles sont le plus souvent en lien avec des angoisses d'intrusion, de viol psychique ou de manipulation et témoignent d'une porosité, d'une fragilité de l'enveloppe corporelle.

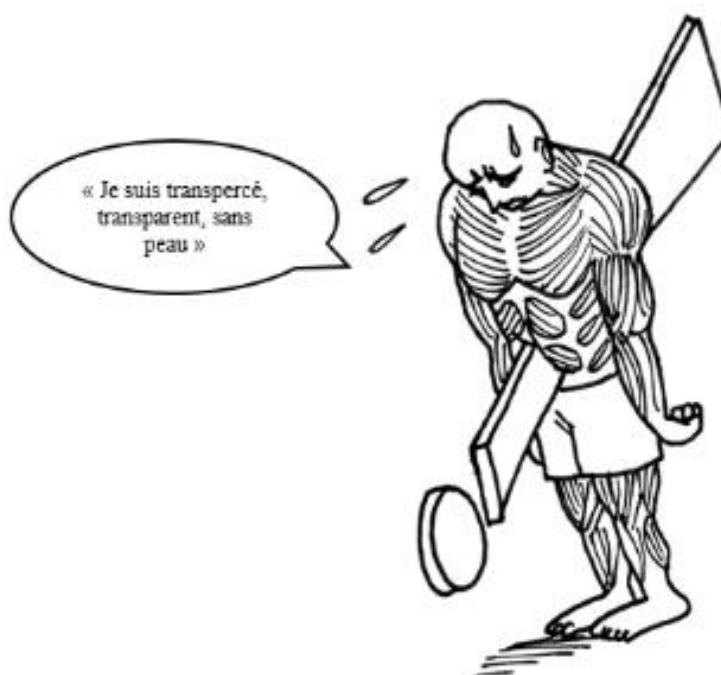
Les **angoisses de dévoration** donnent l'impression à l'individu d'être assimilé par l'autre ou par l'environnement.

Au cours des séances de psychomotricité, des angoisses archaïques peuvent surgir. En effet, il est offert au patient un espace où il peut mettre en jeu son corps, un espace où « *des éprouvés corporels se jouent et se rejouent* » (Pireyre, 2015, p. 155) en toute sécurité. Le patient est porté par la présence active du psychomotricien. La **verbalisation** a ici une place essentielle car mettre des mots sur les ressentis du patient permet de ne pas terminer la séance sur des ressentis dénués de sens qui prolongerait cet état d'angoisse non symbolisable. Tant que l'apaisement n'est pas vécu et ressenti de l'intérieur, le monde extérieur pourra être vécu comme dangereux, insécure voire persécuteur. **L'image du corps sera largement impactée** par ces angoisses dont découlent des sentiments de dépersonnalisation et de dysmorphophobie, une angoisse de « *ne plus se sentir soi-même dans son corps* » (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 80).

b. Qu'en est-il des enveloppes ?

« *Chez le psychotique, tout se passe comme si cette enveloppe perméable n'assurait plus sa fonction de limite et de protection, le filtre est devenu passoire. [...] Tout entre et tout sort, lui semble-t-il, contre son gré et à sa grande angoisse. [...] Il se vide de sa substance et ne peut rien opposer aux invasions du dehors* » (Pasche dans la préface de Pous, 1995, p. 7). Les **limites corporelles sont parfois floues**, manquant de substance et de construction. **L'intérieur et l'extérieur s'entremêlent et se confondent** laissant le sujet perméable et soumis à toutes les afférences intérieures et extérieures et, de ce fait, en proie aux angoisses de morcellement, de liquéfaction ou encore de persécution.

L'unité corporelle s'en trouve fragilisée. La personne schizophrène est en proie à la **dissociation**. Il s'agit de la « *déstructuration de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur* » (Pankow cité par Mornet, 2006, p. 40), telle une déliaison entre le tout et les parties.



Pour Anzieu, le « *Moi-peau* » de ces patients est telle une passoire, « *laissant le schizophrène dépourvu de barrière protectrice* ». Les **fonctions de maintenance et de contenance** dont il parle sont altérées dans la schizophrénie et amènent à des angoisses de perte d'objet, de perte d'autonomie, de morcellement ou de vidange. Les représentations corporelles et psychiques sont alors déstructurées.

L'enveloppe de pare-excitation est également perturbée dans la schizophrénie. La personne n'est plus capable de filtrer les stimulations venant de l'extérieur qui lui arrivent de manière brute et non atténuée. La personne peut alors se sentir « *télécommandée par l'extérieur* » et déchu de ses idées, souvenirs et sentiments (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 82). Elle attribue à l'extérieur des vécus internes.

Bien sûr, grâce au langage, nous pouvons avoir un aperçu de ce qui se joue pour les personnes. Mais cela suffit-il ? Il me semble que le corps parle parfois davantage sinon plus finement qu'un simple mot ou une simple phrase posés sur un ressenti corporel. D'ailleurs, les patients que je rencontre ont parfois des phrases toutes faites, un peu répétées, qui perdent de leur sens et de leur essence. Leur corps nous indique tout autre chose. « *Pour savoir ce qu'il en est, nous devons faire appel à d'autres sens que nos oreilles : nos yeux, notre odorat parfois* » (Pous, 1995, p. 31). Afin d'expérimenter ces limites corporelles, Pankow propose un travail corporel à partir du toucher afin « *d'éprouver la présence de ce corps et en apercevoir les contours* » (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 81). Pourtant, le discours du patient a une place essentielle et grâce à lui, nous avons accès aux mobilisations corporelles.

En séance de psychomotricité, le patient pourra expérimenter et ressentir sa corporéité de manière globale. Progressivement, il pourra travailler à se réapproprier ses limites corporelles et tenter de retrouver une unité et une harmonie corporelle. La perception des distances entre soi et autrui est perturbée. Certains n'ont pas conscience d'une trop grande proximité pendant que d'autres se sentent très facilement intrusés. En psychomotricité, nous travaillons cette distance soi/non-soi grâce à un travail sur l'enveloppe et les limites corporelles.

Mr V. a 32 ans. Il a été diagnostiqué schizophrène à l'âge de 26 ans. Nous travaillons avec lui en psychomotricité sur la question de l'enveloppe et la constitution d'une bulle protectrice. En effet, il se sent régulièrement persécuté par les autres qui entrent facilement dans son espace « vital », le paralysant presque, dans les mots comme dans les actes. Lors d'une séance, nous lui proposons de s'allonger et d'expérimenter ces notions d'enveloppe protectrice et de distance. Grâce à des objets (coussins, couvertures, sacs lestés, bambous...), nous matérialisons les contours de son corps. La face postérieure de son corps est en appui sur le matelas, ses contours sont marqués par des objets et la face antérieure est recouverte d'une couverture et de coussins. Seul son visage est découvert, les contours de sa tête sont entourés d'une couverture.

Nous le laissons quelques instants ressentir ce qui se passe pour lui au niveau de la perception de son enveloppe, ici extérieure à lui, mais qu'il pourrait incorporer telle une seconde peau. Puis nous lui proposons, chacune à notre tour, la psychomotricienne et moi-même de nous approcher ou de nous éloigner de lui. Nous sommes donc sur les côtés et nous avançons à tour de rôle à différents niveaux de son corps. C'est lui qui définit la distance qu'il juge la plus adéquate et sécuritaire pour lui, la distance où nous ne rentrons pas dans sa bulle. Nous laissons des petits temps de latence afin qu'il puisse internaliser ces expériences, les faire siennes. Il prend conscience qu'il accepte qu'on s'approche plus ou moins près de lui en fonction des parties de son corps qu'il juge plus ou moins intimes ou à protéger.

A la fin de la séance, nous proposons à Mr V. de se relever doucement afin de ne pas défaire cette enveloppe matérielle pour qu'il puisse la visualiser une fois debout.

Il se relève et, fièrement, avec un demi-sourire, il dit : « *je suis grand quand même, j'ai les épaules larges, je suis parfait* ». Il y a là le passage d'un espace concret du corps à un espace représenté, c'est-à-dire une construction psychique de son vécu corporel.

c. Le corps en morceaux

« *Un des signes cardinaux du trouble schizophrénique consiste en un vécu de transformation corporelle, témoignage direct d'une perte d'identité, d'une profonde altération de la reconnaissance de soi-même, [...] des doutes sur la consistance de leur être* » (Bonnet & al., 2007, p. 109).

Le corps vécu chez ces patients est difficilement accessible. Ils ne mettent que très peu de mots sur leur vécu et, le plus souvent, le discours est porté au niveau du mental, laissant le corps de côté. Mais, « *la maladie ne touche pas une seule partie du corps – pas seulement la tête même si l'on est malade mental – et sont affectés le corps réel tout autant que le corps vécu* » (Bonnet & al., 2007, p. 126).



Quand cela est possible, le patient rapporte un discours particulier sur son corps, notamment lorsqu'il est confronté à des hallucinations. Le vécu corporel est alors largement perturbé et angoissant. Le patient peut alors avoir des sensations d'odeurs nauséabondes, des sensations cutanées parfois inacceptables (fourmillements, sensations d'insectes sur ou sous la peau, picotements...), des convictions dysmorphiques ou encore un sentiment d'altération d'une ou plusieurs parties du corps.

Il y a donc une hyper-vigilance du corps et des interprétations parfois délirantes des sensations et ressentis corporels. On peut alors parler de défaillance au niveau du vécu sensoriel qui amène le sujet à ressentir un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de lui-même et de son corps, un « *sentiment de ne plus exister en tant qu'être humain* » (Haouzir, Bernoussi, 2020, p. 79), une perte de la continuité d'existence. L'image du corps et le schéma corporel « *subissent les assauts des hallucinations cénesthésiques et s'en trouvent modifiés, transformés ou amputés* » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 130).

Mr L, 27 ans, diagnostiqué schizophrène depuis l'âge de 20 ans me dit lors d'un repas, alors que je l'observe se tenant très fortement la tête comme pour la tenir accrochée à son cou, qu'il tente de la raccrocher car elle est en train de se décrocher. Puis il la relâche et rit comme s'il était habitué à cette sensation et que ça en devenait risible. Il finit par me dire qu'il est explosé, semblant à la fois torturé et léger.

« *Les deux morceaux de moi, celui qui voulait partir et celui qui avait peur de le faire, fragments de moi seulement tous deux, mais tous deux également fripons probablement, se tiraient par les cheveux* » Kafka, 1956, p.268 dans *Lettres à Milena*.

Pour Pous (1995), deux sujets reviennent régulièrement chez les patients atteints de schizophrénie :

- « **Je ne sens pas mon corps** » : défini comme un sentiment de morcellement où certaines parties du corps ne seraient pas rattachées au tout, à l'unité corporelle. « *Ce sentiment peut culminer dans des états d'angoisse sidérante qui laissent le patient paralysé, ou le plongent dans une activité désespérée, pouvant aller jusqu'à l'agression ou l'auto-agression, afin de retrouver une sensation de vie psychique* » (Pous, 1995, p. 30).

Certains ont besoin d'avoir un sac à dos en permanence sur eux, comme pour conscientiser l'arrière de leur corps : cette conscience du dos est souvent défaillante ou fragile chez les personnes atteintes de schizophrénie. Ce serait alors comme un « *besoin de protection contre les agressions en renforçant les sensations à la surface du corps* » (Pous, 1995, p. 46).

- « **Plaintes somatiques** » : les patients ressentent sur un versant douloureux leur corps, ou de manière inquiétante. Des changements toniques peuvent alors apparaître de manière inconsciente, comme pour « geler » ses sensations. Si l'hypertonie est au premier plan, on peut alors parler de « *cuirasse tonique* ». Le corps serait alors seulement perçu dans la douleur.

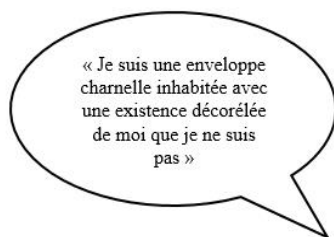
Je remarque que de nombreux pensionnaires se plaignent de douleurs physiques, notamment au niveau du dos et des cervicales. Il y a peu, voire pas, de ballant au niveau des membres supérieurs et le haut de leur corps semble très rigide, leur offrant peu de mobilité et de flexibilité.

d. Quand l'être s'oublie, que reste-t-il ?

L'espace et le temps ont une construction particulière et fragile dans la schizophrénie. La personne peut souffrir d'une **désorganisation spatio-temporelle** due à une **perte des repères spatio-temporels**. Le corps et ses besoins ne sont plus une référence organisatrice. L'entrée dans la maladie crée une rupture avec la vie d'avant, tout se mélange et l'espace et le temps ne sont plus en lien. Les perturbations des rythmes veille/sommeil et alimentaire illustrent cette désorganisation. Il est donc d'autant plus important de rythmer les journées des pensionnaires grâce à des heures de repas fixes et en groupe, ainsi que des temps institutionnels. Cela devient alors une base que les patients peuvent internaliser pour se réapproprier des repères et s'engager corporellement dans l'espace et dans le temps. C'est aussi se ré-ancrer dans la dimension

historique de son histoire et de son être et donc de sa subjectivation. Ce que ne permet pas la dissociation.

La pathologie prend parfois une place prépondérante dans la vie du sujet qui peut parfois **s’y confondre**, oubliant son passé, annulant son avenir, sans pour autant s’ancrer dans le présent. Pourtant, le corps est porteur des mémoires de notre histoire dont il est marqué physiquement et



psychiquement. La personne atteinte de schizophrénie ne fait pas forcément de lien entre ce qu’elle vit et son histoire. « *Le temps n’ayant plus de limites, l’histoire du sujet s’émiette ou explose. La dissociation envahit le psychisme, et simultanément le corps lui aussi se disloque, perd ses limites et son enveloppe* » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 224).

Lors d’un temps informel, Mr L., me confie qu’il apprécie beaucoup la peinture et qu’il peint quasi quotidiennement. Il me montre quelques-unes de ses créations qui sont toutes datées et annotées. Il me dit alors qu’il peint pour ne pas oublier, **pour ne pas s’oublier** et se souvenir de qui il était avant. Comme une rétrospective de sa vie qui lui permet de ne pas totalement plonger dans la maladie. Diagnostiqué depuis 7 ans, il me dit avoir accepté. En revanche, il a l’impression de perdre ses souvenirs d’avant, comme si ces derniers se délitait au cours du temps. En quelque sorte, il peint pour rester vivant et retrouver un semblant de limite.

Ses peintures sont généralement recouvertes de nombreuses couches de peintures. Comme s’il tentait de mettre de l’épaisseur, une consistance face au vide auquel il est parfois confronté.

D. Conclusion

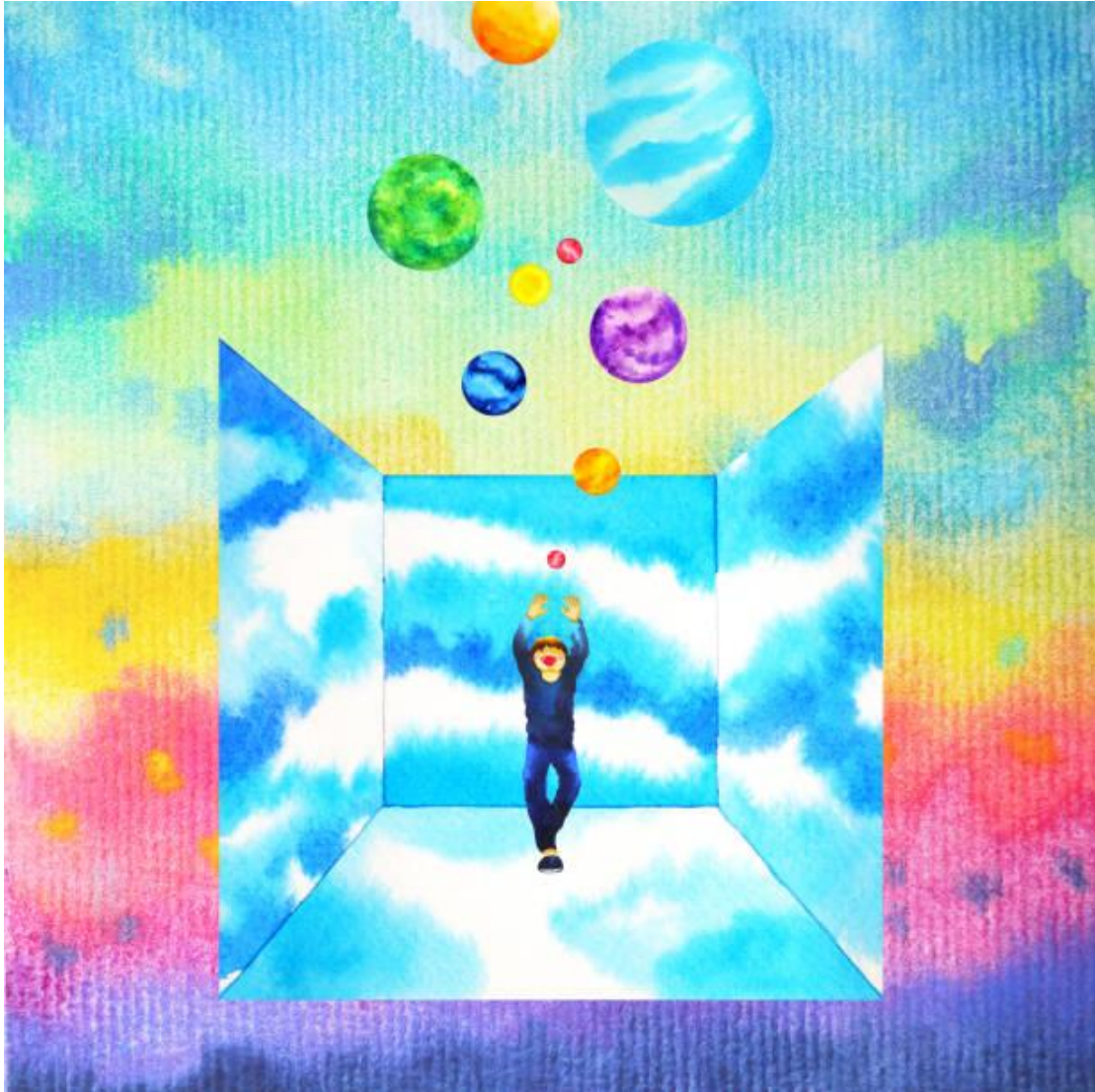
Les troubles psychomoteurs peuvent être considérés comme des **défenses contre la déstructuration psychocorporelle** telle une tentative de reconstruction (Defiolles-Peltier, 2000, p. 131). Dans la pathologie schizophrénique, on observe un déséquilibre au sein des fonctions psychomotrices. Ces symptômes, en s’ancrant dans le corps, montrent d’une certaine

manière une altération du sentiment de continuité d'existence. « *Les troubles dans la perception de leur corps sont un symptôme courant du tableau psychotique : impression de manque de consistance corporelle, de morcellement, inquiétude sur l'intégrité des organes intérieurs, désintérêt de l'aspect et des besoins physiques. Le corps pour le psychotique est un problème : lieu de souffrance, outil de violence, instrument grotesquement inadapté à ses besoins régressifs.* » (Pous, 1995, p. 63). Le vécu corporel de chaque patient est unique, en fonction de son histoire de vie, de sa manière de vivre avec sa maladie, de ses expériences et des soutiens dont il dispose. Nous ne pouvons faire de généralités, seulement présenter certaines caractéristiques.

Loin de considérer l'individu comme victime de sa maladie, je crois néanmoins que cette dernière est un empêchement à se sentir structuré et uni, tel un défaut de contenance. C'est dans le rapport que le sujet entretient avec son corps, autrement dit dans la représentation mentale qu'il en a, que la corporéité est impactée. Le dedans et le dehors sont indifférenciés, rendant le sujet très perméable à ses émotions et affects et au monde extérieur. Le corps propre, réel, présent physiquement semble être un fardeau quotidien, un corps étrange et étranger qui ne s'inscrit pas ou plus psychiquement. Le corps n'est plus un repère fiable sur lequel l'individu peut compter et trouver du repos. Perdre son corps, c'est aussi perdre la raison. L'Homme sans corps ne sait plus qui il est et qui il n'est pas, il perd son identité.

Le psychomotricien sert de support corporel au patient. Il a une lecture fine du corps qui lui permet de s'ajuster au mieux à son patient. Son rôle sera de mettre en mots, avec le patient, les ressentis et le vécu corporel, de « *convertir le reflet en écho* » (Pasche dans la préface de Pous, 1995, p. 7). Il est le miroir de l'expérience du patient, une base solide, contenant et rassurante qui permet au patient d'éprouver un ancrage corporel et psychique. Cela sous-entend la part active du patient dans ce processus, il y a un partage, une mise en commun. Ainsi, le patient retrouve une place de sujet désirant dans cette co-construction thérapeutique. Le psychomotricien est un guide, un accompagnant qui soutient et étaye dans une juste distance relationnelle. Il ne tire pas le patient vers l'avant, ne le pousse pas et ne veut rien à sa place. Il s'agira davantage **d'éveiller une envie, un désir** que de susciter quelque chose d'attendu. Autrement dit, il s'agit d'un travail autour d'une reconstruction de la personne afin qu'elle puisse trouver en elle des ressources physiques et psychiques. Cela peut se faire grâce aux expériences corporelles favorisant le sentiment d'unité corporelle et d'enveloppe que le sujet pourra vivre en séance. Progressivement, le patient pourra s'approprier ses ressentis et se vivre de manière plus sécurisée et unifiée. Cela lui permettra, dans un second temps, de développer des compétences adaptatives et de se ré-inscrire dans la relation aux autres et au monde.

Partie clinique



« Qu'en est-il du souci de l'humain, du souci de l'irréductible de l'humain, du souci de l'irréductible singularité de l'humain ? »

Alain Buzaré

IV. UN AVENIR EN CO-CONSTRUCTION

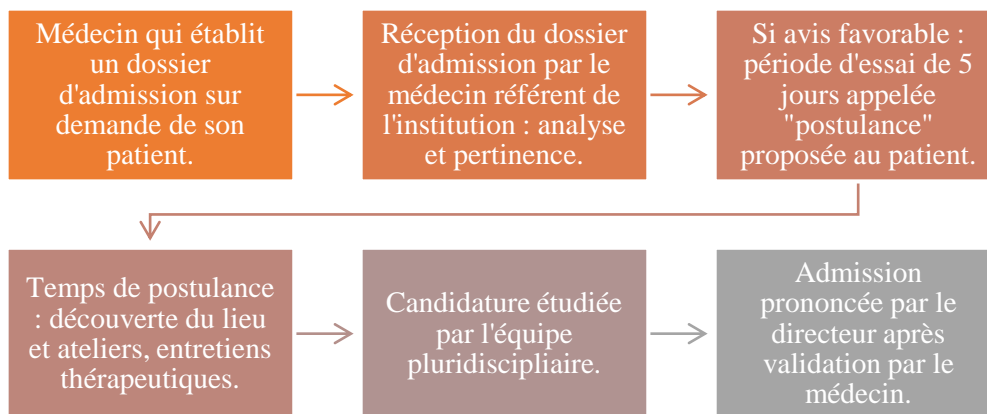
« On ne m'a pas apporté de réponses toutes faites, seulement de la terre pour que je cultive les miennes » Extrait du livre « demain j'étais folle » d'Arnhild Lauveng

A. Le lieu de stage

La structure où j'effectue mon stage de troisième année de psychomotricité est un établissement sanitaire qui accueille des **jeunes adultes de 18 à 30 ans atteints de troubles psychiques graves**. La prise en charge thérapeutique et socio-éducative permet au patient de s'inscrire dans un **parcours de soin** avec la présence étayante et contenant d'une **équipe pluridisciplinaire** (psychologue, éducateurs, infirmiers, psychomotricienne, assistante sociale, neuropsychologue, médecin psychiatre, maîtresse de maison, personnes d'entretien des locaux, cuisiniers, veilleur de nuit et pôle administratif et de la direction). C'est un **établissement à taille humaine** en capacité de recevoir entre 12 et 14 jeunes. Le **collectif** est important pour eux car « *ils ne se sentent pas seul* » me dira un jour un pensionnaire. Un autre encore, « *si on ne prend plus soin des uns des autres, alors nous sommes perdus* ». L'aspect communautaire permet d'être ensemble tout en apprenant à faire seul.

L'institution, créée en 1961, a pour objectif de proposer une **structure d'accueil qui prolonge les soins psychiatriques en dehors de l'hôpital** et d'aider à la réinsertion socio-professionnelle. L'institution devient alors un entre-deux entre le milieu fermé de l'hôpital psychiatrique et la vie sociale « normale ». Elle est un lieu contenant, sécurisant et non agresseur. En effet, la symptomatologie schizophrénique peut être invalidante et, nous l'avons vu précédemment, les personnes atteintes de maladies psychiques font l'objet de discriminations. Ainsi, il y a de nombreux empêchements à s'inscrire au sein d'une activité, à travailler, à habiter seul, à sortir de chez soi. Le dispositif de soin proposé ici est là pour **accompagner la personne à son rythme et dans le respect de ses choix**. Les pensionnaires décrivent d'ailleurs le lieu comme « *un cocon protecteur* ».

L'établissement fonctionne sur le principe d'un internat et les pensionnaires sont accueillis en **hospitalisation complète et libre** pour une durée maximale de 3 ans. L'admission du patient est simple et s'articule ainsi :



Il est possible de poursuivre ce parcours grâce au service de suite. Cet accompagnement au-delà du foyer est personnalisé en fonction des parcours de chaque patient. L'établissement dispose donc d'appartements associatifs qui permettent de tendre vers une autonomie complète de manière progressive, au rythme du patient.

La prise en charge favorise **l'inscription sociale** avec la mise en place de vacances d'une semaine en été et hiver et de weekends de fermeture une fois par mois. Les pensionnaires peuvent alors sortir de l'institution et investir d'autres sphères. De plus, l'institution aide et accompagne à réinvestir un parcours scolaire et/ou professionnelle (poursuite d'un cycle d'étude, formation professionnelle, remise à niveau, activités culturelles, monde du travail). Les pensionnaires ont un **accompagnement social individualisé** qui permet une reconnaissance sociale et une restauration identitaire. Enfin, l'institution propose de nombreux **ateliers thérapeutiques**. Des **suivis en psychologie/psychiatrie et/ou en psychomotricité** sont également possibles **en fonction de la demande** des pensionnaires.

De **nombreuses médiations**, animées par le personnel soignant, ponctuent les journées. Chacun est libre de proposer la médiation de son choix en fonction de ses préférences et de l'intérêt thérapeutique pour la population accueillie. Chacune de ces médiations permettent aux patients d'expérimenter, de s'ouvrir à de nouvelles disciplines, en mettant en jeu le corps et ses représentations. C'est un espace d'échanges propice au partage et à la parole.

Différents types d'activités sont proposés :



Expression



Questions de société



Médiation équine



Jeux de société



Fanzine Musical



Jardin



Echappées belles (randonnées)



Couture



Groupe Musique



Persona (théâtre, chant, danse)



Sport



Ecriture

Il y a un **rythme propre à l'institution**. Ainsi, chaque pensionnaire se structure plus facilement dans le temps et acquiert des repères stables. Progressivement, il peut établir ou rétablir ses propres repères spatio-temporels. Les règles de vie communes sont pensées de concert, soignants et pensionnaires. Cela offre à la fois des libertés, de vivre dans un lieu familial, personnalisé et personnalisable, tout en y étant sécurisé. Un lieu de vie « *comme à la maison* ».

Les pensionnaires ont un temps de réunion où divers sujets sont abordés (règles de vie, hygiène, services, conflits, ateliers, entre-aide...). Chaque parole est accueillie et débattue. Le **patient est directement impliqué** dans l'ensemble de la vie institutionnelle. Les journées sont rythmées par des temps de repas avec des missions de services. Le soir, quelques-uns proposent le visionnage d'un film, un jeu de société ou encore une partie de console. Ceux qui souhaitent participer sont les bienvenus.

La demande du patient est primordiale au sein de l'institution où la parole a une place de choix. Ici, la **place donnée au récit est grande**, le patient est dans un bain de parole qui fait qu'il existe par et au-delà des mots des soignants. Tous les jeudis après-midi, l'ensemble des soignants se rassemble pour un **temps de réunion**. Ce temps est précieux et permet à chacun de s'exprimer, d'élaborer, de partager sur la vie institutionnelle et de revenir sur la semaine de chaque pensionnaire. Lors de ces réunions, je remarque beaucoup de bienveillance et d'écoute. Chacun aborde ses doutes et questionnements et, ensemble, des liens sont faits entre la clinique et la théorie. Ces temps font partie intégrante de la **psychothérapie institutionnelle**.

B. La psychothérapie institutionnelle

« Ce n'est pas en enfermant son voisin que l'on se convainc de son propre bon sens »

(Dostoïevski)

La psychothérapie institutionnelle est une proposition dans la prise en charge des patients. « Elle est basée, d'une part, sur une certaine conception de l'homme, de sa liberté et de sa folie, et d'autre part, sur la double dimension subjective et sociale de toute existence humaine. Elle se constitue comme une méthode pour résister à tout ce qui est concentrationnaire et ségrégatif. Elle fournit les outils d'analyse individuelle et collective. En cela, son actualité est permanente : elle permet, aujourd'hui encore, d'éclairer les doutes qui traversent les pratiques cliniques » (Mornet, 2007, p. 177). Autrement dit, face à la schizophrénie, elle se trouve être une **réponse à la dissociation** de la personne, en « réunissant les différents morceaux projetés sur l'ensemble de l'équipe soignante, reconstruire, par le contre-transfert, ce qu'il peut en être de l'ensemble unifié du monde interne de ce sujet » (Pouillaude, 2012, p. 46).

La psychothérapie institutionnelle prend également **soin des soignants** en offrant des espaces de réunion où les questionnements, les doutes et les difficultés de chacun peuvent être abordés et pensés ensemble. Il y a aussi plusieurs temps d'échange plus informels dans le bureau des soignants où l'humour a parfois un rôle cathartique.

« L'image du corps s'inscrit non seulement dans l'espace, dans un certain contexte, mais aussi dans le temps. [...] Chez des patients qui ont une difficulté à se constituer cette histoire corporelle, elle peut s'étayer sur l'histoire de l'institution » (Hochmann, sous la Direction de Delion, 2002, p. 111). Les soignants vont donc recevoir la souffrance des patients, le plus souvent de manière brute. En effet, « le fonctionnement psychique de la personne atteinte de schizophrénie est au cœur du processus thérapeutique » (Pouillaude, 2012, p. 48). Il est donc essentiel que ces espaces et ces temps de parole continuent à exister pour le bien fondé de l'institution et des soignants. Il en va de la qualité des propositions thérapeutiques.

La psychothérapie institutionnelle part donc du constat de la double aliénation qui se trouve être à la fois sociale et individuelle. En ce sens, comme nous ne pouvons pas modifier l'ordre du monde, il est nécessaire de modifier la situation à un niveau davantage local, c'est-à-dire institutionnel. La proposition que fait la psychothérapie institutionnelle est donc de soigner l'institution en analysant l'aliénation sociale et en tentant de ne pas la reproduire. Ainsi s'opèrent la transformation et la création d'un lieu « où il devient possible de vivre sa folie » (Pouillaude, 2012, p. 52).

C. Place de la psychomotricité au sein de l'institution

Au-delà des soins somatiques, la psychomotricité intègre la dimension corporelle dans la prise en charge institutionnelle. De manière générale, les indications de psychomotricité en psychiatrie adulte sont nombreuses : « *amélioration de l'image du corps, gestion de l'anxiété et de l'angoisse, réinvestissement corporel, travail dans la relation à l'autre, retour à la réalité par l'éprouvé corporel, expressivité et accordage des émotions, ajustement tonique* » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 299). Les prises en charge en psychomotricité s'inscrivent dans le projet institutionnel. La transmission avec les autres professionnels est essentielle et se fait dans le respect de l'intimité du patient et du secret professionnel. Ce qui se passe en psychomotricité reste en psychomotricité mais le fait clinique et l'évolution du patient sont partagés.

Selon Désobeau, « *la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est* ». Il jongle entre ses connaissances théoriques, ses expériences, ses propres vécus corporels et ce qu'amène le patient en séance. Il observe donc ce que le patient donne à voir dans son **langage verbal et non verbal**. L'outil principal de cette relation thérapeutique est donc une **écoute attentive et une qualité de présence**. Le lieu privilégié de la rencontre entre le patient et le psychomotricien est le corps. Nous nous trouvons dans un **espace et un temps différent**. En psychomotricité, nous avons le temps de prendre le temps. Spatialement, même la salle se trouve en marge, au fond du jardin.

« *La lecture des difficultés corporelles fait partie de la spécificité des psychomotriciens* » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 303). Le projet en psychomotricité est donc de passer du vécu corporel à la symbolisation, de mettre du sens sur ce que le patient amène en séance. « *Le psychomotricien est, à mon sens, le professionnel de la santé le plus à même de travailler au niveau du « corps propre » du malade, en restituant cette approche dans la dimension psychologique, et par rapport au fonctionnement de la pensée* » (Calza, Contant, 1999, p. 163).

D. Ma place de stagiaire

A mon arrivée dans la structure, je suis invitée à vivre un **moment d'errance**. Mon temps était consacré à la rencontre de l'institution, des soignants et des pensionnaires, lors des moments formels (réunion institutionnelle) et informels (repas, pièces à vivre...). L'errance a été une période riche en réflexions, doutes et questionnements et m'a permis de **me confronter à l'expérience du vide et de l'inaction**. J'avais à la fois le sentiment d'être en trop, de ne pas être à ma place ou encore d'être trop présente pour certains pensionnaires, et pas assez pour d'autres. Je tentais de combler ce vide abyssal en étant partout et nulle part à la fois.

Progressivement, j'ai compris que ce vide était leur monde et que si je voulais entrer en contact avec eux, il fallait que je fasse de ce vide un espace familier.

J'étais pétrie de questionnements sur ma place, mon rôle et ma posture de future professionnelle. Comment ne pas m'aliéner à leurs côtés ? Comment adopter la bonne distance ? Comment appréhender leur monde sans être brusque, intrusive ou maladroite ? Pourtant, je ne pouvais m'empêcher de ressentir quelque chose de très particulier au sein de ce lieu. Dans ce tourbillon de pensées et de doutes, il y avait quelque chose de très serein qui émanait, une certaine ambiance qui semblait protéger de toutes les agressivités extérieures. Ainsi, je pouvais explorer tout en étant soutenue. Progressivement, je m'imprégnais de cette atmosphère.

Je ressens l'institution comme un **cocon protecteur**. En fin de journée, lorsque je rentre chez moi, j'ai comme l'impression d'avoir été coupée du monde, d'avoir vécu dans un autre espace-temps. Le temps du retour à mon domicile est vécu comme un espace tampon entre deux réalités. C'est assez saisissant de se confronter à nouveau au monde extérieur. Je ne peux m'empêcher de me demander si mes ressentis se rapprochent de ce que peuvent ressentir les pensionnaires, d'autant plus qu'il s'agit de leur lieu de vie. L'institution est une instance très soutenante et protectrice et la confrontation à l'extérieur peut être troublante, voire déroutante.

Les moments de repas thérapeutiques sont propices à de nombreuses discussions toujours riches et passionnantes. Dans ces moments informels que j'affectionne particulièrement, je vais à la rencontre de chaque pensionnaire et je découvre les habitudes et les préférences de chacun.

En séances de psychomotricité, je suis venue ébranler les relations dyadiques déjà établies et il a fallu un temps d'adaptation. Les séances débutent par un temps d'accueil et de parole où le pensionnaire verbalise ce qui se passe pour lui et comment il se sent. Dans ces moments, j'ai une place d'observatrice avec une écoute attentive et un regard que j'espère porteur et soutenant. J'essaie qu'il ne soit pas intrusif, de même que ma présence, car cela peut être inquiétant pour certains. C'est notamment le cas de Mme M. qui me jette régulièrement des regards en coin, furtifs, l'air un peu inquiet, surtout lors des premières séances.

Les propositions corporelles faites aux pensionnaires sont réalisées dans la relation et chacun de nous a une place active corporellement. J'ai eu l'occasion d'animer certains des moments de relaxation où j'ai pu mettre au travail mes capacités d'élocution et ma voix, d'abord trop douce et pas assez incarnée. Je réalise aussi un travail rédactionnel en rédigeant tous les comptes rendus de séance sur lesquels nous échangeons et élaborons, la psychomotricienne et moi-même. Il est important, je crois, de se raconter une histoire de ce que le patient a vécu en

séance. Ainsi, nous faisons exister la relation thérapeutique et cela nous permet de nous construire une trame afin d'élaborer des hypothèses, des pistes de travail ou des idées de propositions thérapeutiques. Cette place faite au discours me paraît essentielle et donne à la personne l'opportunité d'être au monde et d'exister.

Au cours des séances de psychomotricité, je me suis sentie parfois impuissante face au mal-être et aux angoisses des patients. Parfois ébranlée dans ma posture, je gardais le cap, épaulée par ma maître de stage. Progressivement, j'ai pris confiance en mes capacités. Tout au long de mon cursus, j'ai pu développer ma boîte à outils de future professionnelle afin d'enrichir mes propositions thérapeutiques. En revanche, mon rôle n'est pas de jouer au chercheur et d'expérimenter sur eux ces outils. Bien au contraire, je suis là pour eux et il est important que je ne désire pas à leur place. Si j'ai la volonté de leur faire faire quelque chose, alors, je soustraies leur désir au mien et je leur retire leur qualité de personne à part entière, actrice dans la thérapie psychomotrice. Il faut donc se méfier des attentes et se mettre à l'écoute du patient, s'emparer de ce qu'il dit, des demandes et propositions qui sont souvent très riches et prennent sens pour lui. C'est le patient qui est au travail, et nous l'accompagnons. Ce stage m'a également appris à être plus humble vis-à-vis de ces envies et de comprendre que nous sommes là, un temps, à leur côté et que nous les accompagnons. Nos temporalités sont différentes, je m'inscris dans un parcours scolaire et eux dans un parcours de soin. Il est primordial de respecter le patient dans sa temporalité, d'accepter de lâcher prise et de s'ouvrir à ce qui vient. C'est souvent plus riche que tout ce qu'on aurait pu imaginer.

J'ai pris l'initiative de mettre en place un atelier argile et j'ai proposé ce projet à la stagiaire en psychologie afin d'avoir des points de vue théorique et clinique différents mais complémentaires. L'élaboration de cet atelier a été très formatrice avec de nombreuses réflexions et un travail de coordination entre nos deux pôles de compétences. J'ai pris conscience de l'importance d'établir avant tout un cadre thérapeutique structurant capable de supporter toutes nos propositions et idées, tout en restant souple pour accueillir la liberté de chacun des pensionnaires. « *La pathologie schizophrénique, dans sa dissociation, dans ses processus de déliaison, dans son défi lancé à une réalité qu'elle reconstruit, est continuellement une mise à l'épreuve des modes de pensées individuels et collectifs de ceux qui ont en charge son traitement* » (Pouillaude, 2012, p. 45).

V. LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE

Nous avons pu observer à quel point l'investissement du corps chez les personnes atteintes de schizophrénie peut être perturbé au vu des différents symptômes et traitements. Mais aussi à leur manière de se vivre dans un corps tantôt bruyant, tantôt anesthésié, le tout en tentant d'être présent dans une société pas encore très accueillante. Les patients sont comme suspendus, semblant flotter sans trouver de réel ancrage.

Quelle place peut alors avoir la psychomotricité pour accompagner ces patients tout au long de leur parcours de soin et tenter de les aider vers une réorganisation, voire une réappropriation corporelle ?

A. La demande

La démarche clinique proposée en psychomotricité se base sur la **demande du patient**. La psychomotricité n'est pas une indication, même si elle peut être une suggestion de la part des autres soignants. C'est le patient lui-même qui fait la démarche d'un suivi porté par un cadre de soin explicité, permettant d'envisager une alliance thérapeutique librement consentie. La construction de cette alliance se base sur le désir, si petit soit-il, et fait apparaître le patient en tant que sujet, aussi fragile soit-il. Le but est de trouver l'autonomie dans le parcours de soin, que le patient trouve du sens à la prise en charge et qu'il soit dans une position de sujet désirant. Et c'est bien là tout le paradoxe de la schizophrénie. Le désir est quasi absent et le sujet est abrasé par tant d'angoisses.

Nous demandons aux patients d'avoir de nouveaux désirs (thérapeutiques, de soins) alors que les leurs sont meurtris, anéantis et qu'ils doivent faire le deuil d'une vie imaginée, pensée, rêvée à laquelle ils n'auront plus accès. Construire des désirs sur un champ de mines me paraît difficile, parfois même violent. D'où l'importance du temps de construction de la relation, d'aller au rythme du patient et de ses avancées et, bien sûr, qu'il trouve un sentiment de liberté et de contrôle qui lui permette d'expérimenter et de trouver cette place de sujet à part entière.

Après sollicitation de la part du pensionnaire, un premier rendez-vous lui est proposé. Il s'agit d'une prise de contact. Le pensionnaire est amené à verbaliser son intérêt pour un éventuel suivi en psychomotricité et **une demande peut émerger**. Il est primordial de considérer cette demande avec beaucoup de respect et d'attention. Suite à ce premier entretien, libre au patient de revenir vers nous s'il désire entamer un travail. Si c'est le cas, nous lui proposons un

deuxième rendez-vous où le cadre est explicité et où un accord est prononcé, porté également par l'équipe. « *Plusieurs entretiens paraissent nécessaires pour mieux cerner la demande du patient, son mode de fonctionnement psychopathologique et ses qualités d'élaboration psychique* » (Calza, Contant, 1999, p. 159). La demande est considérée en prenant en compte l'inscription globale dans l'institution afin de ne pas surcharger la prise en charge.

B. Le temps de la rencontre

« *Accompagner l'autre c'est accepter d'aller avec lui alors qu'on ne sait pas où il va* »

Michel Cavey

L'idée, c'est que ces patients en grande souffrance psychique puissent se ressourcer au sein d'un espace sécurisant, contenant et accueillant afin de retrouver petit à petit une place de sujet. C'est donc ici une **clinique des petits riens** qui se tisse chaque jour, des petits riens presque imperceptibles mais qui sont pourtant synonymes de changement, d'expérimentation et d'évolution. En effet, ici, **la notion de temps semble étirée à son maximum**, tout va lentement et plusieurs temporalités se bousculent : celle de l'institution, celle des soignants, celle des pensionnaires et le temps des relations. Paradoxalement, **tout s'entremêle mais ne crée pas le chaos**. Au contraire, chacun est respecté dans sa temporalité, tout en respectant celle de l'autre. Bien sûr, en tant que stagiaire, j'ai dû m'adapter à cette temporalité particulière et accepter que le temps thérapeutique exige patience et respect de la personne.

Chaque rencontre demande un accordage particulier et la création d'un lien nouveau. Sans cesse, le **psychomotricien doit faire preuve d'adaptation mêlant curiosité, distance professionnelle et rythme de chacun des partis**. La distance relationnelle serait « *l'espace, à la fois concret et symbolique, nécessaire à l'instauration éventuelle d'un lien spécifique dans sa forme et dans sa nature* ». Lors des premiers entretiens, nous estimons ensemble la « *distance de sécurité* » dont la personne a besoin pour se sentir en confiance. C'est par là que commence **l'alliance thérapeutique**, dans le respect mutuel des distances propres à chacun. (Defiolles-Peltier, 2000, p. 129). Il s'agit de « *porter sans envahir* » (Mornet, 2006, p. 71), c'est-à-dire dans le respect des barrières protectrices que s'est forgées l'individu. « *On ne pénètre pas impunément dans le monde que s'est créé le psychotique* » (Mornet, 2006, p. 70). Il s'agit parfois d'un monde imaginaire, à son image et l'ébranler ou l'intruser serait angoissant voire anéantissant. Tel un bouclier, il protège l'individu de l'effondrement.

C. Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique constitue la **structure de l'espace de soin** et « *contient l'action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2019, p. 357). Il doit être à la fois **contenant, structurant et souple**. Autrement dit, suffisamment solide pour être soutenant, garantir la sécurité et donner des repères et suffisamment souple pour s'adapter à la personne et à la situation. Il se construit de manière dynamique avec le patient, telle une sorte de contrat. La qualité de contenance permettra de libérer l'expression, l'expérimentation et l'appropriation des médiations. Il est donc au service de la relation thérapeutique et permet de faire tiers dans la relation duelle patient/thérapeute en posant des limites. Il est énoncé lors du premier entretien et validé par le patient. Le soignant est garant du cadre, de sa continuité et de sa solidité. Anzieu compare le cadre à un contenant maternel, tel une **enveloppe protectrice**. A partir de là, le patient peut développer son rapport à lui-même et à son corps. « *Il représente un espace dans lequel l'échange va s'inscrire et se limiter, qui va résister aussi bien aux désirs de transgression du patient qu'aux nôtres, dans lequel nous ne donnerons pas tout, mais où le patient saura ce qu'il peut attendre, ce qu'il est en droit d'exiger* » (Pous, 1995, p. 51). Il a donc aussi un rôle de pare-excitation.

Ce cadre thérapeutique comprend trois règles de base : la sécurité physique et psychique, la confidentialité et des rendez-vous individuels. Il est intériorisé par le patient et le thérapeute, telle une **instance psychique**. L'alliance thérapeutique repose dessus, sur la répétition des séances et la garantie d'un espace et d'un temps appartenant au patient. La rythmicité permet à l'individu de se constituer des repères, d'organiser les relations et de trouver ou de retrouver un sentiment de continuité.

Selon Potel, le cadre thérapeutique est **physique** avec un lieu et un temps repérés, du matériel et, éventuellement, des médiations. Il est aussi **psychique** et comprend les conditions d'encadrement (seul, en équipe, co-animation...), de fonctionnement institutionnel et la disponibilité psychocorporelle du thérapeute (personnalité, qualités d'empathie, capacités psychiques...). Il se trouve à plusieurs niveaux : spatial, temporel, institutionnel (temps de réunion, de partages...), personnel (formations, réflexions, activités personnelles...) et relationnel (interdits et limites). Nous avons un devoir de parole et de mise en mots de notre travail. En psychomotricité, nous avons un décret de compétence pour en-cadrer notre profession.

D. Transfert/contre-transfert

« Il faudra attendre qu'une relation transférentielle puisse s'établir entre le malade et le thérapeute pour qu'une histoire du patient puisse prendre corps » (Calza, Contant, 1999, p.159).

La posture professionnelle du psychomotricien demande d'être un équilibriste. Il s'agit **d'être soi tout en étant psychomotricien**. Il s'agit de ne pas être que soi (position égocentrée), mais ne pas être qu'une profession qui pourrait alors vécue comme une protection ou une mise à distance. Il est donc important de mettre de soi dans son métier et de parler de ses vécus (on note donc ici l'intérêt pour les pratiques corporelles personnelles) pour permettre au patient d'élaborer à son tour ses propres vécus et ressentis. Ainsi, adopter cette posture permet à la fois de se protéger et de ne pas être submergé par les émotions et d'être dans le vrai, dans la relation. L'équilibre est donc subtil à trouver, parfois plus difficilement avec certains patients.

Travailler avec le corps en relation suppose nécessairement un **transfert et un contre-transfert**, du fait de **l'engagement corporel** que cela exige. « Cette implication corporelle ne permet pas le « faire semblant » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 153). Le patient va transférer sur le thérapeute « des sentiments déjà vécus, plus ou moins latents ou refoulés ». Le thérapeute de son côté va réagir et être touché par le discours du patient. C'est ce qu'on appelle le contre-transfert (Brunschwig, 2001, p. 91). Le psychomotricien accueille les manifestations émotionnelles et corporelles du patient, s'ajuste et y répond en apportant de la contenance et de la sécurité.

Le vécu psycho-émotionnel du thérapeute, ressenti par le patient, lui permet de mettre du sens et de comprendre, à minima, ce que vit le patient. Defiolles-Peltier parle alors de **contre-transfert tonico-émotionnel**. Il s'agit de « soulager la souffrance de l'autre tout en préservant ses propres limites » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 153). Il est donc essentiel de connaître ses propres limites en tant que professionnel pour ne pas entrer en « résonnance avec les problématiques des patients, afin de ne pas être débordé par son propre vécu émotionnel » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 303). Cela passe notamment par des temps de supervision et d'analyse de pratique.

E. La boîte à outils du psychomotricien

1. Ecoute et reformulation

« Peu importe ce que je veux dire. Ce qui est important, c'est ce que le malade veut dire. »

Wilfred Ruprecht Bion

Le discours de la personne atteinte de schizophrénie est différent du nôtre, parfois même emprunté, ne nous donnant que peu d'informations concrètes. *« Nous croyons parler une même langue et nous nous illusionnons. [...] Ce « mal-entendu » fonde le corps comme lieu privilégié de rencontre »* (Mornet, 2006, p. 24). Cependant, la parole du patient doit rester centrale. Ainsi, il est acteur de son suivi thérapeutique. Il me paraît donc essentiel de faire preuve d'une **écoute attentive** et de s'assurer, en **reformulant**, des mots de la personne.

En séance de psychomotricité, **tous nos sens sont en éveil**. Nous sommes attentifs aussi bien au **langage verbal**, et tout ce qu'il contient d'informations (souffle, tonalité, prosodie, silences...), qu'au **langage non verbal** (postures, mimiques, expressions, regards, changements de posture, mouvements, engagement corporel ou encore aux retraits ou distanciations). Grâce à cela, on peut espérer tendre vers un semblant de perception du sujet et adapter nos comportements, propositions et verbalisations. Il y a donc ici une notion de disponibilité : il s'agit d'y être, d'y être totalement. *« La fonction du thérapeute consistera à recevoir ce que le patient lui dira de ses sensations avec leurs charges d'affects, à constater que ça vient du corps et que ça porte un sens »* (Pous, 1995, p. 75). Tel un miroir, la reformulation et la verbalisation permettent aux patients de prendre conscience de leur discours. Cependant, il peut arriver que l'on avance à l'aveugle, que l'on ne comprenne plus vraiment où le patient veut nous amener. Dans ce cas, il est important de revenir au corps et au sensoriel.

2. Place de la sensorialité

En psychomotricité, l'approche la sensorialité a une place importante, notamment lorsque le patient met au travail son vécu **d'enveloppe et de limites corporelles**. Grâce aux sens, le patient peut se construire un **territoire visuel, olfactif, tactile et auditif**. Pour cela, en séance, nous pouvons lui proposer d'expérimenter dans son corps ces différents espaces, qu'il en fasse l'expérience pour les faire siens.

Nous avons notamment travaillé sur les odeurs avec Mr V. (présenté précédemment) auxquelles il est très sensible, notamment les huiles essentielles. Il est régulièrement en demande et grâce à cela, nous pouvons expérimenter différentes sensations. Mr V. a des capacités de visualisation qui lui permette facilement de plonger dans ses souvenirs d'enfance que les odeurs ne manquent pas de lui rappeler. Grâce aux odeurs, Mr V. expérimente le fait qu'il a un territoire sensoriel propre qui lui appartient, territoire à la fois sécurisant et protecteur sur lequel il peut se reposer lorsque la pression extérieure se fait trop intense. Autrement dit, il fait l'expérience d'un dedans et d'un dehors sans qu'aucun ne paraisse inquiétant, il se reconstitue une enveloppe corporelle.

3. La place du toucher en psychiatrie adulte

« *La simple sensation de la différence entre deux épidermes est une expérience de base pour la prise de conscience de son propre corps et de son enveloppe* » (Pankow, cité par Mornet, 2006, p. 73). **Qu'en est-t-il de la place du toucher en psychiatrie adulte ?** Le toucher est souvent vecteur de nombreux tabous sociaux et le silence est donné en réponse. Comment l'appréhender tout en y intégrant à la fois les limites institutionnelles et celles des patients ?

Avec le contexte sanitaire actuel qui impose une mise à distance, le manque de toucher paraît difficilement vivable pour certains patients. Pour d'autres, au contraire, cela ne semble pas les atteindre, voire même leur convenir lorsque le toucher est vécu comme intrusif ou persécuteur.

Le toucher n'est pas qu'un contact peau à peau et peut être à distance. Grâce à la **voix et au regard**, nous touchons l'autre d'une certaine manière. Parfois même la « *voix semble être l'approche psychomotrice la moins inquiétante* » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 175).

C'est dans ce contexte que m'est apparu la réflexion de continuer à toucher les patients en demande, notamment en passant par un objet médiateur (balles, araignée en bois...). « *Le dogme tenace « on ne touche pas le corps des psychotiques » paraît aujourd'hui être nuancé et remis en question par l'apparition de nouvelles techniques de « médiations corporelles ». [...]* Toutes ces techniques semblent apporter une réponse aux besoins des patients de « *matérialiser* » leurs troubles schizophréniques » (Bonnet & al., 2007, p. 127).

4. Sensation, perception et représentation

« *Les mots ne font pas tout, il faut aussi prendre la psychose à bras le corps* » (Lafforgue, sous la Direction de Delion, 2002, p. 124)

En psychomotricité, le patient est invité à vivre des **expériences sensori-motrices**. Le psychomotricien, grâce à son implication corporelle et à la mise en mots de ces vécus, aide le patient à intégrer ses propres ressentis, tel un « *appareil à penser les pensées* », notion clé de la théorie de Bion.

En revanche, mettre des mots ne suffit pas, d'autant plus chez ces patients souvent assaillis de pensées désorganisées. « *Le psychotique a besoin qu'on s'occupe de son corps, il sait que les mots, les affects ne pourront que le traverser et le laisser vide tant qu'il n'aura pas un espace intérieur pour les contenir* » (Pous, 1995, p. 64). Ainsi, **revenir au corps est essentiel**. Mais l'idée n'est pas de faire pour faire mais de vivre quelque chose en relation, d'autant que la construction psychocorporelle s'étaye sur nos sensations, perceptions et représentations.

« *Les expériences corporelles vont aider le patient à naître comme sujet de son propre corps* » (Mornet, 2006, p. 72) et à trouver ou à retrouver une structuration psychocorporelle. « *C'est par le biais du ressenti corporel que le schéma corporel se réunifie* » (Desfiolles-Peltier, 2000, p. 160) et, par conséquent, que l'image que la personne a de son corps évolue. Il est important de soutenir ce qui vient du patient, comme une base à l'expérimentation.

Pour Pous, le travail corporel se trouve donc à deux niveaux. Tout d'abord, « *créer des sensations corporelles supportables* » et, autant que faire se peut, agréables. Et, « *à partir de ces sensations connues et partagées, permettre que la sensation partagée puisse acquérir un sens partagé, grâce à la mise en mots* » (Pous, 1995, p. 56). Ainsi, en psychomotricité, nous accompagnons le patient à ressentir à partir **d'expériences vécues dans le corps** qui vont susciter des **sensations corporelles non délirantes**. Grâce à la verbalisation, nous faisons une place à la **symbolisation**. Le patient pourra ainsi mettre du sens sur ses vécus corporels et psychiques, autrement dit, retrouver une **unité psychocorporelle**.

6. Inspirez, expirez : place de la respiration

En séance de psychomotricité, nous avons très souvent recours à des exercices de **respiration**. Les patients sont régulièrement en demande **d'ancrage ou de recentrage** sur eux-mêmes, la respiration peut être un outil adéquat. « *La respiration étant l'unique mode d'échange entre l'intérieur et l'extérieur du corps, elle est la base d'une première ébauche de*

travail sur les limites corporelles, et permet la réintégration de la notion du dehors et du dedans » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 182). Tout au long de mon stage, j'ai pu observer que le travail sur la respiration n'est pas aisé pour les patients. Ils ont souvent le souffle court, bruyant et restent parfois plusieurs secondes en apnée.

Lorsqu'on met au travail la respiration, certains patients se retrouvent en hyperventilation, même si la proposition était de prêter attention à leur respiration spontanée. A partir du moment où ils focalisent leur attention dessus, ils la modifient. Progressivement, le travail est donc axé sur le rythme naturel de chacun, parfois accompagné par la voix, parfois par la musique. De cette manière, une réappropriation corporelle est possible. Après chaque moment de respiration, les patients se disent détendus et sereins. Ils peuvent apprécier les effets calmants. Certains **s'approprient ces expériences** et pratiquent les exercices de respiration de manière autonome.

G. Conclusion

La boîte à outils du psychomotricien permet de proposer un **panel riche de propositions** et le psychomotricien devient **adaptable à de nombreuses situations**. Toujours à **l'écoute** de son patient, les propositions qu'il peut faire tendent vers une appréhension holistique. Bien sûr, en travaillant avec l'humain, nous n'avons pas réponse à tout. Pourtant, je pense qu'à partir du moment où nous sommes attentifs à ce qui se dit et se montre, toujours avec bienveillance et non jugement, nous sommes au plus près de la posture de soignant.

« Cette présence corporelle du thérapeute va être présence physique, enveloppe contenant, support. C'est toucher, maintenir, contenir, porter, parler, sans forcément le faire dans le concret » (Calza, Contant, 1999, p. 173). Le psychomotricien propose un soutien et un ancrage au patient. Progressivement, la personne intègre ce qu'elle vit et ressent en séance de psychomotricité et tente de retrouver cet apaisement à l'extérieur. Le projet est ici l'autonomie de la personne dans son parcours de soin, mais aussi la réappropriation du sujet, une réappropriation psychocorporelle qui lui permettra de vivre un peu plus sereinement avec sa pathologie.

VI. ETUDE DE CAS – Mme M¹

A. Présentation générale

Après une première décompensation en 2018 et un séjour de plusieurs mois en hôpital psychiatrique, Mme M. est décrite comme ayant **une structure de personnalité manquant d'organisation, de type schizophrénique**. Chez elle, le réel n'est pas symbolisé et n'est pas relié à des enjeux d'altérité et d'intersubjectivité. Après une seconde décompensation quelques mois plus tard, ses **troubles du comportement s'aggravent avec de nombreuses instabilités et errances**. Mme M. est alors admise fin 2019 au sein de l'institution où j'effectue mon stage. Elle a aujourd'hui 24 ans.

Mme M. est de petite taille, très mince, fluette. Elle a les cheveux noirs, les traits fins et semble assez coquette. C'est une jeune femme intelligente et sensible. Elle est née au Vietnam dans une famille vietnamienne vivant dans la misère. Elle a été adoptée par des parents français à ses trois mois et n'a pas de souvenirs conscients de cette période dans son pays natal. En revanche, elle me confie qu'elle aimerait y retourner. Non pas pour y vivre mais pour « *ressentir l'ambiance* » dit-elle. Cette question des origines semble omniprésente et elle paraît écartelée entre ses origines vietnamienne et française même si elle se définit comme française. Ce tiraillement se retrouve aussi au niveau familial. Ses parents adoptifs, aujourd'hui divorcés, sont en conflit dans lequel Mme M. se retrouve au prise. Sa relation à son père est compliquée, parfois érotisée. Elle a porté plainte contre lui pour agression sexuelle mais l'enquête a débouché sur un non-lieu. Elle n'a, pour autant, pris des distances avec lui. Au contraire, elle l'appelle tous les jours de manière presque incontrôlée. Elle se sent parfois obligée de le faire et dit ne pas prendre de plaisir à l'appeler autant, mais évoque un besoin irrépressible. Il y a beaucoup d'ambivalence dans ces moments-là. D'ailleurs, c'est le sujet de nombreuses conversations avec elle, autant dans les temps informels qu'en psychomotricité. Que ce soit avant ou après l'appel, cela est source d'angoisse et de désorganisation pour Mme M., qui est alors dans une grande agitation motrice et psychique. Lors d'une visite à son père, elle se dira « *divisée en quatre* ». Sa mère est de nouveau en couple. Mme M. parle de ce trio comme étant « ses parents ». Sa mère et son beau-père sont assez stricts mais lui offrent un cadre rassurant. Elle dit trouver de l'affection et du réconfort auprès de sa mère.

¹ La sculpture présentée en Annexe 2 m'évoque Mme M.

Cette fragilité identitaire se ressent chez Mme M. qui ne sait pas à quel monde elle appartient. Elle se questionne beaucoup sur la vie, la mort, l'amour, la filiation (sur ses ancêtres et ses propres enfants, peut-être un jour) et sur son identité. L'identité « *s'acquiert au cours du développement psychoaffectif et trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents* ». Qu'en est-il des enfants adoptés, qui très tôt sont soumis à des remaniements intenses, des arrachements au sein de la famille ? L'enfant « *ne pourra se construire comme sujet que s'il est représenté, dans l'esprit de ses parents comme différent et séparé de l'autre* » (Pireyre, 2015, p. 62). Je me pose alors la question des enfants adoptés. Les parents biologiques de Mme M. ont certainement construit un imaginaire autour de ce bébé à venir et pendant les premiers mois de sa vie. Qu'en est-il du vécu avec cette mère biologique ? Que s'est-il passé pour elle au Vietnam pendant cette courte période ? Ces questions restent sans réponse, mais se les poser est essentiel. Mme M. a été déracinée de son pays natal. Le vécu d'arrachement est très **précoces chez elle** mais le vécu sensori-moteur de l'enfant ne disparaît pas, des traces sont présentes même si la mémoire n'est pas encore organisée et qu'elle ne peut se les représenter.

Le prénom actuel de Mme M. lui a été attribué par ses parents adoptifs, qui ont fait le choix de lui laisser son prénom d'origine en deuxième prénom. Il est la marque symbolique d'inscription dans une famille, une culture. Mais cela implique aussi une rupture avec son histoire familiale initiale. Je me demande alors « qu'est-ce que ce changement de prénom vient amputer du passé ? ». En revanche, ce changement est aussi un signe d'appartenance. L'enfant est déraciné et s'enracine ailleurs dans un temps relativement court et dans une période de la vie où il n'est pas possible pour lui de se représenter ce qu'il vit et de mettre des mots dessus, d'autant plus ici avec le changement de langue maternelle.

Mme M. est investie dans sa prise en charge et bénéficie de **temps d'entretien avec le psychiatre et le psychologue de l'institution** où elle est réellement au travail. Elle écrit et tente de mettre des mots sur ce qui se passe pour elle. De même, elle est **engagée dans la thérapie psychomotrice**. Sa demande initiale était celle de « s'occuper avec des activités créatives », de trouver un « self-control » pour « ne pas partir dans tous les sens », notamment en lien avec un manque de coordination.

B. Observations psychomotrices

D'un **point de vue moteur et comportemental**, j'ai pu observer Mme M. à différents moments de la journée. Je la rencontre le plus souvent alors qu'elle est en train de marcher. Elle fait les 100 pas, s'ennuie, s'impatiente et paraît souvent perdue : arrive dans une pièce, regarde,

repart, malgré nos interrogations. Son **agitation motrice** semble être le reflet de son agitation mentale. En effet, elle paraît toujours préoccupée, soucieuse. Le mouvement semble lui permettre de retrouver un sentiment d'existence. Je repère deux types de marche chez elle. Soit elle avance frénétiquement, de manière tonique, le pas puissant, semblant battre le sol comme pour ressentir le sol dur sous ses pieds et sentir son corps dans cette sensation. Soit elle déambule, le pas léger ou traînant. « *Le tonus musculaire est un des révélateurs de l'intensité de la souffrance psychique. [...] Chez le sujet porteur de schizophrénie, il se trouve modifié* » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 130).

Je remarque également **quelques tremblements** dans les mains de Mme M., notamment lors des repas (service, quand elle mange et boit). Elle semble fébrile. Pourtant, ces tremblements n'apparaissent plus lors des activités de motricité fine (couture, broderie, jeux de société avec des jetons...) où elle fait d'ailleurs preuve d'une très bonne **dextérité manuelle**. Ces tremblements sont davantage situationnels, psychologiques que neurologiques.

Mme M., souvent agitée corporellement, est dans une **hypertonie quasi constante** (proband lorsqu'elle fume une cigarette et qu'elle « tire » frénétiquement dessus, elle inspire vivement comme pour se remplir), elle **se raccroche à de l'agir, à une hypertonie, pour éviter l'effondrement voire la disparition, la néantisation**. Elle peut ajuster son tonus, le moduler lors de certaines activités demandant de l'attention et de la patience. Ces dernières contiennent ses pensées et cela se reflète nettement sur son activité corporelle et son tonus. Lors d'une proposition de massage avec objet médiateur des membres supérieurs, Mme M. ajuste son tonus et se détend. En revanche, elle demande un appui fort, intense sur sa peau. Elle est dans le dur et a besoin que ce soit très appuyé pour ressentir de la détente et du bien-être. Elle sait repérer ce qui lui fait du bien et les sensations qu'elle souhaite ressentir et nous les verbaliser. Tout cela me questionne. Que ressent-elle lors de ce massage et qu'est-ce que cela nous dit de son enveloppe ?

Au niveau de son **image du corps**, Mme M. est très fragilisée. Elle dit souvent qu'elle « *ne sent pas son corps* ». Le dedans et le dehors ne sont pas clairement différenciés et conscientisés. Son **enveloppe corporelle est fragile, poreuse**. Elle souffre d'énurésie et d'encoprésie ponctuelles. C'est lorsqu'elle est sous pression que cela lui arrive. Elle verbalise « *qu'elle fait sortir le poison qu'elle a en elle* » ou « *qu'elle s'oublie* ». Dans ces moments-là, Mme M. se sent honteuse. Cet oubli se traduit à deux niveaux, à la fois elle oublie de se retenir et d'un autre côté, elle s'oublie elle-même, elle disparaît. Elle est dans l'incapacité de soutenir une pression psychique qu'elle se met le plus souvent, seule et elle se désorganise. Physiquement et

physiologiquement, ses organes sphinctériens sont sains et fonctionnels. En revanche, elle pâtit d'un manque, voire d'une absence, de limites corporelles. Dans ces moments de perte, c'est là qu'elle « *sent son corps* ». Ces fragilités ne lui donnent **pas une structuration corporelle solide** sur laquelle elle peut s'appuyer. Cela rejoint cette présentation qu'elle donne de son corps, à la fois fluette, **voletant au-dessus d'elle, et désincarnée**. Lors de la fabrication d'un bonhomme en pâte à modeler (photographie en Annexe 2), il tient. Elle utilise de nombreuses couleurs pour représenter les différents membres, les morceaux sont juxtaposés les uns aux autres mais il n'y a pas d'unité. De plus, la tête du bonhomme semble déstructurée. On pourrait faire l'hypothèse ici d'une représentation qu'elle fait d'elle-même. Une personne faite de morceaux mais l'unité corporelle est encore au travail.

Au niveau **expressivité**, Mme M. semble avoir un univers riche. Elle lit, écrit, dessine. Elle participait à un atelier d'écriture. Ses textes, contrairement à son écriture, étaient clairs, cohérents, construits et elle faisait preuve d'imagination. Ils sont aussi le support de ses questionnements existentiels. Pour la soirée de Noël, elle a écrit un très beau texte sur la solidarité qu'elle a eu le désir et le courage de lire à l'oral. Sa prosodie était rapide mais ajustée et l'articulation n'a pas été impactée par la rapidité. Mme M. a des capacités de verbalisation, elle peut dire ce qu'elle pense et ce qu'elle ressent à partir du moment où le cadre est contenant et sécurisant par la présence de l'autre. Au niveau de **l'expressivité faciale**, elle a souvent le visage neutre mais on peut parfois lire dans ses yeux les émotions qui la traversent. En séance de psychomotricité, elle parle aisément et teinte parfois son récit de **larges sourires exagérés et soudains. Elle ne soutient que rarement le regard de son interlocuteur**. C'est assez significatif dans la psychose, comme une protection vis-à-vis d'un vécu d'intrusion potentielle.

L'espace et le temps sont en grande partie agencés par l'institution qui cadre, spatialise, rythme le quotidien des pensionnaires. C'est un lieu contenant pour Mme M. Grâce à l'autre, elle retrouve un sentiment d'organisation et de structuration. Elle investit les espaces de vie mais ne sait jamais quoi dire aux autres pensionnaires. Mme M. s'aventure peu à l'extérieur ou reste dans un périmètre relativement proche de la structure. Lors des sorties, elle se dit triste, perdue et c'est à ce moment que des idées noires apparaissent. L'extérieur semble encore être source d'angoisses pour elle. Elle erre souvent dans l'institution ou au jardin, donnant l'impression qu'elle est hors du temps, ailleurs. On retrouve ici cette idée de **manque de contenance interne lié à un ancrage non incorporé**.

D'un **point de vue relationnel**, Mme M. rentre aisément en relation, voire même parfois un peu abruptement, comme si elle « lâchait le mot ». Elle s'en échappe tout aussi facilement.

Elle **paraît parfois insaisissable**. Mme M. a de grandes difficultés, voire des impossibilités, à dire « non » qui la mettent dans des situations d'objet maltraité. Elle peut donc se mettre en danger, notamment du point de vue des relations intimes.

C. Prise en charge globale

Mme M. s'est inscrite à de nombreux ateliers et prend du plaisir dans cette diversité de propositions. Lorsqu'elle est occupée, elle n'est plus dans ses pensées et peut retrouver un semblant de calme. Dès l'arrêt de l'activité, l'agitation revient, la laissant souvent démunie.

Elle participe à l'**atelier broderie/couture**, qu'elle appelle « brodure », où elle a l'occasion de faire de nombreuses créations. Cet atelier lui plaît beaucoup et elle peut se confectionner des accessoires de mode. Elle peut rester longtemps concentrée sur ce qu'elle fait.

Lors des **séances de sport hebdomadaire**, Mme M. est en demande et y participe souvent. Son dynamisme tend parfois vers de l'agitation. Elle se fatigue vite mais persiste. Son corps ne semble pas entraver ses mouvements, parfois peu coordonnés, mais son souffle est limité. Elle dit que le sport lui fait du bien, lui permet de penser à autre chose et de se vider la tête.

Elle participe aux **ateliers cheval** qui ont lieu une fois par mois et cette activité lui tient à cœur. Elle se réjouit d'y aller et revient très apaisée. Le toucher de l'animal lui permet d'avoir un contact de peau à peau et lui amène beaucoup de réconfort, elle qui se plaint souvent de ne plus être touchée et de manquer d'affection pendant cette période sanitaire particulière.

Lors de l'**atelier de relaxation**, l'animatrice repère qu'elle est investie mais souvent agitée en début de séance et qu'il lui faut un certain temps avant d'arriver à se détendre. Elle se positionne d'abord sur le dos, figée, raide et les yeux écarquillés, dans une position presque mortuaire. Cependant, elle arrive ensuite à s'approprier les propositions et à trouver un apaisement. Elle le montre d'ailleurs dans son changement de posture : elle se met en position fœtale et arrive, à ce moment-là seulement, à fermer les yeux. Cette capacité de sécurité interne est présente en elle mais très fragile et lointaine : **Mme M. a besoin de l'étayage et de la contenance de l'autre**, du thérapeute qui guide la séance. C'est l'autre qui contient et soutient, il y a un processus d'incorporation du « bon objet ». Elle **peut s'approprier cette sécurité extérieure pour en faire une sécurité interne**. L'autre devient un « moi auxiliaire » qui la porte et la fait exister. Elle verbalise son vécu et parle de ses idées noires. Souvent, à la fermeture de ses paupières, elle est embarquée par ses pensées qui la transpercent et l'explorent. C'est angoissant, voire épouvantable, pour elle si elle n'a pas la présence étayante et

bienveillante de la thérapeute. Au début et à la fin des séances, les patients choisissent un mot ou une phrase qui définit leur état. Mme M. dira une fois « *tempête énervée* » au début et « *chat qui dort* » à la fin. Dans les temps de verbalisation, elle fait des liens entre ses sensations et son histoire. Mme M. **est au travail et tente d'élaborer**. Elle dit préférer les séances de relaxation autour du toucher, vectorisé par des objets. Le thérapeute est un soutien, un socle solide sur lequel elle peut s'appuyer.

Mme M. participe aussi régulièrement à l'**atelier question de société** et propose des sujets divers et intéressants tels que les personnes sans domicile fixe ou la prostitution. Ses observations et réflexions sont fines et étayées et je la sens concernée par ces questions.

D. Prise en charge en psychomotricité

Mon arrivée au sein des séances, pour laquelle Mme M. a donné son accord, a **perturbé la dynamique de cette dyade** installée depuis 1 an. Lors de la première séance elle semble très agitée, son flux de parole est dense et rapide, passant d'une idée à une autre sans transition. Elle rit de manière intempestive, l'air un peu gênée. Il est difficile de la suivre. Elle me « jette » à plusieurs reprises des regards furtifs, en coin, semblant chercher une réassurance à ses angoisses. Je suis l'intruse ici pour elle, c'est son espace thérapeutique et ma présence semble l'inquiéter. Je reste à l'écoute et compréhensive. « *Le regard est le « cordon » qui lie, et signifie, et maintient le sujet, lui prodiguant l'énergie du thérapeute* » (Calza, Contant, 1999, p. 173).

Mme M. est **souvent très agitée**, « *je suis fatiguée, j'ai couru après moi-même toute la journée* » dit-elle un jour. Cette agitation, aussi bien mentale que physique, peut facilement nous embarquer. **Ses pensées incessantes l'emportent dans une ronde infernale, sans répit**. Il n'y a pas de place pour penser et élaborer. Ses émotions sont souvent brutes et vives. Elle exprime, lors d'une séance, beaucoup de colère envers presque tout le monde et **semble s'auto-persécuter dans une intense confusion. Elle et les autres ne font plus qu'un, de manière indifférenciée**. Dans ces moments-là, tout semble sur le même plan émotionnel. Qu'elle parle d'agression sexuelle ou de son mécontentement vis-à-vis de certaines tâches institutionnelles, il n'y a pas de différence : sa pensée est comme morcelée, tout est grave et se mélange.

Lors d'une séance, après un moment d'agitation pour Mme M. qui se déstructurait progressivement, nous lui proposons une **mise en mouvement du corps avec des bambous** dans une relation duelle. Nous sommes reliées par le bambou en tenant chacune une extrémité avec la partie charnue de l'index. Nous faisons ensemble des mouvements, les yeux ouverts puis fermés. Mme M. tient le lien seulement quelques secondes. Lorsque nous sommes en lien,

elle **contrôle la relation**, mettant tout son poids sur les bambous et essayant de me déséquilibrer. Je m'étonne d'ailleurs de cette puissance, elle qui est fluette et très mince, semblant sans défense. Mais très vite, ça explose, elle annule, **détruit le lien en éjectant volontairement le bambou** en donnant une impulsion pour qu'il tombe. Ni elle, ni moi ne pouvons le retenir et donc maintenir la relation. Elle jubile. Ici, Mme M. **prend le contrôle de la relation en la refusant**, ce qu'elle ne s'autorise pas à faire de manière générale. Cette confrontation duelle directe semble inquiétante pour Mme M. qui s'agite et se dit « *non concentrée* ». Dans un deuxième temps, elle dit avoir l'impression de « *porter le poids du monde sur ses épaules* ». Sur fond de musique, Mme M. est invitée à marcher dans la salle avec des sacs lestés sur les épaules. Au rythme de la musique, elle se déleste des sacs en les laissant tomber au sol en verbalisant, « *je me débarrasse de mes fardeaux* ». Mme M. met en mouvement son corps de manière fluide et décomplexée. Elle peut expérimenter dans son corps de manière détachée de l'autre, loin de la relation frontale. La relation est tout de même matérialisée par des échanges de sacs lestés, toujours en mouvement et avec des regards adressés. Ici, la relation est à bonne distance, la soutient et l'encadre. Elle se sent plus apaisée. On observe ici un rassemblement d'une pensée verbalisée sur un vécu corporel permettant que la situation constitue une **expérience d'existence et d'unité**.

Mme M. **utilise souvent des phrases toutes faites** (« *il faut que je prenne ma vie en main* », « *il faut que je sois positive* », « *je sens mon corps* ») comme si elle répétait des phrases déjà entendues. Peut-être pour essayer de s'en convaincre ? Dès que le sujet devient intrusif, elle prend la fuite. N'a-t-elle pas de réponse ? A-t-elle besoin de bouger pour y penser ? Fuit-elle la question quand cela devient trop envahissant ? Se protège-t-elle d'elle-même ? De l'autre ? Elle reste mystérieuse. Son regard, toujours un peu hagard, semble nous questionner. Elle erre sans trouver de réponse. Ses **mots sont fréquemment empruntés** et son discours ne semble pas incarné. Je me questionne d'ailleurs sur ce qui émane véritablement d'elle. En revanche, même si ce discours paraît impersonnel, elle tente de le faire sien et nous dit quelque chose ici d'où elle en est et de comment elle se vit. Mme M. se raccroche à ses pensées car c'est ce qui lui reste. **Elle est comme anéantie et se dissout**. Elle n'arrive plus à exister sur le plan des ressentis, de sentir qu'elle existe. D'ailleurs, lors du massage des bras que nous réalisons à deux, la psychomotricienne et moi-même (présenté dans le bilan psychomoteur), elle verbalise qu'elle a besoin d'un toucher **très appuyé, quelque chose de vraiment dur et puissant**. Dans ces conditions, elle trouve de l'apaisement. Ce **relâchement corporel** permet à Mme M. de prendre conscience de son corps et de délaisser, pour un temps seulement, ses pensées. A peine le contact rompu, elle a tendance à repartir dans une logorrhée sans fin.

Mme M. verbalise régulièrement le **besoin d'être touchée**. Ce besoin est d'autant plus prégnant avec la crise sanitaire qui tient à distance les êtres. « *Ce n'est pas que j'ai des idées noires, j'ai besoin d'être touchée.* » Elle nous confie cette impression de disparaître, « *je suis un fantôme* ». Elle peut trouver ce réconfort dans les bras de sa mère lorsqu'elle rentre chez elle lors des weekends de fermeture. Mais ce réconfort est de courte durée, Mme M. **ne trouve jamais satisfaction à ce besoin profondément ancré en elle**. Elle est en quête de tendresse et tente éperdument d'en trouver, quitte à se mettre en danger dans de nombreuses relations sexuelles où elle dit n'éprouver aucun plaisir et évoque même s'être sentie « *souillée* ». Tendresse, désir, plaisir, sexualité, tout est mélangé et confus pour elle. La relation qu'elle entretient avec son corps est impactée par cette **ambivalence ou cette confusion** : corps désiré, touché, corps souillé, meurtri, désinvesti. Son corps semble ne plus lui appartenir. Pourtant, elle tente régulièrement de le faire sien, de se le réapproprier. Elle accorde une importance aux vêtements qu'elle porte, à son maquillage et à sa coiffure, dans le but d'obtenir un regard approbateur et une parole réconfortante. Grâce à l'autre, elle trouve un peu de consistance et peut se revaloriser. Mais c'est **toujours par l'autre que passe cette appropriation corporelle**. Comme s'il ne pouvait y avoir que cette issue, l'autre est le fondateur de tout, de son bien-être comme de son mal-être. Elle subit sans aucune revendication. Elle n'existe que par les autres mais cet autre est souvent destructeur, en lien avec ses traumatismes (arrachement familial et contexte d'agression incestueux).

Lors d'une séance, nous accomplissons un travail sur le toucher en réalisant des **percussions corporelles en lien avec le souffle et la voix**. Dans un premier temps, nous travaillons sur la **voix et le lâcher prise**. Nous matérialisons par des mouvements un son, quelque chose de très instinctif. D'abord, Mme M. est en imitation, elle calque ses mouvements sur les miens. L'hypothèse qu'on pourrait faire est que le patient « *s'appuie sur le vécu du thérapeute qui lui est plus confortable, et parfois même se l'approprie afin de soulager ses propres souffrances* » (Defiolles-Peltier, 2000, p. 187). Mais lorsque la psychomotricienne ajoute une intention, un lien entre le son et le mouvement, Mme M. peut se détacher de l'imitation et s'approprier l'exercice. Elle peut y mettre un peu d'elle. Alors, un bout de sujet différent de l'autre émerge. Progressivement, elle peut identifier un **espace corporel propre**. D'ailleurs, à partir de ce moment-là, ses mouvements et sa voix prennent de plus en plus d'amplitude. Elle semble se libérer. Elle verbalise qu'elle prend conscience de la possibilité de relâcher cette pression interne grâce au souffle et à la respiration et non pas par le relâchement sphinctérien.

Dans un deuxième temps, nous sommes toutes les deux assises sur des gros ballons dans une position d'enroulement et de relâchement. La psychomotricienne vient exercer des

tapotements au niveau de nos dos de manière simultanée. Dans le même temps, nous émettons des sons. Ainsi, nos corps se mettent à vibrer. Mme M. adhère très rapidement à ce travail sur le souffle, les vocalises et les percussions corporelles. Elle dira avoir apprécié « *vibrer en relation* » et demande un temps de « *méditation* » comme pour rassembler toutes ces sensations en elle, un travail de recentrage qui émane d'elle. Cela dénote avec les autres fois où, dès l'arrêt des propositions corporelles, Mme M. repart dans une agitation et une logorrhée importante.

En séance, après un temps de parole plus ou moins long où elle peut déposer ce trop-plein, ses pensées et ses états émotionnels, elle est en capacité d'accueillir les propositions corporelles et **semble trouver un apaisement dans les moments de relaxation**. Ces situations lui apportent une certaine contenance et un toucher qui ne sont pas forcément médiés par le corps de l'autre. Elle peut ainsi vivre **l'expérience en relation directe avec son corps, sans que l'autre vienne intruser cet espace**. Son corps est contenu, bordé, enveloppé par des coussins, des couvertures, que nous installons autour d'elle pour en former les contours. Un plaid et parfois quelques coussins sont aussi positionnés sur son corps. Ainsi, seule sa tête est visible. Dans ces moments, Mme M. se dit « *en méditation* ». Son esprit divague, mais loin des angoisses. Elle se vit et s'imagine tranquille, souvent dans la nature. Ces moments de relaxation sont souvent accompagnés d'un travail sur le souffle. Elle prend progressivement conscience de l'apaisement que lui apporte une respiration calme et non saccadée ou retenue. Elle sent ses poumons se remplir et se vider d'air et trouve cela agréable. Elle prend conscience qu'elle a « *comme une petite musique en elle* » en parlant de sa respiration. Lors de ces moments de détente, Mme M. est **attentive aux sensations de son corps**, notamment au froid. Elle sait demander un plaid et associe la chaleur à quelque chose de sécurisant. Quand Mme M. se rapproche des sensations, elle dit quelque chose d'elle, loin des phrases empruntées. A la fin de cette séance, Mme M. se relève et observe attentivement la forme laissée par son corps dans le pouf. Elle parle alors « **d'empreinte** ». Souhaite en faire une photo et se ravise aussitôt, « *non, je vais m'en rappeler* ». On observe ici qu'il y a une **appropriation d'elle à elle**, sans l'autre et sans matérialité de l'image, comme une trace qui se constitue.

E. Conclusion

Mme M. est rarement ancrée dans le présent, soit elle se projette, soit elle ressasse son passé, tente de le reconstruire ou de le construire. Les seuls moments où elle arrive à être dans le moment présent sont ceux où il y a une mise en jeu du corps. Dans ces moments d'arrimage psychocorporel, elle est davantage dans le ressenti et le vécu corporel et trouve de l'apaisement. L'ancrage dans le corps lui permet de se connecter à elle, mais c'est de courte durée. L'extérieur

est désorganisateur pour elle et elle se pose toujours énormément de questions qui viennent réveiller ses angoisses et ses pensées désorganisées. Il est peut-être question, pour Mme M., du déracinement qu'elle a vécu dans les premiers mois de sa vie. De plus, le passage à l'acte qu'elle évoque, de la part de son père adoptif, l'empêche de s'enraciner dans une famille stable et sécurisante. Mme M. est encore très enlisée dans une relation « toxique » à son père. C'est le sujet de nombreuses conversations et de ses tourments. C'est très compliqué pour elle. On peut faire l'hypothèse que si elle incrimine le père qui l'a adoptée, et donc sauvée d'une misère potentielle, elle se déracine une nouvelle fois et perd pied.

Mme M. est investie dans sa prise en charge en psychomotricité. En séance, elle expérimente et a la **capacité de se rassembler grâce à la relation**. Le lieu et le cadre thérapeutique semblent la contenir. Elle comble le vide abyssal qu'elle ressent et ses pensées et **angoisses peuvent trouver un espace où elles sont reçues, entendues et transformées pour être plus assimilables**. C'est ce que Bion illustre avec sa théorie sur les éléments alpha et béta. La « mère » reçoit les éléments béta de l'enfant (émotions, affects bruts et désorganisés) et les lui renvoie en éléments alpha, plus doux, compréhensibles et donc assimilables. L'institution joue ce rôle maternant en recevant et en transformant la souffrance de Mme M.

Aujourd'hui, Mme M. peut « sentir » son corps dans différentes propositions corporelles et « s'oublie » de moins en moins. La détente occasionnée lors des moments de relaxation ou de mises en pratique corporelle lui permet de se recentrer tout en canalisant (dans une certaine mesure) son excitation et son agitation. Ainsi, elle peut notamment verbaliser le fait d'avoir besoin d'aller aux toilettes et, ainsi, éviter de se souiller. De ce fait, cela reste très occasionnel et le plus souvent lorsqu'elle est confrontée à des situations pesantes ou oppressantes.

Mme M. est une jeune femme encore instable psychiquement et cela a des répercussions sur comment elle vit son corps et avec son corps. Dans la psychose, l'autre fait défaut. Le thérapeute prend cette place de tiers qui vient représenter un autre, différent de soi. Mais aussi un autre non persécuteur, non jugeant. Ainsi, la personne peut investir un travail en psychomotricité dans un espace de confiance et de bienveillance. Le **psychomotricien devient le réceptacle des émotions, angoisses et des pensées du moment**. Ensemble, un travail d'élaboration est mené afin que ces éléments soient triés, organisés, identifiés, pour qu'ils prennent sens et reviennent à la personne de manière plus pacifiée et assimilable. Le psychomotricien est une sorte de tamis. Mme M. est morcelée mais, pendant l'heure de psychomotricité, elle arrive à se rassembler et à retrouver un semblant d'organisation.

Avec Mme M., il n'est pas aisé de trouver une posture adéquate. Son agitation et le flot de ses pensées instaurent un climat très particulier et nous sommes facilement embarqués avec elle dans une position vacillante. Il faut donc ajuster en permanence notre posture car Mme M. est déconcertante et très suggestible. Les propositions corporelles nous donnent un socle sur lequel nous pouvons être sûres et nous appuyer pour lui offrir un espace contenant, tout en faisant attention à ne pas trop surcharger en voulant calmer son agitation. Au contraire, parfois, un silence semble une réponse adéquate face à de nombreuses propositions qui ne font que renforcer son excitation. L'équilibre est subtil à trouver et nous sommes sur un fil. Mais, petit à petit, ce fil se tisse et devient plus solide, pour nous comme pour elle.

VII. UNE PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE GROUPALE EN PSYCHOMOTRICITE

Au vue du travail théorico-clinique présenté précédemment, il me paraissait primordial de proposer une médiation qui permette à la fois **d'être en relation** et **d'expérimenter par le corps** quelque chose de la structuration corporelle.

Lors de la construction de mon projet d'atelier, c'est **l'argile** qui m'a semblé être le plus pertinent. Ce médiateur demande à être touché pour exister. L'outil essentiel est la main, même si nous pouvons utiliser des ustensiles. Il y a un **corps à corps réel, un toucher presque primitif avec la terre** et celle-ci a le pouvoir de ne faire qu'un avec celui qui la façonne. Le tout en relation, en référence à la pluralité des touchers.

A. La médiation

Potel définit la médiation comme « *un intermédiaire entre soi et l'autre* » (Potel, 2019, p. 401). Le psychomotricien, à travers son engagement physique et psychique, prend une part active à l'activité. La médiation utilisée, l'objet, est donc un **moyen d'entrer en relation** avec un patient ou un groupe de patients, « *un temps propice à l'échange, à la créativité, à l'expression* » (Potel, 2019, p. 402). En aucun cas la médiation ne prend la place de la relation, elle en est le **support expressif** et la **voie d'accès à la symbolisation**. Ce sont les temps de verbalisation inhérents à la médiation qui permettent au patient de mettre des mots sur ses ressentis et ses vécus psychocorporels. Pour le patient, la médiation permet donc de **faire tiers** entre lui et le thérapeute, mais aussi entre lui et sa problématique. « *L'utilisation de techniques médiatrices est nécessaire et permet de laisser au patient la plupart de ses moyens d'expressions, des plus primitifs aux plus élaborés, avec moins d'effet passivant que les traitements chimiothérapeutiques* » (Pous, 1995, p. 75).

Une médiation a **plusieurs objectifs**. D'abord, celui de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions. Puis de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression dans un étayage relationnel structurant. Enfin, d'aider à la transformation des éprouvés en représentations, dans la relation (Potel, 2019, p. 403). Il s'agit là du travail de base en psychomotricité.

La médiation permet un **travail thérapeutique**, elle est un **espace transitionnel** où le corps réel, imaginaire et symbolique sont à l'œuvre. Le patient est invité à créer, à exprimer quelque chose avec son corps par l'intermédiaire du **faire ensemble**. Cela se passe en dehors de tout

processus de symbolisation. C'est seulement dans un deuxième temps, grâce à la mise en mots, et en relation avec le thérapeute et le groupe, que l'accès à la symbolisation aura lieu. Selon Brun, « *le but est de faire advenir à la figuration des expériences primitives non symbolisées, d'ordre sensori-affectivo-moteur* » (Brun, 2010, p. 25).

En faisant le choix de la médiation, nous faisons le choix de la relation. Ainsi, nous sommes évidemment dans une relation de transfert et de contre-transfert. L'objet médiateur ne peut rester de la technique pure. Nous nous appuyons sur des techniques et le patient détourne et jongle avec elles pour se les approprier et, dans cette appropriation, permettre que la technique s'efface au profit de l'expérimentation.

B. Une entrée en matière : l'argile

« *L'œil est ce qui a été ému par un certain impact du monde et le restitue au visible par les traces de la main.* » M. Merleau-Ponty, *L'œil et l'esprit*, 1964

L'argile est une matière **brute, solide mais transformable et vivante**. Sa température se module en fonction de la température corporelle de celui ou celle qui la manipule. Cette relation avec la matière vient symboliser une seconde peau physique. L'outil principal, bien qu'utiliser des outils soit possible, reste la main de celui qui modèle. Il y a donc un **engagement corporel** qui peut susciter des réactions émotionnelles, corporelles et affectives fortes, un corps à corps qui en fait la « *médiation psychique de l'image du corps* » (Pivard, 2008, p. 129). Le travail sur l'argile permet de **mettre en forme, de symboliser des éprouvés corporels, affectifs, émotionnels**, jusque-là inconscients, impensables ou irréprésentables, afin de s'en détacher en les modelant sur le médium malléable. « *Il s'agira de mettre en forme de l'infigurable à l'origine, ce qui n'était préalablement ni représenté, ni symbolisé, du « non encore advenu* » (Brun, 2010, p. 26).

Le modelage met en œuvre la sensori-motricité et une gestualité particulière. L'individu **ressent** l'argile grâce à des **perceptions** tactiles et kinesthésiques sur lesquelles s'élaborent des **représentations**. Cette dernière est toujours liée au vécu de celui qui modèle. Les projections sont donc infinies. « *La pensée s'actionnalise en même temps que l'action s'internalise comme une forme de pensée* » (Chouvier, cité par Pivard, 2008, p. 131).

Roussillon évoque la pâte à modeler comme étant le **médium malléable par excellence**. Nous pouvons étendre cette définition à l'argile. En effet, elle en possède toutes les qualités (Pivard, 2008, p. 130).

- **Indestructible** : nous pouvons la manipuler à l'infini sans la casser, elle peut disparaître et réapparaître à souhait.
- **Sensible** : elle change de forme à volonté, selon les envies et intentions et « *la moindre pression laisse des traces* » (Donaz, 1997, p. 44).
- **Disponible** : invite à être manipulée, modelée et est à disposition des pensionnaires.
- **Vivante, transformable** : elle passe de l'inanimé à l'animé grâce à l'action de celui qui la manipule.

Grâce à l'argile, la **notion de corps en relation prend une triple dimension** (thérapeute/patient, patient/patient et patient/argile). La sensorialité permet au sujet de contenir et d'apaiser ses angoisses. En effet, l'argile est faite de plusieurs morceaux qui tiennent mais qui demandent de l'attention et d'être consolidés. Les pensionnaires font d'ailleurs l'expérience de l'argile qui se casse en séchant lorsque les morceaux ne sont pas assez soudés ou trop lourds.

Nous avons opté pour garder le premier et le dernier modelage ainsi qu'une production intermédiaire. Par souci d'espace et de matière, nous avons proposé aux pensionnaires de remettre en boule les autres productions après les avoir prises en photo. Ainsi, la production continue d'exister malgré la perte, telle une trace ineffaçable. C'est un travail de lâcher prise qui s'impose ici et qui est plus ou moins évident en fonction des participants et de leur histoire.

Tous les pensionnaires s'accordent à dire que ce médiateur les aide à se sentir rassemblés et à mettre leurs pensées de côté pour ne se soucier que de la matière et de ce qu'ils modèlent. Ils se focalisent sur ce qu'ils sont en train de vivre, de sentir et de ressentir. Tel un **retour au corps** qui s'impose de lui-même, **un pas de côté, une halte dans le tourbillon des pensées**. « *Etre à l'écoute de son corps, c'est, accompagné par un professionnel qualifié, être à l'écoute de soi-même* » (Pireyre, 2015, p. 210). Ils n'arrivent généralement pas avec une idée arrêtée de ce qu'ils vont produire. Au contraire, certains ont à cœur de laisser venir ce qui doit advenir en touchant et en malaxant. Progressivement, quelque chose se forme, une représentation de ce qui se passe pour eux dans le moment présent. Il s'agit alors « *d'envisager l'œuvre comme un objet transitionnel, intermédiaire entre la psyché du sujet et la réalité perceptive ; sous forme de la matérialité spécifique d'un objet* » (Brun, 2010, p. 26), un objet qui vient de soi, chargé d'affects et de représentations, mais qui est placé hors de soi.

Lors de la création, nous ne sommes pas dans la symbolisation. C'est ensuite, en y mettant des mots, en partageant ensemble sur les productions de chacun, en y mettant un titre et nous, thérapeutes, en questionnant les productions, que nous invitons à la symbolisation.

« *L'œuvre est prétexte à une verbalisation. [...] C'est une invitation à dépasser un vécu qui resterait au seul plan de l'imaginaire pour en faire une parole échangée avec autrui* » (Mornet, 2006, p. 45-46).

Les représentations corporelles sont au premier plan dans le modelage. On peut parler de **langage du corps qui passe par l'acte de créer, de modeler**. Le cahier individualisé que nous leur avons proposé a été bien accueilli et investi. Chacun y colle la photo de sa production de la semaine précédente et, s'il le désire, il peut y écrire un titre ou une phrase. Ainsi « *chacun dispose d'un moment d'écoute singulière qui n'appartient qu'à lui* » (Mornet, 2006, p. 48) mais qui se fait à l'intérieur du groupe. Les carnets sont conservés au sein de l'atelier et leurs seront restitués à la fin comme étant la trace de leur investissement et de leur évolution.

L'objectif est d'offrir un **cadre sécurisant et étayant** avec une écoute toujours attentive. Le regard porté doit être présent sans être envahissant, laissant l'espace et le soutien nécessaires à la créativité. « *Le psychotique, quand il construit quelque chose, c'est lui-même qu'il construit* » (Oury, cité par Mornet, 2006, p. 157). L'espace transitionnel de l'atelier propose, grâce au modelage, de retrouver une unité corporelle et donc une unité de son image du corps.

C. Construction du projet

L'atelier « argile » est co-animé (stagiaire en psychologie et moi-même). « *Cela permet de trianguler la relation et d'enrichir le regard porté sur le patient* » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 304). Nous faisons partie intégrante du groupe et nous modelons avec eux. Nous sommes, nous aussi, engagées corporellement et émotionnellement, tout en étant disponibles et vigilantes à l'ensemble du groupe. « *Même si nous sommes proches d'eux corporellement, nous avons toujours le souci de signifier le respect et la limite du corps de chacun* » (Mornet, 2006, p. 46).

Les séances ont lieu tous les mardis matins pendant une heure dans la salle d'expression et sont repérées par les pensionnaires. La rythmicité des séances permet d'offrir un espace-temps dédié à l'atelier. L'espace est matérialisé par la planche sur laquelle ils modèlent la terre. Chaque séance se **décompose en plusieurs temps**. Tout d'abord un temps d'accueil et d'installation du matériel où des discussions émergent sur comment s'est passée leur semaine. Il y a ensuite le temps de la création, du modelage de l'argile. Pour terminer, je prends chacune des productions en photo et je leur confie les photos de la semaine précédente afin qu'ils puissent les coller dans leur carnet et y associer, ou non, un titre. Le temps de verbalisation et le rangement marquent la fin de la séance, avec un temps supplémentaire où nous prenons soin de nos mains avec de la crème pour les réhydrater.

Le projet est d'offrir aux pensionnaires un outil avec lequel ils pourront s'exprimer, un espace de symbolisation où le langage est avant tout corporel avant d'être matérialisé par des mots. Il s'agit d'un **lieu d'expérimentation, de créativité et de liberté d'expression**. En effet, « *un symbole ne devient chargé de sens que pour autant qu'il concerne l'histoire vécue du sujet* » (Mornet, 2006, p. 48). Ainsi, toute production est représentation du vécu physique et psychique du sujet. Le travail sur la matière permet de passer de l'idée à l'objet. Leurs productions disent quelque chose d'eux, sans jugement, technique ou intérêt de perfectionnement. Nous travaillons avec notre corps dans le but de ressentir et d'affiner nos capacités sensorielles et motrices. La corporéité et plus particulièrement « *l'image du corps est repérable dans toutes compositions libres, qu'elle soit graphique (dessin) ou plastique (modelage)* » (Dolto, 1984, p. 7-8).

Régulièrement, nous avons des **moments de régulation** avec le psychologue et la psychomotricienne afin de faire part de nos questionnements, évolutions et ressentis. Ces temps sont essentiels afin de prendre du recul sur nos pratiques de futur soignant et d'élaborer en groupe des hypothèses de travail. Ces régulations permettent de recevoir différents points de vue en fonction des expériences et compétences de chacun.

D. Dynamique de groupe

« *Ce qui est démontré est que, dans une petite communauté, les hommes peuvent exercer leurs talents particuliers sans être condamnés pour autant à la frustration et à l'atrophie de leurs autres désirs.* » Wilfred Ruprecht Bion

« *Le groupe propose un théâtre d'expression et de mise en scène* » (Potel, 2019, p. 419). Dans le groupe, l'individu prend à la fois conscience de lui et d'autrui. Il peut avoir une place à part entière et l'ensemble constitue un tout, une unité groupale. L'essence même du groupe est de **faire corps**. Il est une « *place privilégiée de projection des dynamiques psychiques* » (Mornet, 2006, p. 26). **Le sentiment d'identité naît à partir du moment où il y a un autre différent de soi qui nous renvoie à notre propre singularité.**

« *Par conséquent, le groupe est plus que la somme des individus qui le composent, car un individu dans le groupe est plus qu'un individu isolé* » (Bion, cité par Geissmann, 2001, p. 58). Ce qui est avant tout thérapeutique, c'est l'individu et son corps mais **en relation**. Le sujet peut alors « *s'étayer sur une enveloppe groupale solide, rassurante et souple* » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 304). Le groupe est soumis aux problématiques d'un individu membre du groupe. Le thérapeute, membre du groupe, propose des réponses corporelles et verbales « *qui vont avoir*

une fonction de « réverbération » du comportement du sujet et c'est cette réverbération, non pas unique mais multiple, qui va être thérapeutique » (Potel, 2019, p. 420). **Le groupe a une fonction contenante, le groupe fait corps.**

Selon Racamier, « l'idée du moi serait la possibilité de partager avec un autre être humain le sentiment d'une commune appartenance à la même espèce, la conviction d'être fait de la même « glaise ». L'altérité ne peut se fonder que sur une suffisante similitude, cet axe direct sur lequel se rencontrent l'image de l'autre et l'image de soi » (Chavaroche, sous la Direction de Delion, 2002, p. 49). L'image du corps de chaque participant entre en relation avec les images du corps des autres et « chacun prend part au groupe et se transforme au contact des autres » (Vachez-Gatecel, 2019, p. 304).

E. Mme M. et l'atelier argile

Mme M. exprime un intérêt certain pour l'atelier argile. Elle a fait de la poterie dans son enfance et a pris du plaisir à renouer avec ces sensations. Comme si la **matière faisait émerger des souvenirs ancrés**. Dès la première séance, elle observe que cela lui permet de **mettre de côté toutes les pensées qui l'envahissent et de se recentrer sur la matière**. Ainsi, elle peut rester de longs moments silencieuse, concentrée sur son modelage, comme si elle trouvait ici un **espace de repos**.

Elle dit ne pas avoir d'intention lorsqu'elle arrive et qu'elle laisse venir ce qui est sensé émerger. Elle s'empare de l'argile et la malaxe jusqu'à trouver une idée en observant l'argile prendre certaines formes. Très rapidement, une première création apparaît, suivie d'une deuxième. Mme M. peut manifester sans jugement ses ressentis et ce qui la traverse dans le moment présent, telle une « *pulsion de mise en forme d'éléments affectifs de la façon dont le patient ressent sa réalité corporelle, psychique et culturelle* » (Pivard, 2008, p. 132).

Pour sa **première production**², Mme M. a modelé un panier avec des œufs pour symboliser la période de Pâques. C'est comme si elle signifiait son appartenance à la culture catholique et française. Elle y a joint un cobra dressé en attaque. Lors de la **deuxième séance**, Mme M. modèle une femme en train de méditer pour être heureuse et « *devenir sereine* » dit-elle. Au cours de la **troisième séance**, elle expérimente plusieurs formes mais cela ne semble pas satisfaire ses attentes. Elle décide donc de créer quelque chose de nouveau, un « *chenard* », un animal entre le cheval et le canard. On observe ici cette ambivalence dont elle fait parfois

² L'ensemble de ses créations sont présentées en Annexes 4.

preuve, telle une sorte de dualité où il est impossible de choisir. Métaphore de son histoire ? On ne peut faire que des hypothèses et il s'agit d'éviter les interprétations trop hâtives et naïves. Dans tous les cas, elle arrive à trouver un compromis avec l'argile et à créer un modelage en fusionnant ses deux idées. Pour la **quatrième séance**, Mme M. réalise deux productions : un escargot et un sexe masculin. Elle questionne le fait d'avoir le droit ou non de faire ce genre de représentation et semble à la fois gênée, honteuse et heureuse de faire rire la galerie. Je la rassure en lui disant que, si c'est ce qui est venu, alors il n'y a aucune raison de s'inquiéter. Je lui demande si elle se sent jugée, ce n'est pas le cas.

Je remarque qu'à chacune de ses productions, il y a la présence d'un contenant. L'objet est toujours maintenu, contenu dans quelque chose de plus grand que lui (un panier, un bassin, un étang, un sandwich). On peut faire l'hypothèse d'une tentative de lutte contre l'effondrement, comme un soutien aux enveloppes corporelles et psychiques. Signifie-t-elle sa quête de contenance ?

A la fin de chaque séance, Mme M. peut faire l'expérience d'un retour à la terre en remettant en boule sa production sans se sentir anéantie, honteuse ou déstructurée. En effet, une trace persiste, elle fait l'expérience de la continuité.

F. Conclusion

A l'heure où j'écris ces mots, l'atelier argile n'est pas encore terminé et va se poursuivre durant le mois de mai.

Cette expérience m'a beaucoup appris sur la construction d'un atelier mais aussi sur ma **posture professionnelle**. J'avais tendance à vouloir combler les temps silencieux. En expérimentant différentes manières d'être, j'ai pu trouver la posture avec laquelle je me trouvais le plus en adéquation, avec le soutien et l'étayage de ma maître de stage. Il s'agit donc à la fois d'être présent mais aussi d'accepter le retrait pour ne pas être trop intrusive, laisser libre court à la créativité et à la liberté de chacun, tout en étant là. Cet équilibre demande à la fois d'être soi et de ne pas être tout à fait soi. Je crois que la posture de soignant ce trouve à cet endroit.

J'ai aussi appris à moduler, à ne pas vouloir chercher la perfection ou la finition du modelage et à accepter qu'eux non plus. C'est la prise de conscience que la médiation sert avant tout de support à la relation et qu'elle n'est pas une fin en soi. Accepter cela demande beaucoup d'humilité et n'est pas toujours évident à trouver.

Conclusion

Ce mémoire ne cherche pas l'exhaustivité, c'est une manière de voir les choses en fonction de ma personnalité, de mes qualités et défauts et de ma sensibilité. La recherche et l'écriture m'ont permis d'approcher une certaine compréhension de la personne atteinte de schizophrénie. Grâce à la clinique, j'ai pu observer les difficultés corporelles auxquelles les patients peuvent être confrontés. Cela m'a alors permis de me questionner sur le type de proposition thérapeutique que je pouvais mettre en place pour être au plus près de leurs envies et de leurs besoins. J'avais à cœur de ne pas réduire le sujet à sa pathologie et de considérer la personne avec tous ses paradoxes et ses contradictions.

La schizophrénie reste encore une maladie porteuse de nombreux stéréotypes et discriminations. La personne malade et son entourage en sont les premiers atteints. Parler de cette maladie permet d'amener plus de compréhension et de bienveillance. Comme toute pathologie mentale, il est de notre devoir de ne pas faire d'interprétations trop hâtives et dénuées de sens et de permettre au patient d'émerger en tant que sujet à part entière, acteur de sa vie.

Nous avons pu voir, tout au long de ce mémoire, que la maladie mentale entraîne une **déstructuration psychocorporelle importante**. Les prises en charge proposées dans la schizophrénie sont souvent lourdes et associent des traitements médicamenteux à des suivis psychologiques. Le patient est sans cesse, plusieurs fois par jour, ramené à sa condition de « *malade* ». Je crois, qu'en tant que soignant, nous guidons le patient à retrouver une **place de sujet** en lui proposant un accompagnement, tel un relais, dans son parcours de soin. L'autonomie se trouve au centre de la prise en charge et l'accompagnement thérapeutique ne doit pas être un fardeau qui scléroserait la possibilité d'avancer. Bien au contraire, le suivi thérapeutique est un tremplin, une aide dans l'existence.

Le **corps exprime une certaine déstructuration de la pensée**. Dans la schizophrénie, les angoisses, les délires et les hallucinations auxquels le sujet est parfois confronté le plongent dans un vécu corporel déstabilisant voire anéantissant. Ce vécu serait alors un mélange de frayeur et d'inconnu, rendant le sujet presque inconnu à lui-même et ne lui permettant pas de se vivre dans un corps sûr, harmonieux et stable. Ainsi, l'image du corps s'en trouve grandement impactée, de même que l'investissement que le sujet peut faire de son corps. Le **sentiment d'unité corporelle fait défaut**.

On retrouve de nombreux **troubles psychomoteurs** dans la schizophrénie qui illustrent cette désorganisation corporelle et cette insécurité. Ces troubles sont aussi un moyen de défense qu'il convient d'aborder avec beaucoup de minutie, d'attention et d'écoute.

La **psychomotricité**, dans sa dimension psychocorporelle, tente de proposer un socle d'expériences que le patient peut vivre dans un **espace/temps sûr, contenant et bienveillant**. Il s'agit d'offrir au malade des sensations corporelles non délirantes qui vont l'amener progressivement à une reconnaissance des limites de son corps et donc à la perception d'un dedans et d'un dehors. Ainsi, nous pouvons espérer amener **un peu de repos, un soutien et un ancrage** qui permettra, plus tard, à la personne de se réapproprier son corps en acceptant de se vivre avec une pathologie mentale. On peut espérer que cette dernière ne prendra plus toute la place et que le sujet aura acquis les ressources nécessaires à son mieux-être.

La **médiation argile** s'est imposée car j'y voyais une réponse à leurs pensées parfois trop envahissantes. La matière propose alors de se détacher du monde des idées pour **se rapprocher du sensoriel**. Il s'agit de mettre du sens sur des ressentis en passant par le modelage, passer de l'idée à l'objet. Cela permet aussi de se recentrer autour de la matière, dans le concret de l'existence. Les patients modèlent et grâce au corps l'argile prend vie et s'unifie. Le patient en fait l'expérience et cela fait trace.

Le travail proposé en psychomotricité et à l'atelier argile est de retrouver une certaine **unicité du corps** : du corps perdu, dissocié, au corps retrouvé, plus unifié. Et finalement, **avoir un corps et être un corps**.

« Sentiment de détresse absolue.

Qu'est-ce qui te relie à ces corps solidement délimités,

A ces corps parlant doués d'yeux qui clignent,

Plus étroitement qu'à une chose quelconque,

Disons à ce porte-plume que tu tiens dans ta main.

Serait-ce le fait que tu es de la même espèce qu'eux ?

Mais tu n'es pas de leur espèce, c'est pour cela

Que tu soulèves la question.

La solide délimitation des corps humains est horrible. »

Kafka, 1954, Journal, p. 52

Merci pour l'attention portée à ce mémoire et du temps que vous y avez consacré.

Bibliographie

- Albaret, J.M., Scialom, P., Giromini, F. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Volume 4 - Sémiologie et nosographies psychomotrices*. De Boeck, 569-601.
- Bigaud E. (2014). *Rencontrer le sujet schizophrène en psychomotricité : vers une restauration des enveloppes corporelles et psychiques en relaxation*. Mémoire de psychomotricité. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017411/document>
- Bonnet, C., Fontaine, A., Huret, J., Loux, F., Muldworf, L., Pédrón, A., & Velpry, L. (2007). *Vivre et dire sa psychose*. Erès, 103-127.
- Boutinaud, J. (2017). Comment le corps vient à l'enfant ? Quelques enjeux autour des représentations corporelles au cours du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 145-166.
- Branchard, L., & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. *Psychologie clinique et projective*, n° 24(1), 197-217.
- Brun, A. (2010). Introduction. *Le Carnet PSY*, n° 141(1), 24-27.
- Brun, M., Jeghers, C., Van Caeyseele. (2011). Atelier thérapeutique argile. Création, destruction et trace. *Cliniques*, 158-174.
- Brunschwig, H. (2001). Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire et inconscient*, 91-99.
- Burel, R. (2019). La psychomotricité face aux particularités des émotions dans la schizophrénie. Mémoire de psychomotricité. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02183101/document>
- Calza, A., Contant, M. (1999). *Psychomotricité* (2^e édition). Masson, 159-177.
- Chapelle, G. (2000). Nouveaux regards sur la schizophrénie. *Sciences Humaines*, N°110(11), 21-21.
- CNRTL, Définition Corporéité. <https://www.cnrtl.fr/definition/corpor%C3%A9it%C3%A9>
- Defiolles-Peltier, V. (2000). Les vérités du corps dans les psychoses aiguës. Gaëtan Morin Editeur, 125-156, 175-199.
- Delion, P. (2002). *Corps, psychose et institution*. Erès, 9-20, 273-278.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Editions du Seuil, 7-61.

- Donaz, M. (1997). Une rencontre créatrice autour du modelage de l'argile. *Journal d'Ergothérapie*, 42-53.
- Évolution, histoire naturelle et pronostic. *Lundbeck Institute Campus*.
<https://institute.progress.im/fr/content/evolution-histoire-naturelle-et-pronostic-1>
- Feral, E. (2015). Approche théorico-clinique du concept d'image du corps. *Le journal des psychologues*, n°329, 48-52.
- Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 10(1), 1-16.
[https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)59577-5).
- Geissmann, N., (2001). *Découvrir W.R. Bion : explorateur de la pensée*. Erès, 58-60, 84-85, 105-108.
- Giromini, F. (2012). *La médiation en psychomotricité*. Erès, 253-264.
- Grand Dictionnaire de la Psychologie (1994). Larousse
- Haouzir, S., Bernoussi, A. (2020). *Les schizophrénies. De la naissance du concept aux avancés neuroscientifiques actuelles* (4^e édition). Dunod.
- HAS, ALD n°23-Schizophrénies. (2017). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies.
- INSERM. (2020, mars). Schizophrénie. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>.
- Jeannerod, M. (2010). De l'image de soi à l'image du corps. *Revue de neuropsychologie*, vol. 2, 185-194.
- Junker-Tschopp, C. (2017). Psychomotricité et neurosciences : la place du corps dans la représentation. *Revue Suisse de Pédagogie spécialisée*, 40-46.
- Larousse. Définition corporéité.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/corpor%C3%A9it%C3%A9/19401>
- Lauru, D. (2004). Dépersonnalisation, le doute d'exister ? *Figures de la psychanalyse*, 87-95.
- Lauveng, A. (2019). *Demain j'étais folle*. Autrement

- Lemperière, Th., Féline. (1977). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson.
- Lorabi, O., Samalin, L., & Llorca, P. M. (2010). Comorbidités somatiques et schizophrénie : Une interaction multifactorielle complexe. *La lettre du psychiatre*, n°6, 200-206.
- Martin, L., & Médart, C. (2014). *Pour une psychiatrie bientraitante. Expériences et réflexions d'une patiente et d'un infirmier*.
- Mini DSM-5, Critères Diagnostiques. (2016). <https://www.elsevier-masson.fr/mini-dsm-5-criteres-diagnostiques-9782294739637.html>.
- Mornet, J. (2006). Corps, psychose et groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 145-160.
- Mornet, J. (2007). *Psychothérapie institutionnelle, histoires et actualité*. Champ Social, 177-180.
- Motay, D. (2015). *La relaxation en psychiatrie adulte : Quelles spécificités en psychomotricité ?* 109. Mémoire de psychomotricité. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196731/document>.
- Nasio, J.-D. (2013). *Mon corps et ses images*. Petite Bibliothèque Payot, 73-179.
- OMS. (2019, octobre). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Pankow, G. (2006). *L'être-là du schizophrène* (2^e édition). Champs essais, 13-23, 240-260.
- Pedinielli, J-L., Gimenez, G. (2009). *Les psychoses de l'adulte* (2^e édition). Armand Colin.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps* (2^e édition). Dunod.
- Pivard, C., Sudres, J-L. (2008). La médiation : un enjeu de symbolisation ? *Psychothérapies*, 127-133.
- Potel, C. (2019). *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. (2^e édition). Erès.
- Pouillaude, E. (2012). Schizophrénie, aliénation et psychothérapie institutionnelle. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. Erès, 45-54.
- Pous, G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. L'Harmattan.
- Robert-Ouvray, S.B. (1997). *Intégration motrice et développement psychique*. Desclée de Brouwer, 155-165.

- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma : II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research. Sciences Direct* 110(1), 65-71.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.01.005>
- Schulze, A. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine*.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00028-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00028-x).
- Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Volume 1 – Concepts fondamentaux*. De Boeck, 17-110, 161-246.
- Treillet, L., Mechler, I., Reig, M., Anneheim, N. (2012). Evaluation chez les adultes de la trace psychomotrice des pathologies psychiatriques. *Thérapies psychomotrices et recherches n°169*, 88-97.
- Vachez-Gatecel, A., Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. Dunod, 295-309.
- Winnicott, D.W. (1996). *L'enfant, la psyché et le corps*. Payot, 55-74
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Gallimard, 203-214.

Annexe 1

Critères diagnostiques de la schizophrénie issus du DSM-V :

- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présents dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
- 1- Idées délirantes
 - 2- Hallucinations
 - 3- Discours désorganisé
 - 4- Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 - 5- Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle)
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles, ou l'hygiène personnelles est passé d'une façon marquée en-dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c'est-à-dire les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée.
- D. Un trouble schizo-affectif ou dépressif ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (drogues, médicaments) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires ou délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Annexe 2

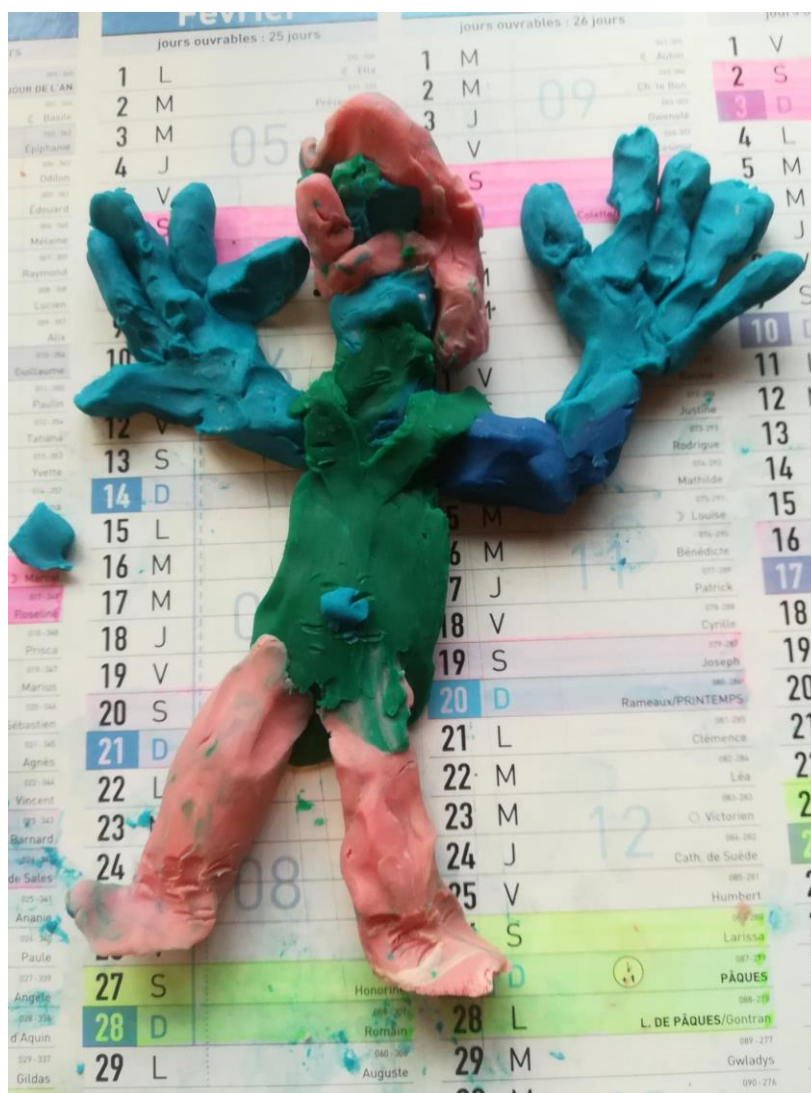


« *L'objet invisible* » (sous-titrée « *Mains tenant le vide* »), Giacometti.

« *Je n'avance qu'en tournant le dos au but, je ne fais qu'en défaisant.* » (Giacometti)

« *Cette statue m'est apparue comme l'émanation même du désir d'aimer et d'être aimé en quête de son véritable objet humain et dans sa douloureuse ignorance... Il manquait ici une assurance sur la réalité, un point d'appui sur le monde des objets tangibles.* » (André Breton)

Annexe 3



Bonhomme en pâte à modeler fait par Mme M.

Annexe 4

Les différentes productions de Mme M. lors de l'atelier argile.

Première séance :



Panier de Pâques rempli d'œufs.



Cobra dressé en attaque.

Deuxième séance :



Femme en train de méditer pour être heureuse et devenir sereine.

Troisième séance :



« *Chenard* », un animal entre le cheval et le canard.

Quatrième séance :



Escargot et sexe masculin.

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
<i>Partie théorique</i>	3
I. ETRE UN CORPS, AVOIR UN CORPS	4
A. <i>C'est quoi un corps ?</i>	4
1. Un peu d'histoire	4
2. Mais, de quel corps parle-t-on en psychomotricité ?	5
a. Le corps du patient	5
b. Le corps du psychomotricien	5
c. Conclusion	6
B. <i>Une corporéité en construction</i>	7
1. Les compétences du nourrisson	7
a. L'équipement moteur	7
b. Compétences sensorielles	8
c. Compétences relationnelles	9
2. Le développement, c'est étape par étape	10
a. Wallon : développement des compétences intellectuelles et de la personnalité	10
b. Quand le corps subi devient le corps représenté	10
3. Le corps dans l'espace et dans le temps	11
4. Conclusion	12
C. <i>Un corps en relation</i>	12
1. Tonus, émotions et relation	13
2. Le développement psychoaffectif	14
3. Quand l'enfant sort de sa chrysalide	15
4. Se séparer pour s'individuer	16
5. Conclusion	17
D. <i>Image du corps, schéma corporel et représentations corporelles</i>	17
E. <i>Conclusion</i>	19
II. AU CŒUR DE LA SCHIZOPHRENIE	21
A. <i>Généralités</i>	21
1. Une histoire de la schizophrénie	22
2. Définition de la schizophrénie	23
3. Epidémiologie	23
4. Modèles explicatifs	24
a. Modèle psychanalytique	24

b.	La phénoménologie	24
c.	Le courant systémique et l'école Palo Alto	25
d.	Approche de l'antipsychiatrie	25
e.	Le modèle cognitiviste	25
f.	L'arrivée des neurosciences	26
g.	Qu'en est-il aujourd'hui ?	26
h.	Conclusion.....	27
B.	<i>Etiologies</i>	27
C.	<i>Sémiologies</i>	28
1.	Symptômes positifs	28
2.	Symptômes négatifs.....	29
3.	Désorganisation	30
4.	Troubles cognitifs	31
5.	Différentes formes cliniques.....	31
6.	Comorbidités	32
D.	<i>Parcours du patient</i>	33
1.	Entrée dans la maladie	33
2.	Diagnostiques et diagnostics différentiels	34
a.	Critères diagnostiques	34
b.	Diagnostiques différentiels.....	34
3.	Evolutions et pronostic	34
E.	<i>Traitements</i>	35
1.	Pharmacologiques.....	36
2.	Autres thérapeutiques médicamenteuses et apparentées.....	36
3.	Aparté sur la contention.....	37
4.	Non médicamenteux	37
F.	<i>Conclusion - Qu'en est-il de la schizophrénie aujourd'hui ?</i>	39
III.	L'UNITE CORPORELLE A L'EPREUVE DE LA SCHIZOPHRENIE.	40
A.	<i>Le bilan psychomoteur en psychiatrie adulte</i>	40
B.	<i>Symptomatologie iatrogène</i>	40
C.	<i>Organisation psychomotrice dans la schizophrénie</i>	42
1.	Le tonus comme protection	42
4.	Je m'exprime comme je suis	43
5.	Représentations corporelles.....	43
a.	La place des angoisses.....	44
b.	Qu'en est-il des enveloppes ?.....	46

c.	Le corps en morceaux	48
d.	Quand l'être s'oublie, que reste-t-il ?	50
D.	<i>Conclusion</i>	51
	<i>Partie clinique</i>	53
IV.	UN AVENIR EN CO-CONSTRUCTION	54
A.	<i>Le lieu de stage</i>	54
B.	<i>La psychothérapie institutionnelle</i>	57
C.	<i>Place de la psychomotricité au sein de l'institution</i>	58
D.	<i>Ma place de stagiaire</i>	58
V.	LA PSYCHOMOTRICITE AUPRES DE PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE.....	61
A.	<i>La demande</i>	61
B.	<i>Le temps de la rencontre</i>	62
C.	<i>Le cadre thérapeutique</i>	63
D.	<i>Transfert/contre-transfert</i>	64
E.	<i>La boîte à outils du psychomotricien</i>	65
1.	Ecoute et reformulation	65
2.	Place de la sensorialité.....	65
3.	La place du toucher en psychiatrie adulte	66
4.	Sensation, perception et représentation	67
6.	Inspirez, expirez : place de la respiration	67
G.	<i>Conclusion</i>	68
VI.	ETUDE DE CAS – Mme M	69
A.	<i>Présentation générale</i>	69
B.	<i>Observations psychomotrices</i>	70
C.	<i>Prise en charge globale</i>	73
D.	<i>Prise en charge en psychomotricité</i>	74
E.	<i>Conclusion</i>	77
VII.	UNE PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE GROUPELE EN PSYCHOMOTRICITE	80
A.	<i>La médiation</i>	80
B.	<i>Une entrée en matière : l'argile</i>	81
C.	<i>Construction du projet</i>	83

<i>D.</i>	<i>Dynamique de groupe</i>	84
<i>E.</i>	<i>Mme M. et l'atelier argile</i>	85
<i>F.</i>	<i>Conclusion</i>	86
	<i>Conclusion</i>	87
	<i>Bibliographie</i>	89
	<i>Annexe 1</i>	93
	<i>Annexe 2</i>	95
	<i>Annexe 3</i>	96
	<i>Annexe 4</i>	97