HAL
open science

Soutien de l'identité auprès de patients adultes atteints de schizophrénie : approche psychomotrice au sein d'un groupe thérapeutique

Marie Pomiès

To cite this version:

Marie Pomiès. Soutien de l'identité auprès de patients adultes atteints de schizophrénie : approche psychomotrice au sein d'un groupe thérapeutique. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03337466

HAL Id: dumas-03337466

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03337466v1

Submitted on 8 Sep 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'État de Psychomotricien

Soutien de l'identité auprès de patients adultes atteints de schizophrénie

Approche psychomotrice au sein d'un groupe thérapeutique

POMIES Marie

Née le 9 Juin 1998 à Bordeaux (33)

Directrice de mémoire : Mme Valérie LACAMOIRE

Juin 2021

Remerciements…

Je remercie Valérie, ma directrice de mémoire pour son écoute et ses précieux conseils dans ce travail d'écriture.

Je remercie Isabelle, ma maître de stage, pour son accompagnement tout au long de cette année tant dans ma pratique, que dans ma réflexion. Merci pour ton partage d'expérience, ton investissement et tes encouragements quant à ce travail. Je remercie également toute l'équipe de l'Hôpital de jour pour leur accueil et leurs nombreux échanges.

Je remercie tous les patients que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, pour m'avoir fait confiance et pour m'avoir permis d'apprendre à leurs côtés.

Je remercie l'ensemble des professeurs pour la qualité de l'enseignement qu'ils m'ont prodigué au cours de ces trois années passées à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux.

Je remercie ma famille, ma sœur, et plus particulièrement mes parents qui m'ont toujours guidée dans la recherche d'une profession dans laquelle je pourrais m'épanouir. Une pensée pour ma maman, pour ses relectures et son soutien permanent tout au long de cette dernière année de formation.

Merci à toi, Thomas, pour m'avoir encouragée, rassurée, épaulée et pour toutes tes attentions du quotidien qui ont tellement d'importance.

Merci à mes amies, et tous ceux qui m'ont suivie de près ou de loin dans ce travail de fin d'études.

Enfin, merci à vous, Manon, Pauline et Agathe, mes amies et futures psychomotriciennes, avec qui j'ai passé ces trois belles années, éprouvantes mais passionnantes. Merci d'avoir été présentes, de m'avoir écoutée et soutenue dans les phases de doutes et de remises en question. Merci pour tous ces bons moments partagés.

Sommaire :

Remerciements…….....- 2 -
Introduction :.....- 4 -

CHAPITRE 1 : LE CONCEPT D'IDENTITÉ.....- 6 -
I. Qu'est-ce que l'identité ? : .....- 6 -
II. Construction identitaire :.....- 11 -
III. La corporéité à la base du sentiment d'identité : .....- 19 -

CHAPITRE 2 : SCHIZOPHRÉNIE ET IDENTITÉ .....- 24 -
I. Généralités sur les psychoses : .....- 24 -
II. Un exemple de psychose de l'adulte, la schizophrénie : .....- 27 -
III. Répercussions identitaires dans la schizophrénie :.....- 37 -

CHAPITRE 3 : PSYCHOMOTRICITÉ ET IDENTITÉ .....- 44 -
I. Une approche psychomotrice de l'identité : .....- 44 -
II. Troubles psychomoteurs dans la schizophrénie :.....- 53 -
III. Le groupe thérapeutique en psychomotricité : .....- 59 -

CHAPITRE 4 : PRATIQUE PSYCHOMOTRICE.....- 68 -
I. Présentation service psychiatrique : .....- 68 -
II. Le groupe d'improvisation théâtrale : .....- 71 -
III. Étude de cas - Monsieur B. : .....- 74 -

Conclusion : .....- 84 -
Bibliographie :.....- 86 -
Tables des matières : .....- 89 -
Annexes :.....- 93 -
- Annexe 1 : Critères DSM V.....- 93 -
- Annexe 2 : Dessin de Mr B.....- 95 -

Introduction :

Notre identité reflète notre manière d'être au monde. Elle est à la fois individuelle et collective, c'est une perception de soi qui est constamment remaniée par le regard et la parole de l'autre. Elle se construit activement dans l'enfance au travers de la socialisation, des processus d'individuation et d'identification. Elle s'enrichit grâce aux multiples expériences corporelles, affectives et émotionnelles de l'enfant partagées avec les personnes de son environnement.

Le processus identitaire n'est jamais fixe, il se modifie tout au long de notre vie. Certaines périodes de notre existence sont à la source de remaniements identitaires importants. Elles sont traversées par des phases de crises, des seuils, des ruptures entrainant une instabilité identitaire et pouvant affecter notre sentiment d'identité.

Pour cette troisième année de formation, j'ai choisi d'effectuer un stage en psychiatrie adulte qui est un secteur qui a depuis toujours suscité chez moi un certain intérêt. N'ayant pas eu d'expérience dans ce domaine lors de mes précédents stages, de nombreuses interrogations m'animaient et m'ont donné la volonté d'enrichir mon expérience afin de mieux comprendre et mieux connaitre la maladie psychiatrique (plus particulièrement la schizophrénie).

La schizophrénie est une pathologie qui désorganise, bouleverse, ébranle le sujet dans son être tout entier. L'éclatement psychique imposé par celle-ci s'exprime par la corporéité du sujet. Le vécu corporel atypique souvent douloureux rend compte d'une autre forme de rapport au corps et à l'identité. Les préoccupations corporelles sont multiples dans ce type de pathologies. Très vite, la problématique identitaire chez des personnes présentant une schizophrénie m'est apparue essentielle. Je me suis alors demandée : *comment le sujet peut-il maintenir une stabilité identitaire lorsque celle-ci est sans cesse impactée par la pathologie ?*

La psychomotricité s'intéresse au sujet dans sa dynamique psychocorporelle. De ce fait, elle trouve sa place dans l'articulation de ces deux notions corps et psyché. Je me suis alors questionnée sur le rôle du psychomotricien auprès de cette population. *Que pouvons-nous proposer en psychomotricité afin d'accompagner le sujet atteint de schizophrénie dans sa dynamique identitaire ?*

Étant sur un lieu de stage où la prise en charge est groupale, j'ai voulu prêter attention aux spécificités du groupe dans l'accompagnement de ces patients. *Comment le psychomotricien peut-il soutenir une identité psychique et corporelle à travers un travail sur le corps en relation ?*

L'enjeu de ce mémoire sera d'aborder la question de l'identité dans la schizophrénie et plus spécifiquement au sein d'un groupe thérapeutique tout en portant un regard psychomoteur sur celle-ci.

C'est de cette réflexion qu'a émergé chez moi la problématique centrale de ce mémoire :

« Comment la psychomotricité, en exploitant les spécificités du groupe thérapeutique, peut-elle soutenir le processus identitaire des patients adultes atteints de schizophrénie ? »

Cette question sera le fil conducteur de mon mémoire et de mon stage de troisième année. Afin d'y répondre, j'exposerai ma réflexion par le biais de différents chapitres.

Dans un premier temps, il m'a semblé judicieux d'appréhender le concept d'identité au travers de divers courants théoriques et d'étudier les fondements de celle-ci dans le développement de l'enfant. Je développerai ensuite la place particulière du corps dans l'élaboration du processus identitaire.

Dans un second temps, je rédigerai un chapitre sur les psychoses, dans lequel j'aborderai en particulier la schizophrénie, je détaillerai ainsi les différents éléments nécessaires à sa compréhension. Je m'intéresserai également aux répercussions identitaires provoquées par cette pathologie, en y abordant le vécu corporel des adultes souffrant de schizophrénie ainsi que l'impact de l'état aigu sur l'identité du sujet.

Mon troisième chapitre portera sur les enjeux et intérêts de l'approche psychomotrice dans l'accompagnement et le soutien de l'identité auprès des patients. Je présenterai les principaux troubles psychomoteurs repérés dans la schizophrénie. Enfin, je développerai les spécificités du groupe thérapeutique ainsi que les différents liens que l'on peut établir avec l'identité.

Pour finir, dans le but de rendre plus lisibles ces différentes notions, je terminerai ce mémoire par un chapitre clinique dans lequel j'exposerai mes propos au travers d'une étude de cas. Je présenterai aussi le groupe d'improvisation théâtrale et ses particularités concernant l'identité.

Tout au long de cet écrit, des vignettes cliniques viendront illustrer certains propos théoriques.

CHAPITRE 1 : LE CONCEPT D'IDENTITÉ

Dans cette première partie, nous allons tenter de nous approcher d'une compréhension du concept d'identité. Nous verrons entre autres, comment le concept d'identité a été exploré au travers de différentes approches théoriques. Puis, nous développerons la structuration de l'identité dans le développement de l'enfant. Enfin, nous verrons en quoi le corps peut être appréhendé comme étant à l'origine du sentiment d'identité.

I. Qu'est-ce que l'identité ? :

1. Approche globale et définitions :

Le terme identité provient du bas latin *identitas* qui dérive du latin classique *idem* signifiant « le même ». Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'identité correspondrait au « *caractère de deux ou plusieurs êtres identiques* » et/ou *« caractère de ce qui sous des dénominations ou des aspects divers, ne fait qu'un et ne représente qu'une seule et même réalité ».* (*CNRTL*) Ainsi, on s'aperçoit que cette définition associe à la fois la similitude, l'unicité, l'unité, la reconnaissance et la permanence. L'ensemble de ces caractères permettent de définir une personne en tant que telle et d'identifier des partenaires de relation.

D'après **A**. **Mucchielli,** l'identité peut être définie comme un *« ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur. C'est donc un sens perçu donné par chaque acteur au sujet de lui-même ou d'autres acteurs. » (Mucchielli, 2009)*

Grâce à cette définition, nous pouvons dire que l'identité est **plurielle**. En effet, elle est toujours en transformation car elle implique une relation soi-autrui qui s'inscrit dans un contexte spécifique lui-même modifiable. Ce dernier est sujet à des normes, des valeurs, des rapports de places, des règles qui permettent de structurer la relation. Au travers de celle-ci, l'individu pourra avoir une lecture de son identité propre mais également de celles des autres. Ainsi, nous pouvons dire que le phénomène identitaire est le produit d'interactions sociale et relationnelle établies dans un contexte spécifique.

Un ensemble de caractères peuvent être retrouvés chez des individus, il en existe une multitude et sont de différentes sortes. Ils sont appelés **référents identitaires** et facilitent la reconnaissance et l'identification d'un individu sans confusion. (Mucchielli, 2009)

- Écologiques : milieu de vie, influence de ce milieu sur le sujet, conditions de vie.
- Matériels et physiques : apparence physique, traits morphologiques, possessions de biens.
- Historiques et culturels : actes fondateurs de notre origine, descendance, éducation, coutumes, croyances, valeurs.
- Psychosociaux : nom, âge, sexe, statut social, profession, compétences, projets.

On retrouve deux principales significations correspondant au concept identitaire. D'une part, la **face objective** qui peut être appréhendée grâce aux caractéristiques permanentes au travers des référents identitaires. D'autre part, la **face subjective** qui renvoie à la perception propre qu'un sujet a de son individualité. Celle-ci est étroitement liée à la conscience de soi et au sentiment d'identité. Néanmoins, la conscience qu'un sujet a de lui-même est marquée par ses catégories d'appartenance mais également par les relations qu'il tisse avec son entourage. De ce fait, il me semble important de préciser que ces deux facettes de l'identité sont distinctes mais non dissociées. Elles évoluent conjointement et s'enrichissent mutuellement au travers des relations sociales.

Tous ces éléments mettent en évident la **complexité** et le **paradoxe** du concept d'identité qui associe des notions parfois contradictoires. Cette ambiguïté sémantique suppose que l'identité oscille entre la similitude et la différence. Cela démontre le fait qu'un individu peut être à la fois unique et semblable à d'autres. De plus, l'identité est un processus **dynamique** qui évolue au fil des années au gré des expériences vécues par le sujet pouvant être charnières pour ce dernier (exemple : période de l'adolescence). Elle est également **transformable**, le milieu dans lequel se construit le sujet étant en perpétuel changement tout au long de sa vie, l'identité s'en trouvera également remaniée à chaque instant.

Dans le domaine des sciences humaines, c'est une notion **polysémique**, elle peut se définir selon le sujet, de manière individuelle ou collective. Elle se situe au croisement de la psychologie et de la sociologie. Elle peut être appréhendée en biologie, mais également en philosophie, en phénoménologie ainsi qu'en psychanalyse.

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, je vais développer ci-dessous le concept d'identité au travers de différents courants théoriques.

2. Approche théorique :

a) Psychologie et psychologie sociale :

Dans les années 60, **E. Erikson**, psychanalyste américain renommé, élabore une théorie du concept d'identité dans le champ du développement psychosocial. Il est à l'origine de la diffusion de ce terme, notamment au travers de l'étude des crises identitaires survenant au cours du cycle de vie du sujet.

Selon cet auteur, le terme identité se réfère, au ***« sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle ».*** Ce sentiment est le résultat d'un double processus qui agit en même temps ***« au cœur de l'individu ainsi qu'au cœur de la culture, de sa communauté*** *».* (Marc, 2005)

À travers cette définition, l'utilisation des termes subjectif et tonique laisse entrevoir la place centrale du corps et de la posture dans la dimension identitaire. L'aspect tonique renvoie à la perception d'un corps solide, physique, matériel et l'aspect subjectif sous-entend une vision plus individuelle de ce dernier susceptible de varier en fonction du sujet et de son ressenti.

Ainsi, nous pouvons dire que le sujet prend conscience de son identité au travers de la perception qu'il a de lui-même mais également dans la relation qu'il tisse avec son entourage et plus spécifiquement dans le groupe social auquel il appartient. Tous ces éléments témoignent d'une intrication étroite entre le psychologique et le social. Ils permettent la mise en évidence du rôle essentiel des interactions et représentations sociales sur la construction de l'identité du sujet.

En psychologie, l'identité serait composée d'une série de sentiments vécus se rapportant à cette dernière. Nous pouvons citer ici, le sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence. (Mucchielli, 2009)

De plus, **P. Tap** définit l'identité personnelle comme un *« ensemble de représentations et de sentiments qu'une personne développe à propos d'elle-même. C'est ce qui permet au sujet de rester le même, de se réaliser soi-même et de devenir soi-même, dans une société et une culture donnée et en relation aux autres. »*. (Tap & Lecomte, 2016)

Je reviendrai plus en détail sur certains de ces sentiments dans une partie ultérieure de ce mémoire.

b) Biologie :

De manière générale, la biologie désigne l'ensemble des sciences qui étudient la matière vivante et les lois de la vie. Elle s'appuie sur le concept d'identité à différents niveaux. Comme évoqué plus haut, l'identité peut être appréhendée suivant deux facettes, subjective et objective. D'un point de vue de la génétique, nous nous intéressons particulièrement à la face objective de l'identité.

Notre ADN, support universel de l'information génétique, est unique et spécifique pour chacun d'entre nous. En tant qu'être humain, nous héritons de nombreux gènes qui nous sont transmis par nos parents. Ces derniers s'expriment au travers de différents caractères physiques observables qui nous sont propres et nous définissent tels que la couleur de nos yeux, de notre peau, de nos cheveux, la taille de notre nez, la forme de notre bouche etc… Tous ces éléments nous permettent de nous percevoir comme différent des autres, ils reflètent donc une part de notre identité et rendent compte de notre spécificité.

Néanmoins, ces caractéristiques morphologiques sont retrouvées de manière semblable chez tous les êtres humains ce qui nous permet également de nous reconnaître comme sujet appartenant à l'espèce humaine. De ce fait, nous pouvons dire que notre identité biologique rend compte de la complexité de la notion d'identité notamment par son oscillation entre ce qui est semblable auquel nous nous identifions et ce qui est différent nous permettant de nous individualiser.

c) Philosophie :

En philosophie, la notion d'identité est souvent rattachée à l'identité personnelle. Cette dernière se caractérise par le fait qu'un sujet puisse à la fois se distinguer de tous les autres et qu'il reste le même dans le temps.

D'après **J. Locke**, la continuité corporelle ne fonde pas l'identité personnelle. Pour cet auteur, nous conservons notre identité personnelle même si nous changeons de substance (c'est-à-dire de corps ou d'âme). Ainsi, c'est au travers de la conscience que se fonde notre identité personnelle. Elle permet au sujet de se penser lui-même et de prendre de la distance avec lui-même, comme face à un miroir. De ce fait, elle favorise un dédoublement de soi par lequel nous savons que nous pensons. Ainsi, notre conscience serait l'expression de notre Moi intérieur, marque de notre identité.

Selon **E. Kant**, philosophe du 18ème siècle, la conscience est une activité de synthèse. C'est une spécificité de l'être humain car elle lui donne la capacité d'avoir un retour réflexif sur lui-même et d'accompagner ses états (sentiments, idées, sensations) d'un « Je pense », ce qui reflète sa subjectivité. L'utilisation du « Je » n'apparait que progressivement dans le développement de l'enfant. Ce n'est qu'après la première utilisation du « Je » que l'enfant sera en capacité d'accompagner ses états d'âmes d'un « Je pense », ce qui témoigne de la conscience de soi et donc d'un phénomène identitaire. (Durand, 2015)

d) Phénoménologie :

Le courant phénoménologique est basé sur la compréhension de l'expérience vécue telle qu'elle peut être appréhendée par la conscience. **P. Ricoeur** évoque une « ***identité narrative »*** selon laquelle, le sujet se construit dans une narration de son histoire qui est sans cesse renouvelée au fil de son existence. Cette notion peut être mise en lien avec le sentiment d'identité développé par **E. Erikson** qui permettrait au sujet de rester le même en fonction des différents épisodes de sa vie.

C'est dans cette perspective phénoménologique que le philosophe **P. Ricoeur** distingue deux pôles de l'identité que sont l'ipseité et la mêmeté.

→ **Identité-ipse (ipséité)** : elle représente le pôle le plus profond de l'identité humaine. Elle rend compte de l'unicité, de la singularité et de la spécificité de chaque individu. D'après cet auteur, *« l'expérience de la promesse tenue évoque un type d'identité qui n'a rien à voir avec la persistance des qualités et des propriétés. »*. (Martin & Piot, 2011). La *« promesse tenue »* se réfère ici au « soi », elle est synonyme d'ipséité. En effet, l'identité-ipse s'appuie sur le sentiment de continuité d'être soi, c'est-à-dire la permanence de la subjectivité dans le temps. Elle serait altérée dans les pathologies schizophréniques**.** Ainsi, pour **Tatossian**, le sujet atteint de schizophrénie apparaît comme une *« ipséité mise à nu et privée de toute propriété durable.* ». (Martin & Piot, 2011)

→ **Identité-idem (mêmeté)** : elle correspond à ce qui s'inscrit dans le temps de manière invariante. Elle permet de reconnaitre l'autre au travers de traits permanents et invariables notamment l'apparence physique ou le caractère du sujet. Le sujet est en capacité de se percevoir comme étant différent d'autrui.

Enfin, l'identité humaine se construit en partie sur l'identité narrative développée par **P. Ricoeur**, qui met en lien l'ipséité et la mêmeté d'un sujet en entretenant un rapport dialectique entre elles, constituant ainsi une identité personnelle.

e) Psychanalyse :

Dans sa théorie psychanalytique, **S. Freud** différencie trois instances psychiques que sont le Moi, le Ça et le Surmoi. Le Ça équivaut au pôle pulsionnel de la personnalité. Il est soumis aux processus primaires et aura tendance à être régi par le principe de plaisir. Le Moi va obéir au principe de réalité, il sera le représentant des intérêts de la totalité du sujet et sera investi de la libido narcissique. Un de ses objectifs est le maintien de l'équilibre psychique. Le Surmoi correspond à cette partie qui juge et critique l'intériorisation des exigences et des interdits parentaux à l'origine de la conscience morale.

Cette topique freudienne propose une modélisation du fonctionnement de l'appareil psychique. C'est par l'interaction entre ces trois instances psychiques que le sujet pourra se développer et construire au fil du temps son identité.

II. Construction identitaire :

Le processus par lequel l'enfant va pouvoir acquérir son sentiment d'identité débute dès la naissance et peut être même avant celle-ci. Pendant la grossesse, le bébé commence à exister dans l'imaginaire parental, grâce aux projections et représentations qu'ils peuvent avoir de leur futur bébé. Il y a l'amorce d'une identité sexuelle et symbolique qui se met en place in-utéro. À la naissance, le nouveau-né n'a pas conscience de son identité. Ce sont les étapes successives et différentes durant son développement psychomoteur qui lui permettront de prendre conscience de son corps de manière plus unifiée et séparé de celui de sa mère.

L'identité naît de sensations et d'émotions éprouvées au cours d'interactions répétées entre l'enfant et son premier objet d'attachement, le plus souvent la mère. C'est donc à partir de la perception du corps propre et au travers des interactions précoces avec le milieu humain que l'enfant pourra développer le plus harmonieusement possible son sentiment d'identité.

Je vais détailler ci-dessous plusieurs périodes importantes dans le développement de l'enfant qui participent au processus identitaire et à la formation du Moi du sujet.

Au cours de ce chapitre, nous allons aborder la relation mère/enfant mais il est évident qu'à travers le terme « mère » nous visons toute figure d'attachement disponible pour l'enfant.

1. Fondements identitaires dans le développement de l'enfant :

a) Naissance, interaction, relation :

À la naissance, le bébé n'existe pas sans sa mère. Il est dépendant de cette dernière, il perçoit son corps comme indifférent de celui de sa mère et ne peut survivre seul, **D. Winnicott** disait *« un bébé seul, ça n'existe pas ».* La capacité d'une mère à se mettre à la place de son nouveau-né et ainsi répondre à ses besoins représente ce que **D. Winnicott** appelle la préoccupation maternelle primaire. Grâce à cet ajustement précoce entre les deux protagonistes, le bébé n'éprouve aucune menace d'anéantissement et peut investir son self sans danger. Du côté de la mère, cette préoccupation maternelle primaire se développe progressivement durant la grossesse puis s'estompe peu à peu suite à la naissance de l'enfant. Elle finit par accepter de ne plus être totalement gratifiante pour son enfant et devient simplement une mère suffisamment bonne. (Marcelli, 2006)

D. Winnicott distingue trois rôles dans la fonction maternelle qui permettent une bonne maturation du Moi de l'enfant et la mise en place d'un ***« vrai self »*** : le *holding,* le *handling* et *l'object presenting*.

- *Le **« holding »*** correspond à la manière dont l'enfant est porté, soutenu, contenu. Le portage corporel favorisera la construction d'une base narcissique adéquate et permettra à l'enfant de prendre confiance en lui. **D. Winnicott** associe le **sentiment de continuité d'existence** au holding maternel qui permettra à l'enfant de retrouver une stabilité dans les soins parentaux ce qui favorisera la construction de son monde intérieur et de ce fait l'acquisition d'une identité.

- *Le **« handling »*** correspond aux manipulations du corps, c'est-à-dire à la manière dont est traité, manipulé, soigné l'enfant pendant l'échange (soins de toilette, habillage mais aussi caresses, échanges cutanés multiples…). Il amènera le processus de personnalisation et l'installation de la psyché dans le soma.

- L' **« *object presenting »*** *se* caractérise par la capacité de la mère de mettre à disposition de son bébé un objet, au moment précis où celui-ci en a besoin. Ainsi, il favorise la création d'un premier échange dans les relations objectales. L'utilisation de l'objet par l'enfant lui permet de se savoir différent.

D. Winnicott a également souligné l'importance du regard de la mère lorsqu'elle porte son bébé qui permet à ce dernier de se nourrir de l'affection qu'il reçoit. Lorsque le bébé observe le visage maternel, *« généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit. ».* (Marc, 2005) Ainsi, le regard maternel joue un rôle de miroir pour le bébé. En effet, ce qu'observera l'enfant sur le visage de sa mère n'est autre que lui-même. Nous pouvons parler ici d'une première forme de reconnaissance ou d'identification primaire.

Les interactions précoces dans la dyade mère/enfant sont essentielles dans la constitution du sentiment d'identité et sont nécessaires au développement harmonieux de l'enfant. Dans ses travaux, **R. Spitz** repère chez le jeune enfant des comportements spécifiques relevant de l'existence d'« organisateurs du psychisme » et en décrit trois principaux.

Le premier organisateur est le **sourire** qui apparaît vers l'âge de trois mois. Il associe à la fois l'imitation et la réponse aux stimulations ou sourires proposés par l'entourage. Le second est l'**angoisse du huitième mois** qui se manifeste par la peur des étrangers. L'enfant est en capacité de reconnaître sa mère comme séparée de lui et la différencie d'une autre personne. Le troisième correspond à l'**apparition du « non »** aux alentours des deux ans de l'enfant. L'usage du « non » permet à l'enfant de s'opposer et de se différencier des figures parentales. Ainsi, il lui permet une prise de position et marque une nouvelle étape dans le processus d'individualisation. Progressivement, l'enfant pourra se percevoir comme sujet autonome. (Marc, 2005)

Ainsi, nous pouvons dire que ces processus identificatoires participent activement à la construction du Moi du sujet. Les interactions précoces dans le développement de l'enfant constituent la base de l'identité.

b) <u>Le stade du miroir :</u>

Le stade du miroir décrit par **J. Lacan** est un moment fondateur de la quête identitaire de l'enfant. Entre 6 et 18 mois, le jeune enfant découvre son image spéculaire à travers son reflet dans un miroir puis la redécouvrira aux alentours de ses 3 ans. Cet auteur retiendra deux signes observés chez le bébé dans cette expérience, d'une part la jubilation du bébé face au miroir et d'autre part son retournement vers sa mère qui le porte. En effet, la première personne que l'enfant reconnait dans le miroir est sa mère. Il ne fait pas la distinction entre sa mère et son propre reflet.

Ainsi, le premier temps du miroir marque la séparation entre le corps de la mère et la naissance du sujet. À cette période, le jeune enfant possède une vision encore morcelée et partielle de son corps. Lorsqu'il observe son image dans le miroir, il aperçoit une forme globale, une entité distincte ce qui introduit un premier **sentiment d'unité corporelle**.

Dans un second temps, après ce phénomène de jubilation, le jeune enfant se retourne vers sa mère, il cherche une renaissance, la validation de ce qui vient de se produire. Afin d'y répondre, la mère va nommer son enfant et va affirmer que c'est bien son reflet qu'il perçoit dans le miroir. Ainsi, cette nomination permet de ramener l'enfant au langage et à l'ordre symbolique. Pour se reconnaitre dans le miroir, l'enfant a besoin de s'adapter au regard et à la voix de sa mère. (Egry, 2014)

Pour **J. Lacan**, le miroir a une fonction structurante pour le bébé. L'expérience de l'image spéculaire aide l'enfant à devenir sujet. Elle participe très tôt à la formation du « Je » symbolique et du Moi imaginaire en lien avec l'avènement de la subjectivité. De ce fait, nous pouvons dire que le stade du miroir fait l'objet d'une expérience fondatrice de l'identité précoce de l'enfant et participe également à la formation du Moi. (Nasio, 2008)

C'est d'ailleurs ce sentiment d'identité et d'unité corporelle qui est mis à mal dans les psychoses.

c) <u>Le concept de narcissisme :</u>

À la naissance, l'enfant est dans un état d'indifférenciation avec son environnement. Afin qu'il puisse progressivement percevoir son corps, développer ses capacités corporelles, il est nécessaire qu'il investisse son corps propre. Afin de caractériser cette première période de vie, **S. Freud** s'est intéressé au concept de narcissisme qui est au cœur de la construction identitaire de l'enfant. Selon lui, le narcissisme désigne un investissement de l'énergie libidinale (ou pulsionnelle) qui a pour objet le Moi. Ce concept dépend des soins maternels procurés à l'enfant, qui jouent un rôle fondamental dans les premières organisations du Moi du bébé. Dans sa théorie, **S. Freud** distingue le narcissisme primaire et secondaire. (Golse, 2015)

Le ***narcissisme primaire*** est un stade précoce du développement de l'enfant au cours duquel, il y a un investissement du Moi en parallèle de la libido. Afin de répondre à ses pulsions, l'enfant trouve une autosatisfaction à travers l'expérience de son propre corps qui constitue un objet unique. Il s'agit ici de la construction d'un auto-érotisme favorisant une satisfaction de la libido.

Dans ce stade, l'enfant éprouve une illusion de toute puissance car il pourra répondre à ses pulsions par lui-même avant de se diriger vers des objets extérieurs.

Le ***narcissisme secondaire*** désigne l'amour que le sujet porte à lui-même succédant à la découverte de la réalité extérieure. L'enfant investit les objets extérieurs (autre que sa mère). De ce fait, le narcissisme secondaire apparait successivement à la répartition progressive de l'énergie libidinale entre le Moi et les objets extérieurs. En effet, le Moi de l'enfant se structure entre autres par l'interaction avec autrui.

d) Le complexe d'Œdipe :

Le développement du processus identitaire chez l'enfant se met en place parallèlement à la construction d'une **identité sexuelle**. L'enfant pourra se reconnaitre comme fille ou garçon dès le plus jeune âge notamment suite à l'accès à la parole. L'identité sexuelle est en partie basée sur le sexe anatomique mais elle résulte également des identifications durant la petite enfance, induites par les parents et l'entourage social constituant ainsi l'identité de genre, mais également celles qui se jouent durant le **complexe d'Œdipe**. Ce processus décrit par **S. Freud**, apparaitrait aux alentours des six ans de l'enfant. Il serait réactivé à l'adolescence après une phase de latence durant laquelle l'enfant serait en capacité d'apaiser ses pulsions sexuelles en portant son attention sur d'autres domaines tels que l'apprentissage et les relations sociales.

Jusqu'alors, l'enfant entretenait une relation duelle, privilégiée avec sa mère. Le complexe d'Œdipe va entrainer une triangulation au sein du cercle familial. D'une part, l'enfant éprouvera un désir inconscient de séduction pour le parent du sexe opposé et d'autre part une hostilité jalouse apparaitra avec le désir d'éliminer le parent du même sexe. La confrontation des désirs de l'enfant provoquera chez ce dernier la crainte de recevoir une punition de la part du parent non désiré. Chez le garçon, cette peur de la sanction s'exprime par une angoisse de castration. La fille, quant à elle maintiendra la rivalité avec sa mère, femme à qui elle doit ressembler, dans le but de satisfaire son père. (Dollander & Tychey, 2010)

Que ce soit chez la fille ou chez le garçon, deux conditions sont nécessaires à la résolution du complexe d'Œdipe, elles influenceront la nature de l'identité sexuelle psychologique de l'enfant et du futur adulte. D'une part, l'enfant devra renoncer au maintien du lien privilégié avec l'un de ses deux parents et de ce fait accepter l'interdit de l'inceste. D'autre part, l'enfant devra également renoncer à prendre la place du parent du même sexe aux yeux de l'autre parent.

Ces premiers processus de découverte du sexe et du choix d'orientation sexuelle ont entrainé l'émergence de sentiments d'amour et de haine, ce qui a permis de définir les figures d'identifications sexuelles participant ainsi à la construction identitaire du sujet.

2. Sentiment d'identité :

Pour **E. Erikson**, l'identité n'existe que par le sentiment d'identité. Ce dernier repose sur un ensemble de sentiments tels que le sentiment d'unité personnelle, de continuité temporelle, de participation affective, de différence, de confiance ontologique, d'autonomie, de self-control, les processus d'évaluation par rapport à autrui ainsi que les processus d'intégration de valeurs et d'identification. Ainsi, le sentiment d'identité résulte d'un ensemble de processus étroitement liés qui se structurent dans le développement de l'enfant et continuent d'interagir au fil des années.

Ces éléments constitutifs de l'identité sont à associer avec les nécessités fondamentales ou besoins spécifiques de l'espèce humaine : besoins de sensations, besoin de points de repère, besoin de considération, besoin de possession, besoin de connaissance et besoin d'objectif. (Mucchielli, 2009)

Ainsi, j'ai choisi de développer ci-dessous le sentiment de continuité de l'être, le sentiment de continuité temporelle, le sentiment d'estime de soi (ou de valeur) ainsi que le sentiment d'appartenance pouvant être impactés dans le cas de pathologies psychiatriques.

a) Sentiment de continuité de l'Être :

Selon **D. Winnicott**, à sa naissance, le bébé est dans un état de dépendance absolue avec son entourage, en particulier sa mère. Il associe ce concept au *« holding »* en insistant sur l'importance de la stabilité des soins maternels procurés au bébé. Selon lui, il a besoin de ressentir l'intérieur de lui-même au travers de diverses expériences sécures qui lui permettront d'accéder à un sentiment d'unité. Il sera ensuite en capacité de différencier le dedans du dehors ce qui favorisera le phénomène d'individuation.

Le sentiment de continuité d'existence peut être définit comme une ***« sécurité intérieure qui nous dit qu'à la seconde suivante nous serons toujours là et toujours le même ».*** (Pireyre, 2015) Chaque individu construit son propre rapport à ce sentiment de sécurité interne. Néanmoins, il est dépendant de notre histoire et peut être modifié suivant nos expériences de vie.

Ce sentiment de sécurité interne est dynamique, il représente une étape cruciale dans le développement de l'enfant mais il est modulable et évolue tout au long de la vie du sujet.

b) Sentiment de continuité temporelle :

C'est le sentiment qui permet au sujet de se percevoir comme étant le même dans le temps, malgré les changements et l'évolution de son identité, à travers les différents épisodes de sa vie et de pouvoir se les représenter comme un tout cohérent et stable. Il est fondé par la **permanence du corps propre** (pas de changements soudains), par la **mémoire** et par la **capacité psychique de synthèse des expériences vécues** au cours de sa vie. Ces éléments permettront au sujet de trouver le sens de la continuité ce qui favorisera le maintien du sentiment d'identité.

Lorsque survient une rupture brutale dans cette continuité d'être, nous parlons de crise identitaire, ce qui impactera la perception qu'il a de lui-même dans le temps. Dans la schizophrénie, les phases de rechutes, de crises aiguës, souvent suivies d'une hospitalisation, altèrent grandement ce sentiment de continuité temporelle. Nous y reviendrons.

c) Sentiment d'estime de soi :

L'estime de soi désigne la valeur qu'un individu s'accorde ou au jugement de valeur qu'il porte sur lui-même. Le sentiment d'estime de soi fait partie du sentiment d'identité et se rapporte au sentiment de valeur permettant au sujet de se sentir important et digne d'intérêt aux yeux d'autrui.

L'estime de soi ne peut être appréhendée de manière isolée. Elle se réfère à des situations relationnelles multiples qui enrichissent les expériences de chacun. Elles permettent de renvoyer au sujet une image positive ou négative qui engendrera divers sentiments (fierté, honte, échec, culpabilité, réussite…). L'estime de soi étant souvent associée à la considération d'autrui, le besoin de valorisation qui en découle facilitera l'investissement narcissique du sujet, support du sentiment d'identité.

« Être quelqu'un pour quelqu'un d'autre, tel se manifeste en définitive le désir d'identité. ».

(Mucchielli, 2009)

Le sentiment d'estime soi est étroitement lié au sentiment de confiance personnelle qui se met en place dès l'enfance. C'est pourquoi, l'attitude des parents vis-à-vis de leur enfant influencera l'estime qu'il a de lui-même et donc sa confiance en lui. Ainsi, nous pouvons dire que ce sont la qualité et la stabilité des liens affectifs entre l'enfant et ses parents qui influencent positivement le développement du sentiment de confiance de base de l'enfant, assise de l'identité.

Mme S. : *« On m'a toujours dit depuis mon enfance que j'étais une incapable, ma mère me disait qu'elle ne voulait pas de moi, que j'étais un poids pour elle. Aujourd'hui, je n'ose pas aller vers les autres, je me sens nulle. J'ai peur de ce qu'ils vont bien pouvoir penser de moi, d'être rejetée et jugée pour ce que je suis. »*

d) <u>Sentiment d'appartenance :</u>

Le sentiment d'appartenance participe à l'élaboration de l'identité personnelle du sujet qui se construit en partie dans la relation aux autres et à l'environnement. Ainsi, ce sentiment tire son origine dans la relation primitive du nouveau-né à sa mère. Nous savons qu'à la naissance, le nourrisson se trouve dans un état d'indifférenciation avec sa mère. Le syndrome d'hospitalisme démontré par **R. Spitz** témoigne de la nécessité et de l'importance des relations affectives précoces dans le développement de l'enfant. (Mucchielli, 2009)

En tant que sujet, nous évoluons et nous nous construisons au travers de différents groupes d'appartenance au fil de notre vie. Nous pouvons citer le groupe familial, social, professionnel, culturel, religieux... La place que nous attribuons à ces multiples appartenances constitue une partie de notre identité propre. Cette dernière étant perpétuellement remaniée tout au long de notre existence, ces appartenances peuvent être mises en avant, écartées, voire occultées selon les périodes de notre vie. Ainsi, nous pouvons dire que le sentiment d'appartenance est le résultat d'un processus d'intégration de valeurs sociales.

Le groupe confère au sujet un sentiment d'appartenance. Il possède un rôle au sein de celui-ci et peut alors trouver sa place, de se sentir exister, important aux yeux des autres. Ceci participera notamment à la constitution du sentiment d'estime de soi ou de valeur.

III. La corporéité à la base du sentiment d'identité :

Nous venons de voir que la construction de l'identité d'un individu s'effectue durant les premières années de vie dans la dyade relationnelle mère/enfant. Nous pouvons noter ici que le corps y tient une place essentielle. Le bébé va accéder au sentiment de lui-même grâce aux diverses expériences sensorielles puis sensori-motrices qui, associées à des expériences affectives et relationnelles favoriseront l'accès à la conscience de soi et au sentiment d'identité.

En psychomotricité, nous considérons le corps comme étant le socle de l'identité. Au travers de ces multiples expériences mettant en jeu le corps, le bébé pourra progressivement différencier ce qui est soi et ce qui est non-soi, développer sa subjectivité et reconnaitre l'autre d'après son apparence physique.

Ainsi, nous pouvons nous demander : ***comment se met en place cette sensation d'avoir un corps à soi, notre subjectivité, support du développement de notre identité personnelle ?***

1. La sensori-motricité dans l'élaboration de la pensée :

Comme évoqué précédemment, au départ, le bébé n'a pas conscience qu'il a un corps, il n'a pas conscience de son identité. Ce n'est qu'au travers de multiples expériences qu'il mènera auprès de son entourage et dans la découverte de son corps propre que son sentiment d'identité se développera.

Les expériences sensorielles éprouvées par l'enfant lui permettent de se sentir vivant en relation au monde environnant. Nous pouvons reprendre ici la phrase d'**E. Pireyre**, qui disait que : *« plutôt que la sensation elle-même, c'est ressentir l'expérience de la sensation qui pourrait apporter le sentiment d'identité. L'expérience de la sensation est la perception. ».* (Pireyre, 2015)

D'après **A. Bullinger**, au fil de son développement psychomoteur, le bébé reçoit divers flux sensoriels pouvant être internes et externes. Le milieu humain va jouer un rôle crucial dans la stabilisation de ses états internes. Une réponse adaptée de l'entourage face aux besoins du bébé favorisera le maintien du **sentiment de sécurité interne** et lui permettra de traiter les stimulations sensorielles qui arrivent de l'extérieur sans se sentir débordé par celles-ci.

Ainsi, c'est grâce à la répétition de réponses ajustées que le bébé pourra passer à un niveau d'élaboration supérieur et accéder à des représentations mentales. Ces dernières l'aideront à s'autoréguler et à anticiper certaines situations.

Le processus de subjectivation favorise l'appropriation de ce qui est la limite et participe à différencier le dedans du dehors, établir une frontière entre soi et l'autre. Il va progressivement se mettre en place en prenant appui sur des aspects de la sensorialité et du dialogue tonique. Ainsi, nous pouvons dire que l'ensemble des expériences sensori motrices sont à **l'origine de l'identité de soi**. De ce fait, la sensorialité tient une grande place dans la construction et le maintien du processus identitaire.

2. Axe et verticalité, supports d'une intériorité :

Au fil de son développement, le bébé explore son environnement, il réalise de multiples expériences sensori-motrices structurantes. Il développe également ses praxies, il est en capacité d'attraper des objets, de les faire passer d'une main à l'autre. Les schèmes moteurs se mettent progressivement en place et lui permettent de prendre conscience du monde qui l'entoure et de se mouvoir dans l'espace.

« L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité. » (Bullinger, 2007) L'intégration de cet axe participera à l'organisation psychocorporelle de l'enfant. En effet, il va progressivement acquérir la préhension et la locomotion grâce à la maturation neurologique suivant les lois céphalo-caudale et proximo-distale.

Selon **P. Charazac**, la mise en place l'axe corporel et l'acquisition de la verticalité jouent un rôle important dans le **sentiment de continuité de soi.** (Charazac, 2012)

3. L'enveloppe corporelle : les limites entre le dedans et le dehors

Les stimulations sensorielles apportées par la mère durant des soins de portage seront déterminantes dans la capacité du bébé à percevoir et investir son corps.

Ces expériences de corps à corps éprouvées par le nourrisson vont l'amener à acquérir le sentiment d'une peau comme surface. **S. Freud** écrit en 1962, *« le Moi se fonde sur un moi corporel mais c'est seulement quand tout se passe bien que la personne du nourrisson commence à se rattacher au corps et aux fonctions corporelles, la peau étant la membrane frontière. »* (Duprey, 2000) Progressivement, il sera en capacité de différencier une limite entre le dedans et le dehors. Cette peau lui confère un **sentiment d'intégrité corporelle** et **d'unité de son enveloppe corporelle.** Elle est indispensable au développement d'une peau psychique garante du sentiment d'identité.

D. Anzieu introduit la notion de Moi-peau qu'il désigne 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. ». (Ciccone, 2001).* De là, émergent différentes fonctions du Moi-peau. Il assure une fonction de maintenance du psychisme, de contenance, de pare-excitation ou de constance, d'individuation, d'intersensorialité ou de correspondance des sens, de soutien de l'excitation sexuelle ou sexualisation, de recharge libidinale ou d'énergisation, d'inscription des traces sensorielles tactiles ou de signifiance.

4. Les représentations du corps :

Comme nous venons de le voir, l'émergence de la subjectivité et de la pensée du sujet passe par le corps de l'enfant. Les représentations du corps sont plastiques, elles se transforment et se réinventent suivant les chemins de vie du sujet. Elles sont en perpétuel mouvement. Deux concepts participent activement au développement de la perception de soi, ce sont le **schéma corporel** et l'**image du corps** que nous allons détailler ci-dessous.

a) Le schéma corporel :

Le schéma corporel correspond à la connaissance que nous avons de notre corps dans son ensemble à l'état statique ou dynamique. Il se structure par l'apprentissage et les expériences motrices de l'enfant durant son développement et reste évolutif tout au long de sa vie.

P. Bonnier est le premier à introduire l'idée d'une **représentation topographique du corps**. En 1905, il met en avant l'existence d'un sens des attitudes qui *« nous fournit la notion du lieu de chaque partie de nous-même et forme la base de toute orientation, tant objective que subjective que psychique. Il a pour objet la figuration topographique (schéma) de notre moi. »* (Morin, 2013)

Par la suite, **Head** utilise pour la première fois le terme de schéma corporel et l'associe à des données posturales qui sont à l'origine des représentations du corps. Selon lui, étant donné que *« nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un **modèle postural** de nous-même en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s'enregistrer sur ce schéma plastique, et l'activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle. » (Jeannerod, 2010)*. Il insiste sur la plasticité des représentations corporelles, qui sont sans cesse remaniées et confrontées aux afférences sensorielles qu'elles soient extéroceptives ou proprioceptives.

b) <u>L'image du corps :</u>

L'image du corps correspond à l'image qu'un sujet a de lui-même. Elle se construit durant l'enfance au travers des expériences émotionnelles, affectives du sujet. Les sentiments d'estime de soi (ou de valeur) et de confiance en soi sont étroitement liés à cette dernière.

Elle résulte de l'histoire personnelle du sujet, elle est modulable tout au long de la vie et s'actualise en fonction des expériences vécues en relation aux autres depuis l'enfance. Ainsi, l'image du corps peut être définie comme : *« la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. »* (Pireyre, 2015)

F. Dolto distingue trois modalités de l'image du corps que sont : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. *« Lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. ».* (Pireyre, 2015).

- **L'image de base** : elle s'élabore à partir des sensations éprouvées par l'enfant lors des contacts affectifs. Elles lui permettent de ressentir son corps comme unifié, contenu et lui apporte un sentiment de sécurité interne. C'est d'ailleurs, ce qui procure à l'enfant le ***sentiment de continuité d'exister*** ou sentiment instinctif d'être, base de l'identité.

- **L'image fonctionnelle** : elle se développe dans un corps intérieurement agité, bouillonnant visant à l'accomplissement des désirs du sujet afin d'obtenir du plaisir. Un des moyens pour y parvenir sera d'entrer en communication avec autrui. C'est ce qui est à l'origine de ***l'identité***.

- **L'image érogène** : elle se construit sur les sensations de plaisir et de déplaisir relatives au corps vécu. Ainsi, **E. Pireyre** met en lien cette image avec *l'**identité sexuée***.

La synthèse de ces images constituent une image globale ou dynamique du corps. Comme nous venons de le voir, l'image du corps fait donc partie intégrante du processus identitaire de l'individu et participe à l'élaboration de celui-ci.

Dans son ouvrage, **E. Pireyre** introduit le caractère composite de l'image du corps pouvant être mis en lien avec la pratique psychomotrice. D'après lui, l'image du corps *« ne peut se résumer à une certaine représentation que l'on se fait de notre propre corps »*. (Pireyre, 2015) En effet, elle ne peut être constituée que par un ensemble d'éléments divers. De ce fait, il propose neuf sous composantes associées cette image qui sont les suivantes : 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 la sensorialité, les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques. (Pireyre, 2015)

Ainsi, nous pouvons dire que c'est par l'interrelation constante du schéma corporel et de l'image du corps que s'élabore les représentations corporelles qui sont fondamentales dans la prise de conscience de l'être dans sa globalité et de son identité propre.

Dans cette première partie, nous avons vu un certain nombre d'éléments qui sous-tendent et structurent le sentiment d'identité de l'individu. L'identité relève d'un processus dynamique et évolutif tout au long de notre vie, nous allons maintenant tenter d'appréhender ce concept chez des personnes souffrant de schizophrénie.

Dans un premier temps je détaillerai les manifestations cliniques relatives à la pathologie et dans un second temps, nous verrons dans quelles mesures ce type de pathologie peut impacter le processus identitaire du sujet qui en est atteint.

CHAPITRE 2 : SCHIZOPHRÉNIE ET IDENTITÉ

I. Généralités sur les psychoses :

1. Définition :

C'est en 1845 que le médecin viennois Ernst Von Feuchtersleben emploie pour la première fois le terme de « psychose » dans la littérature médicale. Ainsi, ce terme fut rapidement utilisé pour désigner tout type de troubles psychiatriques graves. Étymologiquement, le terme « psychose » vient du grec, *psyché* signifiant esprit et *ôsis* signifiant maladie. Au départ, la psychose représentait « une maladie de l'âme ou de l'esprit ».

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la psychose est une *« affection psychique grave, dont le malade n'a pas conscience, caractérisée par une désintégration de la personnalité accompagnée de troubles de la perception, du jugement et du raisonnement ».* (CNRTL) En effet, les psychoses sont à différencier des névroses, où la relation avec la réalité est préservée et où, le sujet reconnait l'existence de son trouble.

2. Signes cliniques des psychoses :

Dans le domaine de la psychiatrie, les psychoses sont utilisées pour désigner un type de pathologie mentale et regroupent plusieurs troubles mentaux. On retrouve essentiellement deux manifestations cliniques dans toutes les psychoses : la perte de contact avec la réalité et les troubles de l'identité.

- La **perte de contact avec la réalité** désigne des phénomènes très différents comme la disparition du sens des choses ou l'élaboration d'idées erronées qui sont en opposition avec la réalité auxquelles le sujet adhère, c'est-à-dire le délire. Cette perte de contact est aussi repérée par les actes inappropriés, les erreurs de jugement, les troubles des perceptions des sensations (hallucinations, illusions…).

- Les **troubles de l'identité** prennent différentes formes telles que la perte des repères corporels, le sentiment d'avoir un corps poreux ou sans organe, il peut y avoir des modifications de l'image du corps, des incertitudes concernant l'identité de genre, une méconnaissance de son patronyme ou la certitude de porter un autre nom, manière inappropriée de se désigner. (Pedinielli & Gimenez, 2009)

Bien que ces deux manifestations cliniques soient retrouvées dans toutes les psychoses, elles peuvent apparaitre de manière plus subtile dans d'autres troubles mentaux comme les états hystériques, la confusion mentale, les états limites… Ainsi, elles ne suffisent pas pour poser le diagnostic. D'autres signes cliniques sont à prendre en compte tel que la méconnaissance de l'état morbide, c'est-à-dire l'incapacité du patient à se rendre compte de sa pathologie, la gravité des troubles et l'incapacité à répondre aux exigences de la vie quotidienne.

Ce type de troubles provoquent des répercussions majeures sur la vie du sujet. Les troubles des conduites tels que les passages à l'acte auto agressif ou les menaces de passage à l'acte suicidaire sont aussi à évoquer car ils sont très présents dans les psychoses. Enfin, l'angoisse peut être extrêmement envahissante, elle est éprouvée et ressentie par le sujet. Ses formes et son intensité sont des signes majeurs assez distinctifs. (Pedinielli & Gimenez, 2009)

Il est important de noter que la décompensation psychotique se traduit par une rupture majeure avec la vie antérieure du sujet. En effet, elle implique une perte de l'état d'équilibre du fonctionnement psychique du sujet provoquant une altération du sentiment d'identité.

3. Les psychoses de l'adulte :

Les psychoses ont souvent fait l'objet de divers débats auprès des scientifiques compte tenu de l'existence des nombreuses formes cliniques. Ainsi, l'étude de celles-ci a donné lieu à de multiples nosographies psychiatriques.

Je détaillerai ci-dessous les psychoses aigues et les psychoses chroniques.

Les **psychoses délirantes aigues** désignent des états psychotiques d'installation brutale, caractérisés par une multitude de phénomènes délirants ainsi que par la brièveté de l'épisode (inférieur à 6 mois).

En 1895, **V. Magnan** introduit le concept de « *bouffée délirante polymorphe »*. C'est une entité nosographique spécifiquement française qui sera rapidement laissée de côté au profit d'autres appellations. **Ballet** décrit la *« psychose hallucinatoire aigue »*, **Dupré** et **Logre** mettent en évidence *« la psychose imaginative essentielle ».* Ce concept sera repris quelques années plus tard par **H. Ey** en lui donnant une nouvelle place dans la nosographie. Actuellement, les psychoses délirantes aigues sont répertoriées dans les classifications internationales sous le terme de *« Trouble psychotique bref »*. (Pedinielli & Gimenez, 2009)

Concernant les **psychoses chroniques**, la nosographie française distingue les psychoses dissociatives comme les schizophrénies et les délires chroniques non dissociatifs regroupant les psychoses paranoïaques, les psychoses hallucinatoires chroniques et la paraphrénie.

Par soucis de synthèse, bien que très intéressant, j'ai fait le choix de ne pas détailler de manière approfondie les délires chroniques non dissociatifs. Dans ce mémoire, je porterai mon attention sur l'étude des schizophrénies.

4. Classifications internationales :

Les deux classifications les plus couramment utilisées pour définir la nosographie psychiatrique sont le Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM V) et la Classification Internationale des Maladies (CIM 10).

Les classifications ne sont pas figées, elles évoluent et se transforment constamment en fonction des diverses contraintes scientifiques et sociétales, par conséquent, il n'est pas rare qu'elles se contredisent. À l'heure actuelle ces classifications ne gardent plus le terme de psychose.

Le DSM V regroupe aujourd'hui les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques sous différentes pathologies :

- La schizophrénie
- Le trouble de la personnalité schizotypique
- Le trouble psychotique bref
- Le trouble schizophréniforme
- Le trouble schizo-affectif : la symptomatologie de la schizophrénie est conservée mais s'y ajoute un syndrome thymique maniaque, dépressif ou mixte.

- Le trouble délirant persistant : présence d'idées délirantes et hallucinations en l'absence de tout autre trouble psychotique.
- Le trouble psychotique induit par l'usage de substance ou un médicament
- La catatonie associée à un autre trouble mental
- Le trouble psychotique indifférencié

II. Un exemple de psychose de l'adulte, la schizophrénie :

1. Historique et définitions :

C'est la plus fréquente des psychoses chroniques de l'adulte. C'est une maladie présente et identifiée dans le monde entier. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 24 millions de personnes en sont atteintes dans le monde dont 600 000 personnes en France.

Étymologiquement, le terme « schizophrénie » rend bien compte de la dissociation de la personnalité. Il provient du grec *schizen* signifiant scission et *phren* signifiant l'esprit. Littéralement, la schizophrénie signifie esprit fendu.

Il n'existe aucune définition universellement admise de la schizophrénie. Cependant, de nombreux auteurs ont leur propre définition de cette pathologie.

H. Ey définit la schizophrénie comme un *« groupe qui se caractérise par une désagrégation, une discordance fondamentale, qui a une tendance plus ou moins évolutive mais constante à enfermer l'activité psychique dans un monde hermétique et imaginaire. »*

Pour **J-D Guelfi**, la schizophrénie *est « une psychose de l'adulte jeune, caractérisée par un ensemble de symptômes psychiques diversement associés selon les cas, et dominés par la discordance idéo-affective, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, des hallucinations et des idées délirantes mal systématisées. Ces troubles évoluent le plus souvent vers une dissociation psychique avec une profonde désorganisation, d'allure déficitaire, de la personnalité. »* (André et al., 2004)

Historiquement, c'est en 1806 que **J. Haslam** propose une première description clinique de la vie d'un de ses patients, James Tilly Matthews. Il décrit chez cet homme un comportement aberrant et désorganisé.

En 1899, le psychiatre **E. Kraepelin** propose l'appellation *« folie maniaco-dépressive »* qu'il différencie du terme de *« démence précoce »* sous lequel il regroupe tous les états pathologiques caractérisés par l'atteinte profonde de la vie affective et de la volonté et une évolution progressive vers un affaiblissement de la personnalité d'aspect déficitaire. Il distingue ensuite trois formes principales : l'hébéphrénie, la catatonie et la forme paranoïde.

En 1911, **E. Bleuler** conteste le terme utilisé jusqu'alors et introduit le terme de « schizophrénie » dans le vocabulaire psychiatrique mettant l'accent sur la scission des fonctions psychiques. Il regroupe sous ce terme plusieurs symptômes cliniques que sont le trouble de l'association des idées, de l'affectivité, la dimension de perte de contact avec la réalité, le repli autistique et le syndrome dissociatif. (Lemperière et al., 2006)

D'un point de vue psychanalytique, **S. Freud** s'est également intéressé à la schizophrénie, cependant il n'est pas en accord avec l'utilisation de ce terme et le conteste. Il entreprend de catégoriser les psychoses en fonction de ses théories successives concernant l'appareil psychique.

En 1950, **Delay et Deniker** utilisent le premier neuroleptique à l'Hôpital Sainte Anne : la Chlorpromazine. Cette découverte marquera un tournant dans l'histoire du traitement de la schizophrénie.

2. Étiologies :

La schizophrénie est une pathologie complexe dont l'origine est multifactorielle. La conception étiologique de cette dernière n'a cessé d'évoluer jusqu'à aujourd'hui. À l'heure actuelle, l'étiologie exacte des schizophrénies n'est pas élucidée.

Cependant, certaines recherches scientifiques ont pu mettre en avant que le développement d'une schizophrénie résulterait de l'interaction de facteurs génétiques de vulnérabilité et de facteurs de risque environnementaux. Seule leur interaction pourrait précipiter la survenue de la pathologie.

Je vais donc développer ici de manière synthétique les différents facteurs étiologiques connus à ce jour.

a) Facteurs génétiques :

D'après **J. Daléry, Damato** et **Saoud.,** on peut mettre en évidence l'agrégation familiale de la schizophrénie. En effet, le risque de développer une schizophrénie pour un apparenté au premier degré est dix fois supérieur à la population générale. De plus, certaines études effectuées sur les jumeaux ont permis la mise en évidence d'un taux de concordance plus élevé (40 à 50%) chez les jumeaux monozygotes. Enfin, des études concernant les sujets adoptés dans l'enfance montrent que ce risque est multiplié par dix chez les sujets biologiquement apparentés au premier degré à un patient présentant une schizophrénie.

Néanmoins, certaines études récentes ont montré la présence d'un taux élevé de mutations de novo chez les patients atteints de schizophrénie ce qui vient à l'encontre de la vision génétique « familiale » de la pathologie décrite jusqu'ici. Les formes sporadiques (c'est-à-dire sans lien d'apparenté de schizophrénie) seraient prédominantes dans la population générale contrairement aux formes familiales. (Daléry et al., 2012)

b) Facteurs environnementaux :

De nombreux facteurs environnementaux sont susceptibles d'influencer le développement d'une schizophrénie chez un sujet.

On retrouve notamment les facteurs obstétricaux associés à la grossesse ou à l'accouchement tels que les facteurs immunologiques (incompatibilité rhésus), les infections virales et bactériennes, les carences nutritionnelles ou encore les complications obstétricales (prématurité, hypoxie fœtale, rupture prématurée des membranes). (Daléry et al., 2012)

Mais aussi, certains facteurs pré-morbides tels que les traumatismes subis durant l'enfance (carence affective, maltraitance), le stress infantile ou encore la consommation de cannabis durant l'adolescence peuvent également précipiter l'entrée dans la maladie.

De ce fait, nous pouvons dire qu'un terrain de prédisposition génétique en association avec certains facteurs environnementaux intervenant dans l'enfance ou à l'adolescence influencerait l'apparition d'une schizophrénie.

Tous ces facteurs témoignent donc de la complexité de l'étiologie de la schizophrénie qui ne résulte jamais d'un critère unique.

Je vais maintenant détailler les différents signes cliniques retrouvés dans cette pathologie.

3. Sémiologie de la schizophrénie :

L'expression clinique de la schizophrénie est hétérogène. Il s'agit d'une pathologie qui débute essentiellement chez l'adolescent et l'adulte jeune, avec une incidence maximale entre 15 et 25 ans.

On peut repérer deux modalités d'entrée dans la maladie :

- Les ***formes à début brutal*** via un premier épisode psychotique aigu, c'est le cas pour 50% des patients. Les symptômes positifs et de désorganisation prédominent et conduisent à une intervention psychiatrique. Ils doivent faire l'objet d'une surveillance quant à leur évolution.

- Les ***formes progressives, insidieuses*** sont très différentes. Les signes cliniques sont discrets et se manifestent sur plusieurs années. On parle aussi de phase préclinique ou prodromique de la maladie. Dans cette forme d'entrée, on repère des prodromes qui sont les signes avant-coureurs de la schizophrénie.

La sémiologie de la schizophrénie est caractérisée par une **triade symptomatique** associant des symptômes positifs, des symptômes négatifs ainsi qu'un processus de désorganisation du fonctionnement psychique souvent accompagné de troubles cognitifs et de troubles du langage.

a) Les symptômes positifs :

Les **symptômes positifs** aussi appelés productifs désignent les symptômes qui viennent s'ajouter au comportement habituel du sujet. On retrouve les idées délirantes et les hallucinations.

- Les **idées délirantes** correspondent aux croyances du sujet qui ne sont pas modifiables même face à des évidences qui les contredisent.

Le délire peut se définir par ses thèmes, par la rigueur de son organisation (degré de systématisation), par les mécanismes sur lesquels il s'appuie ainsi que par le retentissement émotionnel et comportemental.

Les thèmes autour desquels se construit le délire sont de différents types, ils peuvent être persécutifs, mystiques, mégalomaniaques, de référence, érotomaniaque ou encore centrés sur le corps (modification corporelle avec dysmorphophobie, altération des organes). Les idées de persécution sont souvent retrouvées, le sujet est convaincu que les personnes présentes autour de lui le poursuivent, sont malveillantes et qu'elles complotent contre lui.

Les mécanismes sont les moyens par lesquels le sujet développe et construit son délire. Ils peuvent être interprétatifs, hallucinatoires, imaginatifs ou intuitifs.

La systématisation a son importance car c'est elle qui permet l'organisation du délire. Dans le cas de la schizophrénie, le délire est souvent mal systématisé. Il est flou, incohérent et souvent qualifié de paranoïde.

L'adhésion au délire chez le patient atteint de schizophrénie est totale.

- Les **hallucinations** sont des perceptions sans objet.

Les hallucinations sensorielles proviennent des sens. Elles peuvent être auditives, on parle d'Hallucinations Acoustico Verbales (HAV), mais aussi visuelles, cénesthésiques, gustatives ou encore olfactives. On retrouve également des hallucinations intrapsychiques qui correspondent aux voix présentes à l'intérieur du sujet. Le sujet a l'impression que sa pensée ne lui appartient plus, qu'elle est répétée en écho par les voix et divulguée, qu'elle lui est imposée par autrui. Nous pouvons parler ici, d'automatisme mental.

b) Les symptômes négatifs :

Les **symptômes négatifs** désignent des symptômes qui sont déficitaires chez le patient.

L'émoussement des affects est caractéristique des symptômes négatifs, les expressions faciales sont pauvres (amimie), l'expression émotionnelle est réduite et l'intonation de la voix est plutôt monocorde.

Les sujets atteints de schizophrénie peuvent également être en difficulté pour réaliser des tâches quotidiennes souvent par manque de motivation et d'envie, on parle d'aboulie. La planification et la mise en place d'actions (apragmatisme) sont mises à mal dans ce type de pathologie. L'alogie, les réponses brèves et peu informatives font partie de la pauvreté du discours.

Le retrait social est fréquent dans la schizophrénie, le sujet s'isole progressivement de son cercle familial, amical et social.

c) La désorganisation :

Les symptômes de **désorganisation**, aussi appelés dissociatifs correspondent à une altération du cours de la pensée, du discours, du comportement et des émotions.

Le discours du patient est diffluent, il s'observe par une nette absence d'axe thématique précis. Parfois, au milieu d'une phrase, alors que qu'il développe une idée ou répond à une question, il suspend son discours brusquement sans raison apparente, c'est le barrage. Nous pouvons associer ce symptôme au *« fading mental »* caractérisé par un ralentissement, une stagnation au cours duquel le sujet paraît absent voire étranger. (Lemperière et al., 2006)

On retrouve une certaine forme d'illogisme avec notamment de l'ambivalence, un rationalisme morbide ainsi qu'une altération des capacités d'abstraction, l'accès au second degré est très limité voire impossible dans cette pathologie. Le raisonnement est paralogique, il est censé être cohérent mais le postulat de départ est faux.

La pensée est désorganisée par conséquent elle entraine une altération du langage, le discours est donc fréquemment incompréhensible. On retrouve également une discordance idéo-affective, l'expression des émotions du sujet est en décalage avec la situation.

Sur le plan comportemental, un maniérisme et un théâtralisme peuvent se manifester notamment par des mouvements normaux exagérés et des postures inadaptées. Ces symptômes traduisent le caractère artificiel de l'engagement du corps dans l'action, dans la relation à l'autre. (André et al., 2004)

Dans certains cas, les patients sont ralentis à l'extrême, ils sont presque figés avec des attitudes cireuses, on parle de syndrome catatonique. Il peut être perçu comme une tentative de diminution des actes moteurs et des échanges avec l'entourage. Trois signes cliniques sont caractéristiques de ce syndrome : la catalepsie, le négativisme et les stéréotypies motrices et/ou verbales.

Des **troubles cognitifs** peuvent s'ajouter à cette triade symptomatique. Ils se manifestent par des difficultés de planification, d'auto régulation et d'inhibition. On retrouve aussi des troubles attentionnels ainsi que des difficultés dans la vitesse de traitement de l'information. La mémoire épisodique peut également être impactée.

De ce fait, nous pouvons dire que la schizophrénie entraine une détérioration des fonctions les plus essentielles permettant à chaque sujet d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie. Les répercussions sur le plan social, personnel et professionnel sont nombreuses, il est donc essentiel que la prise en charge de cette pathologie soit faite le plus précocement possible.

4. Diagnostic et évolution :

La schizophrénie est une pathologie souvent difficile à diagnostiquer car les manifestations cliniques sont variables selon les personnes qui en sont atteintes. Il n'est pas rare que le diagnostic soit posé alors que la maladie progresse depuis plusieurs années. Cette difficulté s'explique notamment par la diversité des symptômes cliniques pouvant être confondus avec ceux d'autres pathologies psychiatriques telles que la dépression, un trouble anxieux sévère, des troubles bipolaires… Ceci est d'autant plus valable lorsque les symptômes négatifs sont au premier plan.

Afin de poser le diagnostic de schizophrénie, six critères du DSM V sont à prendre en compte. Ayant explicité au préalable la sémiologie du trouble schizophrénique, j'ai choisi de ne pas détailler les critères diagnostics utilisés dans cette classification. (Cf Annexe 1).

L'évolution des troubles schizophréniques est variable selon les individus. Elle peut être continue ou épisodique avec la survenue d'un déficit progressif ou stable. Elle peut également comporter un ou plusieurs épisodes psychotiques aigus suivis d'une rémission complète ou incomplète.

5. Les principales formes cliniques selon la CIM 10 :

La CIM 10 reconnait cinq sous types de schizophrénie que je vais détailler ci-dessous, car ils sont encore parfois utilisés.

- **Schizophrénie paranoïde** : elle est reconnue pour être la forme la plus fréquente et la plus productive au niveau symptomatique. L'activité délirante y est prédominante. Elle est souvent accompagnée d'hallucinations. Elle se déclare plus tardivement que les autres formes de schizophrénies et évolue souvent par épisodes mais le patient répond bien aux traitements médicamenteux.

- **Schizophrénie hébéphrénique** : ce type de schizophrénie se caractérise par la présence d'une désorganisation de la personnalité. Elle débute plutôt chez le sujet jeune de manière et insidieuse et précoce. Elle tient d'ailleurs son nom d'Hébé, déesse grecque de la jeunesse. Elle entraine généralement un repli social chez le sujet. Le pronostic est mauvais du fait de la persistance des symptômes négatifs et du déclin des fonctions sociales.

- **Schizophrénie catatonique** : elle se caractérise par la présence de perturbations psychomotrices importantes, pouvant aller d'un extrême à un autre : hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des excès de fureur catatonique ou d'épisodes d'agitation violente peuvent survenir subitement dans cette forme de schizophrénie.

- **Schizophrénie indifférenciée** : elle répond aux critères classiques de schizophrénie mais ne correspond à aucune autre des formes cliniques décrites telles que la schizophrénie paranoïaque, catatonique ou hébéphrénique.

- **Schizophrénie résiduelle** : cette forme de schizophrénie correspond à un stade chronique de l'évolution de la pathologie. On note une régression des symptômes productifs mais le patient reste symptomatique. Les symptômes négatifs repérés tel qu'un ralentissement psychomoteur, un émoussement affectif, une passivité ou un manque d'initiative durent dans le temps mais ne sont pas obligatoirement irréversibles. (Lemperière et al., 2006)

6. Approche thérapeutique multimodale :

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui nécessite une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Chaque professionnel soignant y apporte sa spécificité et ses compétences.

a) Traitements médicamenteux :

Le traitement pharmacologique de la schizophrénie repose essentiellement sur les neuroleptiques et les antipsychotiques. La prise précoce de ces médicaments favorise un meilleur pronostic ainsi qu'une meilleure évolution de la maladie. Ils permettent l'atténuation des symptômes principalement les symptômes dits « positifs ». Ils favorisent une meilleure insertion sociale et professionnelle du sujet et diminuent le risque de rechute. Cependant, cette prise en charge pharmacologique est sujette à des effets indésirables importants. La mise en place d'une surveillance spécifique s'avère être nécessaire.

Il est donc important d'établir une confiance mutuelle entre patient et professionnel. Le but étant de trouver ce qui convient le mieux au patient afin de garantir la meilleure observance thérapeutique possible.

b) Traitements non médicamenteux :

Les traitements pharmacologiques sont associés à des traitements somatiques et psychothérapeutiques. Ces derniers sont indispensables pour la prise en charge des troubles psychotiques.

- **Les traitements somatiques :**

Ils sont préférentiellement indiqués en cas de résistance aux traitements médicamenteux.

L'***Électro Convulsivo Thérapie (ECT)*** consiste à induire un courant électrique trans crânien de faible intensité. L'intervention associe une anesthésie générale de courte durée (5 à 10 minutes) et une injection de curare afin de prévenir les convulsions musculaires. Cette technique induit une crise généralisée tonico-clonique chez le patient. L'ECT est indiquée dans le cas de résistance aux chimiothérapies ou lors de crises aigues.

La ***Stimulation Magnétique Transcrânienne (rTMS)*** est une technique de stimulation cérébrale non invasive. Elle consiste à administrer une un champ magnétique de faible énergie dirigé sur une région précise du cerveau. Elle permet de faciliter ou d'inhiber l'excitabilité corticale. Elle entraine des modifications comportementales de manière sécurisée sans effet secondaire grave. Elle est fortement indiquée dans le traitement des troubles schizophréniques afin de réduire la fréquence des Hallucinations Acoustico Verbales (HAV). (Inserm)

- **Les traitements psychothérapeutiques :**

Les ***Thérapies Cognitivo Comportementales (TCC)*** tiennent une place essentielle dans la prise en charge des troubles psychotiques. Elles sont de courte durée et sont souvent proposées par des psychologues formés à ce type de thérapie ou par des psychiatres. Elles reposent sur des techniques de rééducation cognitive et comportementale dont l'objectif est d'améliorer les capacités d'autonomie du patient et de lutter contre la désocialisation progressive. Les TCC sont généralement mises en œuvre chez des sujets pour lesquels le tableau clinique est stabilisé. Elles sont efficaces dans la réduction des symptômes et la détresse psychologique. (HAS, 2007)

- **Approche psychosociale :**

Elle est indispensable dans la prise en charge de patients atteints de schizophrénie. Ces derniers sont quotidiennement confrontés à des difficultés cognitives, sociales ou à la perte d'autonomie, ce qui influence le processus de rétablissement.

La ***réhabilitation psychosociale*** est un des objectifs de soin de la structure dans laquelle je suis en stage. Elle est fondée sur les capacités du patient et vise à les utiliser afin d'améliorer sa qualité de vie. Ainsi, elles ont pour objectif de renforcer ses ressources personnelles. Les professionnels de l'équipe soignante accompagnent et guident le patient dans la mise en place de ses projets de vie.

La ***remédiation cognitive*** permet un accompagnement dans la prise en charge des symptômes de désorganisation. Elle offre aux patients la possibilité d'identifier les différentes fonctions cognitives altérées par la pathologie et à trouver des solutions afin de contourner ces troubles. Cette technique est généralement pratiquée par des psychologues ou infirmiers formés à cet effet. Elle peut être mise en place sous forme de groupe thérapeutique ou sous forme d'entretien individuel. (Inserm)

La ***psychoéducation*** est une intervention psychothérapeutique systémique visant à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à soutenir les capacités pour y faire face. Le rôle de l'entourage dans la prise en charge du patient atteint de schizophrénie est important et nécessaire. Il est donc essentiel pour les proches comme pour le patient, de mieux connaitre la pathologie, ses symptômes et ses traitements dans l'objectif de prévenir une potentielle rechute. La psychoéducation encourage les patients à s'investir pleinement dans leur prise en charge en retrouvant un rôle actif au sein de l'équipe soignante. En pratique, cette approche psychosociale peut être proposée aux patients dans les Centres Médico Psychologiques (CMP) ainsi que dans les Hôpitaux de Jour (HdJ) du secteur public dans lesquels sont suivis une grande majorité des patients stabilisés. (HAS, 2007)

Il existe également des ***groupes thérapeutiques à médiation corporelle*** qui peuvent être au cœur du travail en psychomotricité en psychiatrie adulte. La psychomotricité a donc toute sa place dans la prise en charge non médicamenteuse des pathologies psychiatriques.

Dans le cadre de ce mémoire, nous reviendrons sur les groupes thérapeutiques à médiation corporelle dans une partie ultérieure.

Enfin, nous pouvons dire que toutes ces techniques de prise en charge non médicamenteuses sont complémentaires de la stratégie thérapeutique ce qui permet de proposer au patient un accompagnement global au plus près de ses besoins.

L'étude de cette pathologie m'a amené à m'interroger sur les répercussions identitaires pouvant découler de ces manifestations cliniques.

Je me suis alors demandée, ***en quoi les difficultés repérées chez ces patients et provoquées par la pathologie génèreraient une mise à mal de leur sentiment d'identité ?***

III. Répercussions identitaires dans la schizophrénie :

« Chacun a construit au fil de son histoire, une identité, une unité psychomotrice qui nous définissent dans nos repères d'être et d'agir. Nous nous matérialisons au monde et nous existons par notre dimension corporelle. » (Marcos, 2002)

1. Un vécu corporel atypique :

« Le vécu corporel est ce qu'il y a de plus intime chez les individus, puisqu'il est la trace vivante de l'histoire du sujet. Il est le lieu d'impression des émotions vécues tout au long de la vie. »
(Defiolles-Peltier, 2010)

Comme nous venons de le voir dans la première partie de ce mémoire, le processus identitaire s'édifie durant l'enfance et s'enrichit au fil des expériences et des relations que l'enfant a tissé avec son entourage. Le sujet adulte a une histoire personnelle qui lui appartient, il s'est forgé une identité, et a construit sa propre structure de personnalité.

Afin d'appréhender la psychopathologie de l'adulte, il est donc important de prendre en compte l'histoire du patient, celle de sa pathologie mais également celles des relations interpersonnelles dont il a bénéficié tout au long de sa vie. La perception du corps de l'adulte s'est élaborée à partir de toutes les expériences vécues durant son enfance et son adolescence, lui permettant ainsi de développer son sentiment d'identité personnelle.

En effet, *« l'idée de posséder un corps et la manière dont il pourra être utilisé comme médiateur relationnel, provient des tous premiers échanges affectifs. ».* (Caut, 2000) La continuité, la stabilité et la cohérence des premiers liens affectifs dans la constitution de l'identité sont donc essentielles.

Dans la schizophrénie, le sentiment d'unité interne et de continuité d'existence font défaut. De ce fait, la perception du monde environnant et la perception du corps propre sont altérés. De plus, la déstructuration psychocorporelle entraine un vécu du corps particulier. En effet, les limites corporelles étant peu perçues, la représentation de soi peut se confondre avec celle d'autrui.

Les personnes atteintes de schizophrénie font face à un **sentiment de dépersonnalisation**. **Schilder** définit cette dernière comme *« un état où l'individu ne se reconnaît pas lui-même comme une personnalité. » (André et al., 2004)* Le sujet perd le sentiment d'être lui-même, il peut y avoir une impression de dissociation corporelle, de détachement des membres, ceci s'accompagne d'angoisses importantes.

Dans cette partie, je vais donc m'intéresser à la manière dont **les sujets souffrant de schizophrénie vivent leur corps et aux impacts que cela peut avoir sur leur sentiment d'identité.**

- <u>Un sentiment de perte de l'intégrité corporelle :</u>

La distinction entre le dedans et le dehors, entre le moi et le non-moi est complexe dans la schizophrénie. Les limites du corps sont peu délimitées et peu perçues par le sujet. Le vécu du corps est morcelé entrainant une **perte de l'unité et de la cohésion corporelle**. Les perceptions corporelles sont souvent énigmatiques ce qui accentue le caractère discontinu de l'enveloppe.

a) <u>Inconsistance des limites du Moi-peau :</u>

D'après **D. Anzieu**, la connaissance du corps s'élabore à partir de la perception de ses propres frontières. Le Moi du sujet s'étaye sur la surface de la peau et sur l'ensemble des expériences corporelles. Ainsi, pour cet auteur, le Moi-peau est un processus qui permettrait au sujet d'accéder à la représentation d'une limite et d'une enveloppe corporelle. Il s'appuie sur la valeur symbolique et structurante des premiers échanges sensoriels durant l'enfance.

Dans le cas de pathologies telles que la schizophrénie, les limites entre dedans et dehors sont floues, elles sont trop étanches. Certaines fonctions du Moi-peau sont donc mises à mal.

Je détaillerai ci-dessous les fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation et d'individuation.

La fonction de maintenance est intériorisée par le holding maternel tel que le décrit **D. Winnicott**. Le corps du sujet atteint de schizophrénie manque de solidité et de maintien intérieur. N'ayant pas de base de soutien, les sensations corporelles et ressentis émotionnels venant du corps sont vécus comme menaçant pour le sujet, qui, pour s'en protéger peut les nier formellement.

La fonction de contenance consiste à « garder dedans », elle se développe par l'intériorisation du handling maternel également décrit **D. Winnicott**, en référence aux soins procurés par la mère à l'enfant. Chez le sujet atteint de schizophrénie, cette fonction de contenance fait défaut. Les limites corporelles n'étant pas délimitées, il peut alors être confronté à un sentiment de confusion ou d'inversion du dedans-dehors. **I. Caut** compare cela à un *« noyau sans écorce ». (Caut, 2000)* La défaillance de cette fonction peut entrainer de nombreuses angoisses (de morcellement et de vidage) chez le sujet. N'ayant pas de « barrière protectrice », il devra faire face à une situation d'insécurité permanente.

La fonction de pare-excitation a pour objectif de protéger la psyché contre les excès d'excitations externes et les stimulations extérieures que le sujet ne serait pas en capacité de supporter. Ainsi, chez la personne souffrant de schizophrénie, la fonction de pare-excitation étant défaillante, les excitations venant de l'extérieur vont pénétrer au sein de l'appareil psychique. Cela peut être mis en lien avec *« l'impression d'être influencé à distance, contrôlé et manipulé par des forces, des personnages ou des machines, ou encore la sensation de vol de leurs idées et sentiments par des forces hostiles. » (Pedinielli & Gimenez, 2009)*

Enfin, le Moi-peau assure également une fonction d'individuation de soi permettant à l'individu de développer son sentiment d'être unique et différencié d'autrui, elle est également perturbée dans la schizophrénie.

b) Les hallucinations et délires à thématiques corporelles :

L'hallucination est présente lorsque l'expérience du corps est vécue comme réelle. D'après **H. Ey,** les hallucinations corporelles correspondent au fait de *« percevoir son corps en tout ou partie comme un objet ou un être extérieur à soi, c'est-à-dire comme un objet métamorphosé par l'impossibilité même de la métaphore. »* (André et al., 2004)

Les délires à thématiques corporelles sont divers et également retrouvés dans les pathologies schizophréniques. Les idées hypochondriaques, les idées de transformation corporelle, de modification de l'apparence ou de possession corporelle ainsi que les idées délirantes de négation en font parties.

c) Les angoisses schizophréniques :

- ***L'angoisse de morcellement :***

Face aux expériences émotionnelles qu'il ne parvient pas à traiter, le sujet va ressentir une immense tension qui entrainera l'expression d'angoisses de morcellement. Ces angoisses révèlent la non unification du Moi et l'incapacité du sujet à établir un lien entre les différents affects qui le débordent. Dans la schizophrénie, l'angoisse de morcellement est massive et participe à la désadaptation globale du sujet.

D'après **N. Georgieff**, la notion de morcellement schizophrénique désigne le défaut de constitution d'un « Moi » unifié et distinct, et non pas le clivage du Moi en plusieurs unités ou « personnalités ». (Georgieff, 2004)

L'angoisse de morcellement fait peser sur le sujet un danger menaçant sa cohésion et sa continuité d'être. Ainsi, il peut avoir l'impression de ne pas exister. De ce fait, cette angoisse de morcellement met à mal sa stabilité identitaire.

- ***Les angoisses « disséquantes » primitives :***

Pour **D. Winnicott**, les angoisses schizophréniques sont à comprendre comme une crainte d'un effondrement de l'organisation menacée du Moi. Il les appelle les *« angoisses disséquantes primitives ».* Il regroupe sous ce terme : l'angoisse de désintégration, l'angoisse de ne plus pouvoir se porter soi-même, l'angoisse de dépersonnalisation, l'angoisse de déréalisation et l'angoisse de perte de la capacité d'être en relation avec les objets.

- ***Les angoisses d'inanité :***

L'inanité désigne l'état de ce qui est vide, dénué de sens et pire, privé de signifiance. Elle se rapporte au déni d'existence.

D'après **Racamier**, l'angoisse d'inanité retrouvée dans la schizophrénie, amène le patient à se sentir réduit, à ne plus être *« qu'une coquille emplie de vide ». « Le patient se sent vide de sens et d'intérêt, déshabité, translucide, transparent, notamment quand le délire l'abandonne ou ne se construit pas »*. (Pedinielli & Gimenez, 2009)

- Sentiment d'étrangeté :

Ce sentiment d'étrangeté porte sur le corps propre du sujet et provoque des modifications du vécu du corps. Différentes sensations peuvent apparaitre comme des sensations de déformations des membres dans leur taille, leur forme ou encore leur position dans l'espace. Les patients peuvent évoquer des fragmentations de leur corps, où chaque partie corporelle est vécue indépendamment des autres.

L'impression d'étrangeté est également renforcée par l'éclatement de l'acte moteur ou les dysharmonies toniques. Enfin, la désorganisation praxique retrouvée dans la schizophrénie accentue également la segmentarisation du corps. (André et al., 2004)

Enfin, je terminerai cette partie par une citation en disant que, dans la schizophrénie :

« Il y a donc perte ou altération de la faculté sensible d'avoir et d'être un corps qui se traduit par la perte du sentiment d'identité, l'altération du moi psychique, allant du doute, du vécu d'étrangeté, à la perte totale d'identité. » (André et al., 2004)

2. Les phases de crises aigues :

a) Atteinte de la conscience d'être soi :

L'état aigu se manifeste chez des patients atteints de pathologies psychotiques chroniques. Il désigne une *« phase ponctuelle surgissant de manière inattendue par le patient, génératrice d'une souffrance psychique intense dont il n'a pas toujours conscience. En effet, dans ce cas, tout se passe comme si le sujet devenait en état de « non être », dans le sens de ne plus exister en tant que personne, pour se transformer en « quelque chose » qui souffre. »*. (Defiolles-Peltier, 2010)

La souffrance intense ressentie par le patient peut entrainer une **perte de son identité de malade** amenant des phénomènes de dépersonnalisation et de déstructuration de la conscience.

Les symptômes positifs de la schizophrénie sont au premier plan lors des phases de décompensation psychotique aigue ou chronique. Les idées délirantes provoquent chez le sujet un vécu d'extériorité à soi venant bouleverser les fondements mêmes de l'identité subjective.

Mr J. est âgé de 50 ans, je le rencontre lors de mon stage en psychiatrie adulte. C'est un patient qui a une schizophrénie paranoïde. Dans son délire de persécution, il est soumis à une volonté extérieure qui l'insulte, le dévalorise sans cesse, ce qui le place en position de faiblesse et d'impuissance face à ces « voix » qui se fichent de lui. Les hallucinations auditives entrainent chez lui un sentiment de ne plus être « en soi », le plaçant ainsi en spectateur de son vécu intérieur ce qui entraine un remaniement identitaire important.

b) Rupture des liens spatio-temporels :

Le trouble schizophrénique bouleverse le rapport au temps des patients. Il y a une rupture dans la vie du sujet et donc une perturbation du **sentiment de continuité d'existence**. L'alternance de phases de crises avec des hospitalisations, de phases de stabilisation et de rechutes impacte le sujet dans sa capacité à se projeter dans l'avenir. Les projets sont renvoyés à un futur hypothétique et il existe un impératif du moment présent. De ce fait, un sentiment d'incertitude s'installe dans la durée et vient modifier les repères spatio-temporels construits jusqu'alors.

Les symptômes productifs de la schizophrénie engendrent une dislocation de l'unité psychocorporelle du sujet. Le corps du sujet n'existe plus et ses pensées sont déstructurées. Le **sentiment de continuité temporelle** s'en retrouve altéré. Ainsi : *« Le temps n'ayant plus de limites, l'histoire du sujet s'émiette ou bien explose. La dissociation envahit le psychisme, et simultanément, le corps lui aussi se disloque, perd ses limites et son enveloppe. »* (Defiolles-Peltier, 2010)

En effet, cette existence en défaut de continuité condamne le patient à une forme d'errance aussi bien temporelle, mais aussi spatiale, identitaire, langagière, égarée du monde commun. La survenue d'une décompensation psychotique entraine une **rupture de l'unité du monde et de la cohésion de soi**. D'après **Charbonneau,** l'expérience vécue par le patient modifie son rapport personnel à l'identité et met à l'épreuve le maintien de soi. Ainsi, dans la schizophrénie, *« il y a un échec à opérer ce mouvement simultané, de réunification de l'expérience et de restitution de soi. »* (Chamond, 1999)

Un épisode aigu de décompensation psychotique apparait ici comme une **brisure identitaire massive**, le patient atteint de schizophrénie n'est plus en capacité de raconter son histoire, son vécu et de ce fait, perd le sens d'être lui-même à travers le temps qui passe.

« La déstructuration psychocorporelle a pour conséquence une impossibilité à relier les événements vécus, tout est comme si le patient avait perdu le sens de son histoire. »

(Defiolles-Peltier, 2010)

Dans cette partie, j'ai voulu décrire le vécu corporel de la personne souffrant de schizophrénie afin de rendre compte des difficultés et atteintes identitaires retrouvées dans cette pathologie.

Il me semble important de préciser que chaque patient entretiendra un rapport à son corps unique et singulier, qui sera dépendant de son histoire personnelle, de sa personnalité et de sa pathologie.

Dans le prochain chapitre de ce mémoire, je vais m'intéresser à l'approche psychomotrice de l'identité auprès de patients atteints de schizophrénie. Je développerai également les troubles psychomoteurs induits de cette pathologie. Enfin, je terminerai cette partie en étudiant les spécificités du groupe thérapeutique en psychomotricité en y détaillant les différents liens que l'on peut associer aux phénomènes identitaires.

CHAPITRE 3 : PSYCHOMOTRICITÉ ET IDENTITÉ

I. Une approche psychomotrice de l'identité :

1. L'identité de la pratique psychomotrice :

La psychomotricité est une profession paramédicale. Son objectif est de prendre en compte le sujet dans son unité psychocorporelle. Elle s'adresse à tous les types de publics allant du nouveau-né à la personne âgée. Cette profession est régie par un décret de compétences datant de 1988. Ainsi, elle se retrouve à la fois dans le champ de la prévention, de l'éducation psychomotrice, de la rééducation des troubles psychomoteurs ainsi que dans la thérapie psychomotrice, cette dernière s'appuie sur l'utilisation de diverses médiations thérapeutiques. L'accompagnement des patients peut s'effectuer sous forme de prise en charge individuelle ou groupale. Dans les deux cas, l'approche relationnelle est au cœur de cette pratique et ce dès la première rencontre avec le patient.

D'après **C. Potel**, la psychomotricité est *« un dispositif de soin thérapeutique qui s'intéresse, en tout premier lieu aux fondations d'une construction de la plus haute importance, un sujet humain. La mise en place de ces fondations constitue la condition indispensable d'une intériorité psychique. »*

Ainsi, c'est : *« l'intrication profonde entre, d'une part l'ancrage du corps dans l'espace et le temps et d'autre part la fonction contenante de l'enveloppe qui va constituer le socle, la structure de* ***l'identité psychocorporelle du sujet****. Dans cette intrication, se trouve la raison d'être d'une thérapeutique psychomotrice, s'adressant non seulement aux fonctions (instrumentales et constitutionnelles de repères) mais aussi à leur inscription symbolique essentielle pour la psyché. »* (Potel, 2019)

Les médiations thérapeutiques font parties des différents outils d'engagement corporel utilisés par le psychomotricien afin de soutenir la prise de conscience des sensations du corps et de participer au maintien identitaire du sujet. Ces dernières favorisent la mise en jeu du corps tout en mobilisant la sphère psychique. En effet, en psychomotricité, le corps ne peut être appréhendé d'un point de vue uniquement physique ou matériel car il est mouvant, expressif, se construit, se transforme, suivant les expériences relationnelles du sujet. Ainsi, le corps, principal vecteur de l'intervention psychomotrice constitue un support et un ancrage identitaire propice au développement et à l'équilibre psychocorporel du sujet.

2. L'identité du psychomotricien :

Dans sa pratique, le psychomotricien privilégie un corps communicationnel. Il s'intéresse au vécu corporel du sujet et à la manière dont il va l'utiliser pour entrer en relation avec autrui. En effet, il s'engage corporellement auprès de son patient, c'est une des spécificités de cette profession rendant compte de notre **identité professionnelle**.

L'implication corporelle telle qu'elle est décrite par **Moyano** désigne la relation partagée entre le patient et le psychomotricien dans le cadre de sa prise en charge. Le corps étant le lieu de passage de la communication et de la vie psychique, le patient pourra utiliser le psychomotricien comme réceptacle, support relationnel, facilitant ainsi l'élaboration dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives. Nous pouvons parler ici de la dimension intersubjective dans la relation. En effet, les émotions échangées entre le patient et le psychomotricien ne sont jamais identiques. Elles se modifient et se transforment à chaque nouvelle expérience qui sera constructive pour le patient.

Tout comme son patient, le psychomotricien a une histoire personnelle, un rapport spécifique à son corps, un sentiment d'identité qu'il a développé depuis son enfance et qui continue de se façonner au fil des expériences qu'il rencontre au cours de sa vie. Dans la relation de corps à corps qu'implique cette profession, il devra faire preuve de vigilance quant à ses propres éprouvés, être en capacité de mettre des mots sur ses ressentis, être à l'écoute de son corps pour s'ajuster au mieux dans la relation avec le patient. Dans cette pratique, il peut être nécessaire de se rencontrer soi avant d'aller à la rencontre d'autrui. Ainsi, prendre conscience de ses limites, de ses capacités ou difficultés, tendre vers une connaissance au plus juste de soi-même facilitera l'adaptation auprès du patient.

Enfin, je dirai que chaque rencontre est unique et authentique. Elle implique un ajustement relationnel, une qualité d'écoute ainsi qu'une qualité de présence corporelle du thérapeute qui tient compte de sa posture, de sa tonicité et de ses appuis. La personnalité et la manière d'être du psychomotricien reflèteront une partie de son identité. En effet, elles influenceront sa pratique professionnelle dans sa façon de communiquer et de rencontrer son patient.

a) La relation thérapeutique :

La schizophrénie est caractérisée par une perturbation profonde du contact ou de la relation à la réalité. Ainsi, le sujet atteint peut percevoir l'autre comme un danger. Les difficultés dans le lien à l'autre peuvent devenir une source d'angoisse importante pour le sujet, qui, pour s'en protéger aura tendance à se replier sur lui-même et à s'isoler.

Ainsi, la mise en place d'une alliance thérapeutique ajustée est primordiale en psychiatrie adulte avant d'initier tout travail thérapeutique. Cette dernière s'établit dès les premières rencontres avec le patient.

Le terme « alliance » désigne une union par engagement mutuel. Dans le cadre de la pratique psychomotrice, l'alliance, qui peut être qualifiée de « thérapeutique » correspond *« aux liens de confiance et de collaboration qui se mettent en place entre le thérapeute et son patient. Le climat positif engendré par l'alliance va servir de catalyseur, rendant efficace les interventions techniques spécifiques. »* (Hervé & Maury, 2004)

Ainsi, la relation thérapeutique en psychomotricité prend appui sur l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'implication du psychomotricien. De plus, selon **Moyano**, elle ne peut se définir comme une neutralité bienveillante. Le psychomotricien s'implique dans son propre langage corporel pour rencontrer le patient là où il est comme il est, c'est d'ailleurs ce qui fait la spécificité de cette relation.

b) <u>L'empathie :</u>

L'empathie est une des qualités essentielles que le psychomotricien se doit d'appliquer vis-à-vis de son patient. D'après **C. Rogers**, *« l'attitude empathique n'est qu'une manière de se situer dans une relation, ce n'est donc qu'un système d'attitude psychologique particulier qui permet de créer un climat de confiance. »* (Defiolles-Peltier, 2010) Ce climat de confiance instauré par la qualité relationnelle du psychomotricien participera à l'établissement de l'alliance thérapeutique dont il était question précédemment.

L'empathie développée par le soignant à l'égard de son patient peut être aussi en lien avec la notion de tonus musculaire. En psychomotricité, nous pouvons aussi parler d'**empathie tonique** du psychomotricien. En effet, pour **Aucouturier**, c'est une *« sensibilité plus aiguë aux modification tonico-émotionnelles de l'enfant, qui, par des ajustements, favorise le dialogue tonique. »* (Defiolles-Peltier, 2010)

Ceci est également pertinent dans la prise en charge de patients adultes atteints de schizophrénie. En effet, l'hypertonie posturale ou les raideurs toniques du corps sont retrouvées chez un grand nombre de patients. Elles peuvent témoigner d'une grande souffrance et sont souvent perçues comme un moyen de protection. Ainsi, l'empathie tonique du psychomotricien pourra faciliter la communication émotionnelle, l'entrée en relation avec son patient par le biais du dialogue tonique.

D'après **V. Defiolles Peltier**, cette qualité d'échange va permettre la création d'un contact tonico-émotionnel entre le patient et le soignant. *« Il s'agit, par une mise en éveil, de la sensitivité sensorielle et tonique du psychomotricien, d'être en disponibilité pour recevoir les émotions ou plutôt le vécu du patient, dans le but de lui offrir un maximum de potentialités d'échanges. ».* (Defiolles-Peltier, 2010) Pour cela, le thérapeute doit être conscient de ses propres limites afin de ne pas se sentir déborder par son propre vécu émotionnel rendant impossible les possibilités d'échanges avec le patient. En effet, être capable de se positionner comme réceptacle de la souffrance du patient, d'ajuster son tonus, sa posture, de se rendre disponible et d'être à l'écoute rend bien compte d'une forme d'identité psychomotrice.

c) Les concepts de transfert et contre-transfert :

Le transfert et le contre-transfert sont deux concepts analytiques issus de la psychanalyse.

Le **transfert** a été suggéré par **S. Freud** dans son acceptation de *« processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. »* (Scialom et al., 2015b)

De plus, il définit le **contre-transfert** comme *« l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste ».* (Goyena, 2006)

Cependant, il peut être nécessaire de nous interroger quant aux modalités de transposition de ces deux concepts dans le champ de la psychomotricité. En effet, le travail du psychomotricien ne repose pas sur l'analyse des rêves ou des fantasmes comme le ferait la psychanalyse mais il s'appuie sur l'engagement sensori-perceptivo-moteur, garant d'une efficacité thérapeutique. Le lien étroit que le psychomotricien entretient avec son patient peut nous amener à réfléchir sur les possibles manifestations transférentielles et contre-transférentielles susceptibles de faire irruption dans la relation.

En psychomotricité, **C. Ballouard** distingue deux formes de transfert :

- ***Transfert de base*** : il est immédiat, nous le retrouvons dans tout type de relation, dès qu'il y a des échanges affectifs, il n'est rien d'autre qu'un investissement répondant à l'appel d'une rencontre. Il est commun à toutes les prises en charge médico-sociales. Ce transfert facilite l'établissement d'une relation de confiance, propice aux identifications.

- ***Transfert secondaire ou « médiat »*** : il n'est pas spontané, il est produit par la situation. Il se manifeste au travers de la dimension contenante de la référence au corps.

Ainsi, **C. Ballouard** insiste sur la dimension contenante du transfert en psychomotricité, notamment dans l'objectif de montrer *« le transfert comme indispensable, inhérent à la prise en charge psychomotrice. ».* (Ballouard, 2006)

S. Robert Ouvray met en évidence le **contre transfert émotionnel** dans la thérapie psychomotrice. D'après elle, *« notre niveau de tension est le niveau de notre ressenti émotionnel »*, ainsi *« notre contre-transfert tonique et sensoriel est un contre-transfert émotionnel ».* (Robert Ouvray, 2002). Ce concept suggère au thérapeute d'être attentif à ses comportements, à sa posture, à ses réactions motrices, affectives, toniques qui peuvent être mobilisés par l'attitude ou les propos du patient. Ceci demande un ajustement continu de la part du professionnel. En effet, le psychomotricien reçoit et accueille dans son corps les tensions du patient. C'est donc par la prise en compte des résonnances internes et l'écoute de ses éprouvés corporels, qu'il proposera au patient un appui stable facilitant la mise en œuvre de nouvelles expérimentations.

V. Defiolles Peltier parle de **contre transfert tonico-émotionnel** du thérapeute. Pour elle, *« c'est en expérimentant sa propre limite entre son corps pulsionnel et son corps relationnel, que le psychomotricien devient thérapeute ; les points de fixation de son histoire sont, en effet, inscrits sur son corps, et il s'agit d'en repérer l'existence et les effets. » (Defiolles-Peltier, 2010)*

Pour finir, je dirai que toutes ces modalités relationnelles mettent en jeu les identités respectives des deux partenaires de relation (patient et psychomotricien), elles dépendent également des conditions de rencontre ainsi que du cadre thérapeutique et institutionnel.

Afin de poursuivre, je vais m'intéresser plus spécifiquement à l'étayage relationnel du psychomotricien et j'expliquerai en quoi ce positionnement thérapeutique participe au soutien de l'identité du sujet atteint de schizophrénie.

3. Étayage relationnel dans le soutien identitaire en psychiatrie adulte :

a) Le dialogue tonico-émotionnel :

Dans sa théorie, **H. Wallon** expose la place centrale du tonus dans le développement psychomoteur de l'enfant. Selon lui, l'enfant nait inachevé, incapable de satisfaire ses besoins, sa survie dépend des personnes de son entourage, en particulier sa mère. Il développe la notion de **dialogue tonique** comme vecteur de la communication entre le nouveau-né et sa mère. Le dialogue tonique vise à un ajustement tonique entre les deux partenaires de l'interaction. Il se met en place suivant différents processus :

- Le portage et les bercements faciliteront le lien tonique.
- Le portage, le toucher, les soins corporels apporteront un lien sensoriel.
- Les paroles rassurantes, contenantes, apaisantes pourront guider le lien affectif.
- L'élaboration psychique entretiendra un lien de pensée.

La mère répond aux états toniques de son bébé afin de lui procurer un sentiment de contenance et de sécurité physique et psychique. **J. De Ajuriaguerra** a ensuite repris ce terme mais propose le concept de « **dialogue tonico émotionnel »** afin de mettre en avant la transmission des états émotionnels entre la mère et son bébé durant les premiers mois de vie.

Ce phénomène est également constaté dans la relation entre le patient et le psychomotricien. Nous retrouvons un échange tonique entre les deux sujets qui interagissent. En effet, en accordant son tonus à celui du patient, le psychomotricien facilitera l'adaptation réciproque dans la relation. Ce dialogue tonique peut être considéré comme un outil thérapeutique dans la thérapie psychomotrice.

Le patient éprouve sa sécurité corporelle grâce à la fonction de soutenance du dialogue tonique. Le but de ce dernier sera de renouer un dialogue fructueux avec le patient, de relancer le processus intégratif et de l'amener progressivement à la symbolisation de ses ressentis. (Scialom et al., 2015a)

Le dialogue tonico-émotionnel apparait ici comme un ancrage et support privilégié de transmission émotionnelle dans la relation. Il soutient la rencontre avec le patient. L'émotion amène une communication directe avec l'autre, une vivance ensemble, donnant ainsi existence à chacun.

Dans sa pratique, le psychomotricien peut également mobiliser son **empathie tonique** dans le but *« d'être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps, c'est à travers son propre tonus, ressentir celui de l'autre. ».* (Defiolles-Peltier, 2010)

b) La fonction alpha :

Dans ses travaux, **W. Bion** a développé une théorie sur l'origine et l'élaboration des mécanismes de la pensée. Il développe un modèle, celui de la relation mère-enfant « contenant-contenu ». D'après cet auteur, durant les premiers mois de son développement, la qualité de la vie psychique du bébé est dépendante de sa mère mais également de la vie psychique de sa mère et plus spécifiquement ce qu'il nomme « sa capacité de rêverie ». À la naissance, du fait de l'immaturité de son appareil psychique, le bébé ne peut contenir et synthétiser toutes les impressions sensorielles qu'il reçoit. Sa mère pourra alors les recevoir et, par sa capacité de rêverie, elle les pensera pour lui, afin qu'il puisse les reprendre secondairement. On parle ici de la fonction Alpha, correspondant à la capacité de la mère à accueillir les émotions exprimées par son bébé à l'état brut, appelées éléments Béta, pour les transformer ou les détoxiquer en éléments Alpha, qui seront supportables pour lui.

Dans son exercice, le psychomotricien fait appel à *« cette capacité personnelle et professionnelle, de contenir en soi, ce qui est à l'autre, d'abriter, d'accueillir ce qui est délié, défait, désaffecté, déshabillé, en menace de débordement ou d'engloutissement. »* (Potel, 2019)

Ainsi, le psychomotricien sera amené à accueillir et contenir les excitations sensorielles ou motrices de son patient. Il pourra ensuite le guider dans la prise de conscience de ses sensations afin qu'il puisse progressivement les intégrer psychiquement et accéder à des représentations.

c) Holding psychomoteur :

Comme évoqué dans le premier chapitre de ce mémoire, le holding, concept développé par **D. Winnicott**, correspond à la manière dont l'enfant est porté, soutenu sur le plan psychique et corporel. La qualité du portage maternel et la régularité des soins procurés au bébé faciliteront la mise en place de son sentiment de sécurité interne.

C'est un processus qui intervient dans la relation entre le patient et le psychomotricien. Ce dernier joue un rôle de soutien affectif, psychique, physique, émotionnel à l'égard de son patient.

En effet, ce mécanisme est particulièrement important dans l'approche psychomotrice en psychiatrie adulte. Bien souvent, le vécu corporel du patient atteint de schizophrénie est douloureux, fragilisé par la pathologie et les expériences de vie qui sont parfois traumatiques. Le manque d'intégrité corporelle, le phénomène de dépersonnalisation, les angoisses dont est victime le patient impactent le sujet dans sa manière d'être en relation. Être soi, être un corps, semble fragile chez ces patients. Le manque de stabilité rend difficile l'appui et le maintien corporel du patient. De ce fait, le psychomotricien, au travers de l'utilisation de médiations va permettre le maintien du sentiment de continuité d'existence du patient, ce qui aidera le développement d'un sentiment de sécurité et de confiance dans la relation.

En exploitant ces qualités relationnelles dans sa pratique, le psychomotricien pourra **le soutenir dans son unité psychocorporelle et lui offrir un étayage relationnel propice au maintien de son identité**.

d) La médiation en psychomotricité, un exemple d'outil thérapeutique :

La psychomotricité utilise l'approche relationnelle comme premier outil pour communiquer avec le patient. C'est en partant d'un éprouvé corporel que le psychomotricien pourra accompagner le patient dans la prise de conscience de son corps, puis par la verbalisation faciliter l'accès à des représentations.

Dans sa pratique, le psychomotricien dispose de nombreuses médiations (la danse, la musique, la peinture, le jeu dramatique, la relaxation…). Elles peuvent être utilisées comme outil thérapeutique afin de faciliter la relation, l'échange et la communication avec autrui. D'après **F. Giromini** la médiation est *« une technique utilisée par un médiateur qui a pour fonction de faciliter la résolution de conflits entre des personnes en trouvant une solution commune qui permet de s'accorder. La principale qualité du médiateur est sa qualité relationnelle. »* (Giromini, 2017)

D'après **C. Potel**, nous pouvons noter trois objectifs d'une médiation qui sont *« de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions, de favoriser le jeu du corps, porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant et d'aider à la transformation des éprouvés en représentations. »*. (Potel, 2019)

Chez le sujet atteint de schizophrénie, les difficultés relationnelles sont au premier plan. En effet, de nombreux symptômes tels que l'émoussement affectif, l'apragmatisme, l'aboulie, les hallucinations, les idées délirantes, les angoisses massives rendent difficile la communication et la rencontre avec autrui, ils impactent le sujet dans sa globalité et fragilisent son identité.

G. Pous écrit que *« les techniques les plus sophistiquées, les plus intelligentes dans le projet de permettre au patient de sentir son corps, sont sans intérêt, si elles ignorent que la difficulté n'est pas de sentir, mais d'investir d'affects une sensation signifiante. Cet investissement ne peut se passer du transfert et du contre-transfert. C'est ce double investissement qui va faire du corps et de ses sensations, une référence dans la perception d'une continuité d'identité. »* (Pous, 1995)

En effet, nous savons que le sentiment de continuité d'existence se développent par l'établissement de liens entre la structuration corporelle, la psyché et la relation à l'autre. De ce fait, l'étayage psychocorporel proposé au travers de la médiation par le psychomotricien est primordial dans l'accompagnement de patients souffrant de schizophrénie. Cet étayage sera renforcé par l'étape de verbalisation, de mise en mots des éprouvés corporels nécessaire pour l'accès à la symbolisation. Il se produira alors un phénomène de distanciation entre le vécu corporel et la représentation du vécu corporel. Ce décalage, produit par l'effet du langage, peut être considéré comme tiers symbolique. Ainsi, il joue un rôle de médiateur entre le corps et l'esprit.

En psychomotricité, outre ces diverses médiations, c'est avant tout l'implication corporelle du thérapeute qui est au cœur du soin, qui peut être médiatrice en soi. La corporéité du psychomotricien, en tant qu'instrument de la relation à l'autre, viendra soutenir l'unité psychocorporelle du sujet et participera au maintien de son identité.

Ainsi, pour **B. Lesage** *:*

« La médiation corporelle semble avoir une particularité par rapport à d'autres médiations qui font appel à un matériau extérieur, comme la peinture. Si le peintre peut lâcher son pinceau, le violoniste remiser son instrument, le « travailleur du corps » ne peut à aucun moment le quitter. Il peut cependant le désinvestir, le confiner au statut de machine, de corps-objet. Ce qui est en cause dans la médiation corporelle, c'est dès lors l'investissement corporel. Ainsi, au terme de ce travail, le corps est toujours là, enrichi de nouvelles techniques corporelles, d'intégration sensorielle, de mise en forme gestuelle. » (Giromini, 2012)

Dans la prochaine partie de ce mémoire, je vais m'intéresser à la sémiologie psychomotrice du sujet atteint de schizophrénie. Cette dernière renvoie le professionnel à des enjeux corporels et relationnels importants. De nombreux troubles psychomoteurs sont repérés dans cette pathologie et viennent perturber l'équilibre psychocorporel du sujet. Ils ont des répercussions notables sur son sentiment d'identité et sur sa capacité à communiquer et à être en relation avec les autres.

Je vais donc développer dans cette partie les principaux troubles psychomoteurs retrouvés chez les patients atteints de schizophrénie.

II. Troubles psychomoteurs dans la schizophrénie :

Afin de détailler la symptomatologie psychomotrice de ces patients, j'appuierai mes propos à l'aide d'une étude datant de 2008, menée par **L. Treillet, N. Rouyère** et **I. Mechler** : *« Présentation d'outils d'exploration des profils psychomoteurs en psychiatrie adulte »*.

Dans l'intention d'objectiver la présence de troubles psychomoteurs, le psychomotricien peut réaliser une évaluation grâce à la passation d'un **bilan psychomoteur**. Ce dernier, initialement conçu pour les enfants, peut être adapté pour les adultes. Néanmoins, il existe très peu de tests psychomoteurs standardisés utilisés pour la clinique adulte. De ce fait, l'évaluation du patient s'appuiera sur l'observation clinique du psychomotricien, sur la création d'outils adaptés et sur les échanges entre les professionnels.

La clinique des troubles psychomoteurs en psychiatrie adulte nous confronte en tant que praticien à une désorganisation voire une inorganisation corporelle importante. La place du corps dans le vécu de ces patients semble y être essentielle.

Pour **J-M Albaret**, les troubles psychomoteurs *« se manifestent à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation à autrui. Ce sont des troubles neurodéveloppementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles, associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarité et d'expression. Ils sont situationnels et discrets, entravant en priorité les mécanismes d'adaptation, constituant une source de désagrément et de souffrance pour le sujet et son milieu social. »* (Scialom et al., 2015a)

Dans la schizophrénie, nous pouvons mettre en évidence des troubles du schéma corporel et de l'image du corps, des troubles du tonus et de l'ajustement postural, de l'espace et du temps, de la motricité et des coordinations ainsi qu'un ralentissement psychomoteur.

1. Schéma corporel et image du corps :

De manière générale, les notions de schéma corporel et d'image sont souvent associées dans la littérature. Bien qu'elles soient étroitement liées, elles n'ont pas la même signification. Dans le cadre de ce mémoire, il me semblait donc pertinent de les étudier séparément.

- Schéma corporel :

En reprenant les propos de **J. de Ajuriaguerra**, le schéma corporel est *« édifié à la base d'impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, il réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification »*.

Cette citation nous permet de comprendre que le schéma corporel est évolutif dans le temps et dans l'espace, il se structure grâce à nos expériences tout au long de la vie. La synthèse des informations sensorielles permet au sujet d'établir à chaque instant, une représentation unifiée de son corps.

J-M Albaret définit le schéma corporel comme un système de localisation correspondant à un ensemble de représentations pour l'action. Il répond donc à la question *« Où ? »* (Où sont les membres et où est la cible de l'action) et *« Comment ?* » (Comment utiliser l'ensemble du corps pour réaliser un but fixé). (Scialom et al., 2015a)

La notion d'espace corporel est à prendre en compte puisqu'elle rend compte de la perception que l'on a de nous-même par rapport à autrui. De ce fait, le schéma corporel fournit un repère de base pour s'orienter dans l'espace. Il nous permet de localiser et de nommer les différentes parties de notre corps.

Dans le cas de pathologies telles que la schizophrénie, on repère des troubles du schéma corporel. Le sujet peut présenter une méconnaissance des différentes parties de son corps, ce que l'on observe lors d'actions mettant en jeu les coordinations dynamiques générales.

- Image du corps :

D'après **J-M Albaret**, l'image du corps est un système de perception de formes. Elle sert à l'identification et à la reconnaissance du corps et répond à la question *« Quoi ? »* (Quel corps suis-je ? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle ?). (Scialom et al., 2015a)

Dans la schizophrénie, certains symptômes positifs tels que les hallucinations cénesthésiques peuvent ébranler la perception que le sujet a de son corps avec une impression de changement de forme, de volume des différents segments du corps ainsi que des doutes sur la cohésion des limites corporelles.

Selon **F. Dolto**, l'image du corps est propre à chacun et reliée au sujet et à son histoire. Elle est la *« synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. C'est grâce à notre image du corps portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui ».* (Scialom et al., 2015a)

L'image du corps est subjective et en lien avec l'investissement narcissique du corps. En effet, une altération de cette dernière peut entrainer un manque de confiance en soi et d'estime de soi souvent retrouvé chez ces sujets.

On peut également observer chez les sujets des difficultés dans la perception de leur identité. En effet, d'après **Combe et Tourniaire** : *« la perturbation de l'image du corps, discordance entre réalité corporelle et représentation mentale, atteint un seuil pathologique quand elle provoque un trouble de l'identité, une faille narcissique de l'être qui méconnait son corps peu à peu et se sépare de lui, au fur et à mesure que la rupture du lien corps-pensée s'aggrave jusqu'à ne plus se reconnaitre en lui. »* (Canchy-Giromini, 2001) Ainsi, les perceptions et les représentations que le sujet a de son propre corps sont perturbées. Ces diverses manifestations cliniques illustrent bien les phénomènes de dépersonnalisation repérés dans la schizophrénie.

2. Tonus et ajustement postural :

Le tonus désigne l'état de tension des muscles, volontaire ou involontaire, variable dans son intensité selon le contexte. Il est étroitement lié aux dimensions affectives, émotionnelles et relationnelles pouvant varier selon le contexte.

Il apparait comme toile de fond indispensable à tout activité impliquant la motricité, depuis le maintien de la posture jusqu'aux séquences motrices plus élaborées.

S. Robert Ouvray et **A. Servant Laval** distinguent trois formes classiques de tonus :

- Le ***tonus de base*** favorise le maintien de la cohésion des différentes parties du corps entre elles, il est à la base du schéma corporel. Il représente le substrat de l'affectivité et des émotions de la personne.
- Le ***tonus postural*** permet la gestion de l'équilibre et le maintien de la mise en forme du corps afin de lutter contre la pesanteur.
- Le ***tonus d'action*** est à la base de la motricité globale, de la communication non verbale, du langage et de l'expressivité. (Scialom et al., 2015a)

Chez des patients atteints de schizophrénie, certains traitements médicamenteux tels que les antipsychotiques peuvent être responsables de troubles du tonus et de l'ajustement postural. En effet, nous repérons une raideur générale du corps et des difficultés dans la dissociation des ceintures pouvant entrainer des anomalies de la marche, la perte du ballant des bras ainsi qu'une diminution des réflexes.

L'étude de **L. Treillet**, **N. Rouyère** et **I. Mechler** (2008) met en évidence la présence d'une résistance aux mobilisations passives qui témoigne d'une hypertonie de fond chez ces sujets. Cette dernière altère l'ensemble de la musculature de l'axe et des membres. De plus, nous observons une hypotonie notamment lors de la mise en jeu du tonus d'action. Ces manifestations toniques typiques de la schizophrénie mettent en avant une dysharmonie du tonus. Elle peut être mise en relation avec le syndrome dissociatif présent chez ces sujets et joue un rôle dans l'expression de l'angoisse et de la souffrance.

Le tonus musculaire est *« un révélateur de l'intensité de la souffrance psychique (chez le sujet atteint de schizophrénie), il se trouve modifié et on peut ainsi évaluer l'état tonique du sujet. »* (Defiolles-Peltier, 2010) En effet, cette hypertonie observée chez de nombreux sujets pourrait être mise en place à des fins défensives dans le but de lutter contre des sensations de morcellement corporel ou de dépersonnalisation, en lien avec l'altération de l'image du corps. Nous pourrions comparer cet état à une « carapace tonique » permettant au sujet de se protéger de ses angoisses.

La posture étant intimement liée au tonus et donc aux réactions tonico-émotionnelles, elle traduit corporellement l'état interne d'une personne. Chez ces sujets, la présence de ces troubles toniques témoigne de grandes difficultés à s'ajuster spontanément dans la relation à l'autre.

3. Espace et temps :

En psychomotricité, les notions d'espace et de temps sont étroitement liées et indissociables. Elles se rapportent à la conscience que l'individu possède de son environnement et comment il s'y organise. Être en mesure de se représenter et de concevoir l'espace est une compétence qui découle de l'expérience du corps.

Toute activité motrice contribue à inscrire le sujet dans un espace-temps et consolide la place du corps comme référentiel organisateur. De ce fait, les difficultés d'organisation spatiale et temporelle sont souvent associées à des difficultés du patient à percevoir son corps, en lien avec les troubles du schéma corporel.

La désorganisation temporo-spatiale est observable chez les patients atteints de schizophrénie. Elle est souvent la conséquence d'une perturbation du rythme circadien notamment dans le sommeil et l'alimentation qui est fréquente chez ces sujets.

Mr R. évoque être dans un état de fatigue intense car la veille, il n'a pas réussi à trouver le sommeil avant cinq heures du matin. Je remarque un épuisement important tant physique que moral chez ce patient. Ses yeux sont creusés, des cernes marquent son visage, sa peau est très pâle. Il m'explique que ses rythmes veille/sommeil sont perturbés depuis plusieurs semaines et qu'il a de plus en plus de mal à le supporter au quotidien.

4. Mouvements anormaux :

D'après **Corraze**, les stéréotypies motrices sont des *« mouvements, ou séquences motrices, répétés susceptibles d'interférer avec un mouvement adapté ou de s'y intriquer ». (Scialom et al., 2015a)* Les stéréotypies peuvent être associées à la forme catatonique de la schizophrénie. Ces mouvements anormaux sont incontrôlables par le sujet et sont assez fréquents dans cette pathologie.

Chez de nombreux schizophrènes, la vie émotionnelle est chaotique. L'affectivité est imprégnée d'ambivalence surtout dans les relations avec les proches. La mimique reflète l'état émotionnel d'un sujet. Dans la schizophrénie, une amimie est souvent retrouvée, elle est associée aux symptômes négatifs qui se traduisent par un émoussement affectif. Les paramimies sont des mimiques qui sont en inadéquation avec le discours et les sentiments du sujet. Elles témoignent d'une discordance émotionnelle et affective fréquemment repérée dans la schizophrénie.

Cette dissociation émotionnelle et comportementale entraine des difficultés dans la communication et les interactions sociales chez ces sujets.

Mme P. semble très préoccupée et attristée par les difficultés relationnelles qu'elle rencontre avec son fils. Lors d'une discussion informelle au sein de l'Hôpital de Jour, elle se confie à Mr F. en lui exposant certains faits personnels datant de la semaine passée qui se sont produits au domicile. Après un long silence, Mr P. se mit à rire de manière inappropriée, ce qui entraina un sentiment d'incompréhension de la part de Mme P. qui, vexée, changea de place et s'isola au fond de la salle.

5. Motricité globale et coordinations :

Les troubles du schéma corporel, de l'image du corps, de la gestualité et du tonus évoqués dans les parties précédentes peuvent avoir des répercussions sur les capacités du sujet à se mouvoir et organiser spatialement ses gestes par rapport aux repères corporels.

Souvent, nous retrouvons des difficultés lors de la mise en jeu de plusieurs parties corporelles en même temps afin de réaliser un mouvement. De plus, les activités de dextérité manuelle et digitale proposées au cours d'ateliers thérapeutiques nécessitent la mise en place de mouvements fins qui se retrouvent altérés. Enfin, la motricité faciale est souvent qualifiée de pauvre dans la schizophrénie, elle peut être également perturbée du fait de l'expression de symptômes négatifs tels que l'émoussement affectif rendant la relation à autrui difficile.

6. Ralentissement psychomoteur :

Un ralentissement psychomoteur peut être observé chez des patients atteints de schizophrénie depuis de nombreuses années. En effet, en 1911, **Bleuler** le qualifiait déjà comme une *« forme bégnine de stupeur ».* Le ralentissement psychomoteur associe une lenteur psychique (bradypsychie) et gestuelle (bradykinésie) entrainant une exagération anormale du temps de réaction et d'exécution des mouvements. Il n'est pas lié à un trouble moteur élémentaire. (Pollet Villard, 2012) Ainsi, les activités du sujet dans la vie quotidienne s'en retrouvent globalement réduites. Elles demandent plus de temps et entravent par exemple une vie en société de qualité.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai voulu mettre en évidence les principales manifestations psychomotrices retrouvées dans la schizophrénie. Il me semble important de préciser que la singularité de chaque individu rend compte d'une expression symptomatique spécifique en fonction du sujet atteint.

Dans leur pratique, les psychomotriciens peuvent être amenés à penser et à utiliser le groupe dans un contexte institutionnel. Je vais maintenant porter mon attention sur les particularités du groupe thérapeutique en psychomotricité en étudiant de quelles manières ce dernier peut participer au maintien identitaire chez des sujets porteurs de schizophrénie.

III. Le groupe thérapeutique en psychomotricité :

1. Définitions :

a) Le groupe thérapeutique :

Tout d'abord, le terme « thérapeutique » peut renvoyer à de nombreuses significations. Cela va de l'aspect fonctionnel par la réduction d'un symptôme, à la vision d'un processus de changement, engagé par le patient concernant ses conflits psychiques.

À ce propos, **D. Marcelli** compare le groupe à *« une métaphore de béquillages de contenance que le corps social impose à l'individu. Quoique l'on fasse, on reste des animaux sociaux et quoique l'on fasse notre pulsionalité rencontre toujours les limites et les contraintes de la pulsionalité de l'autre. » (Blossier, 2002)* Ainsi, cette citation laisse entrevoir que l'un des éléments principaux de la thérapeutique de groupe est la dynamique relationnelle offerte par la situation de groupe.

En effet, l'expérience de groupe peut être qualifiée de thérapeutique lorsqu'elle s'appuie sur les notions telles que la bienveillance et la contenance facilitant ainsi le rassemblement des membres du groupe.

b) Le groupe en psychomotricité :

D'après **C. Potel**, la psychomotricité *« offre des possibilités de mises en jeu relationnel et d'espace transitionnel formidablement intéressante et créative. ». (Potel, 2019)*

Les groupes en psychomotricité sont multiples, ils se différencient par leurs objectifs thérapeutiques préalablement établis. La pratique psychomotrice en groupe est souvent rattachée à l'utilisation de médiations thérapeutiques dont elle tire sa spécificité. Ces médiations sont variées et peuvent être basées sur des techniques artistiques, sportives, d'expression, mais chacune d'entre elles met en jeu le corps en relation.

Le processus groupal implique un passage par plusieurs étapes. **F. Leplat** les décrit sous :

- La mise en groupe et sa constitution avec ses manifestations (excitations, levée du pulsionnel, sentiment menaçant de perte d'identité)
- Le moment de recherche du mauvais objet
- Le temps de l'illusion groupale pour aboutir à celui de la différenciation et de la séparation
- La fin du groupe

D'après **F. Leplat**, le groupe thérapeutique va donc soutenir un processus. Il *« soutient la construction et la consolidation d'un moi psychomoteur. Il se définit par le sentiment de soi construit sur la capacité à s'éprouver éprouvant à partir d'expériences engageant tout le corps en relation au travers de variations et modifications toniques et posturales, initiées dans le partage émotionnel. ». (Leplat, 2010b)* Ce moi psychomoteur peut servir d'ancrage à la conscience du corps propre dans la relation. Ainsi, le groupe thérapeutique offre aux patients des possibilités d'expérimentations, de partage émotionnel et affectif dans un espace sécurisant.

Enfin, le caractère social qu'implique le groupe peut être d'abord et avant tout l'acceptation progressive du cadre thérapeutique que je vais développer ci-dessous.

2. Cadre thérapeutique :

Le cadre thérapeutique tient une place cruciale dans la pratique psychomotrice. **C. Potel** le définit comme *« ce qui contient une action thérapeutique, dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. ».* (Potel, 2019)

Afin qu'il puisse être sécurisant et contenant pour le patient, certaines conditions doivent être pensées et établies avant tout travail psychomoteur.

Nous retrouvons :

- **L'espace** : les séances se déroulent dans un espace donné qui ne changera jamais. Le cadre spatial constitue l'un des premiers repères pour les patients. Il doit être suffisamment contenant afin d'accueillir les excitations, les débordements pulsionnels ou les angoisses des patients du groupe.
- **Le matériel** : chaque psychomotricien implique sa propre sensibilité dans le choix du matériel proposé aux patients (ballons, cerceaux, balles à picots...). Les objets sont sélectionnés en fonction de ce que le professionnel souhaiterait travailler avec le groupe.
- **Le temps** : il est nécessaire de proposer aux patients d'un groupe une régularité temporelle dans les séances. Pour cela, des horaires fixes ainsi qu'une durée limitée dans le temps sont établies afin que le patient puisse bénéficier de repères temporels stables.
- **Les médiations** : le choix d'une médiation dépend des besoins et de l'objectif de soin des patients mais également des aptitudes particulières des soignants.
- **L'encadrement** : le nombre de soignants ainsi que leur profession sont d'une grande importance dans le cadre du groupe. La mise en place d'un travail pluridisciplinaire sous forme de co-animation (infirmière/psychomotricien, psychologue/psychomotricien…) fait l'objet d'une grande richesse que ce soit pour les patients ou le thérapeute.
- **Le fonctionnement institutionnel** : il a toute son importance, en effet il est régi par un ensemble de règles institutionnelles ainsi que par le projet de soin de la structure. Ainsi, la mise en place du cadre groupal dépend du cadre institutionnel.

L'ensemble de ces paramètres sont ajustés aux possibilités des patients et facilitent la mise en place du processus thérapeutique. Le cadre thérapeutique doit être présent du début à la fin de la prise en soin. Il est indispensable en ce sens où il apporte une sécurité physique, psychique et affective aux patients. Il doit être à la fois souple, fiable, solide sans être rigide, malléable et flexible afin de laisser une place à la rencontre, aux interactions, à la créativité, à l'expression du sujet au sein du groupe.

En plus de la fonction contenante et sécurisante du cadre, il permet aussi de poser certaines limites. En effet, **R. Kaës** décrit les fonctions limitante, symboligène et transitionnelle du cadre. Selon lui, il assure la distinction entre le Moi et le non-Moi du sujet permettant ainsi la construction d'une intériorité et d'une extériorité corporelles puis psychiques. Le cadre peut être posé ici comme garant de l'espace psychique groupal. La prise en compte de fonction limitante du cadre semble être essentielle dans l'accompagnement des patients atteints de schizophrénie. En effet, les limites du cadre groupal permettront aux patients de différencier leurs propres limites.

De plus, il fonctionne comme une structure d'étayage et de soutien pour que le travail de symbolisation puisse s'effectuer. Il offre un espace « transitionnel » au sens winnicottien, dans lequel les patients pourront vivre de vraies expériences psychocorporelles au sein du groupe. (Blossier, 2002)

Ainsi, nous pouvons dire que le cadre groupal avec toutes ses caractéristiques encourage et facilite la mise en place d'expérimentations par le patient.

D'après **P. Privat** et **D. Quélin-Souligoux** :

« Le dispositif groupal a une fonction de cadre, de contenant, d'enveloppe dans laquelle un travail psychique va pouvoir avoir lieu. C'est un espace transitionnel, d'intermédiaire ayant un dedans et un dehors favorisant la mise en place d'enveloppe à la fois étayante et limitante. La fonction limitante du groupe thérapeutique, mais aussi d'échangeur entre le dedans et le dehors, aménagera une véritable aire transitionnelle, où pourra s'élaborer une véritable activité groupale de pensée. ***Le groupe est bien alors un véritable médiateur****. »* (Thirant, 2010)

3. La dynamique de groupe :

La dynamique de groupe est essentielle. Tout comme le cadre thérapeutique, elle est garante de l'équilibre et du bon fonctionnement de ce dernier. *« Le groupe est un tout, un organisme ; des lois régissent les interactions personnelles, ces interactions créent un processus dynamique d'adaptation. ».* (Scialom et al., 2015b)

En effet, dans un groupe, différentes règles sont établies et dépendent du cadre thérapeutique dont nous venons de parler. Elles permettent aux patients d'être guidés dans leurs interactions et participent au maintien du cadre.

La dynamique de groupe met également l'accent sur les liens qui peuvent se créer entre les sujets. En effet, la composante relationnelle du groupe est enrichie par les **phénomènes de résonance** ou de **réverbération** décrits par **C. Potel**. Le groupe offre un espace sécure propice à l'expression et à l'échange. Dans une situation groupale, les difficultés de certains participants pourront être exprimées et prendront une résonance particulière, amenant ainsi des réactions du thérapeute ou des autres membres du groupe. Les réponses corporelles et/ou verbales qui en résultent auront une fonction de réverbération plurielle du comportement du sujet, ce qui participera au processus thérapeutique. Ces réponses ajustées soutiennent également le patient dans son **sentiment de sécurité et de confiance**.

De ce fait, chaque patient pourra trouver et prendre sa place, en relation aux autres, ce qui participera au maintien de son sentiment d'existence au sein du groupe.

4. Le groupe et sa dynamique identitaire :

a) La communication :

Étymologiquement, le terme communiquer vient du latin *communicare* ; être en relation avec ; signifiant « mettre en commun ». La communication interpersonnelle peut être définie au sens large comme *« n'importe quel comportement qui peut être perçu par une autre personne. »* De cette idée, **Watzlawick** ajoute à ce sujet que : *« si l'on admet que, dans une interaction, tout comportement a la valeur d'un message, c'est-à-dire qu'il est une communication, il suit qu'on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non. Activité ou inactivité, parole ou silence, tout a valeur de message ».* (Blanchet & Trognon, 2008)

Cette citation nous rappelle que la communication ne passe pas uniquement par le langage oral. En psychomotricité, notre corps peut être support de la communication et de la relation entre différentes personnes. Les interactions au sein du groupe permettent d'y redéfinir la place et le rôle de chacun. Au-delà de l'aspect verbal de la communication, elle sollicite le corps du patient dans sa globalité. Peu importe la nature de ces échanges, ils sont porteurs de sens pour le sujet et sont constitutifs de son identité.

> *« Les échanges dans les groupes sont autant du registre du verbal que corporel et sont toujours au service de l'être. Être soi en relation avec les autres. »* (Potel, 2019)

Dans un groupe, oser prendre la parole, parler de ses ressentis corporels, affirmer ses dires, c'est aussi accepter de dévoiler une partie de soi, une image de soi face aux autres. La parole apparaît ici comme la **continuité d'une identité**. La communication verbale peut être un moyen pour le sujet de manifester son existence dans le groupe et donc d'y trouver sa place. L'intégration au groupe sera facilitée par les échanges entre les participants et permettra aussi la création des liens relationnels qui nourriront également **le sentiment d'appartenance du sujet**.

La communication corporelle est décrite par **C. Ballouard**. Il distingue trois types d'informations apportées par cette dernière ; des informations sur l'état affectif et pulsionnel de l'émetteur, sur son identité et sur le milieu extérieur. (Ballouard, 2006) Au sein du groupe, ce type de communication peut refléter la manière d'être du sujet et de se présenter sous le regard des autres. Les mimiques du visage, les gestes, les orientations du corps, la posture ou encore le tonus participent d'une certaine façon à l'expression de soi. De plus, les attitudes corporelles du sujet peuvent être la conséquence des interactions. Elles évoquent et projettent une certaine **image de l'individualité du sujet**.

Enfin, nous reprendrons les propos de **A. E. Scheflen**, en disant que *« la communication comprend tous les comportements par lesquels un groupe constitue, soutient, médiatise, corrige et intègre ses relations. »* (Ballouard, 2006)

b) <u>L'indifférenciation groupale :</u>

À travers son concept du Moi-peau, **D. Anzieu** attribue à l'appareil psychique individuel la nécessité de développer une enveloppe qui délimite, protège et contient. En partant de cette théorie, il a pu élargir ses propos à la situation de groupe également composée d'un appareil psychique groupal et se structurant à partir d'une enveloppe groupale. Ainsi, il parle de Moi-peau groupal. *« Le groupe est comme une enveloppe qui fait tenir ensemble les individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, le groupe n'est pas construit et seuls existent un agrégat humain. » (Bertin, 2010)*

Les fonctions de cette enveloppe psychique groupale sont les mêmes que celles définies pour le Moi-peau. Elle contient, enveloppe, sécurise, délimite, protège de l'extériorité et facilite les échanges entre le dedans et le dehors, entre l'espace interne et externe du groupe.

En reprenant les fonctions du Moi-peau groupal, **R. Kaës** écrit que le groupe n'est pas un corps mais bien une enveloppe qui permettrait à l'individu qui *« vit l'expérience d'être divisé de l'intérieur, de chercher dans le groupe réel l'image de son unité perdue et l'étayage nécessaire pour surmonter la détresse. Il cherche en dehors ce qui lui manque en dedans, la cohérence, la continuité, la sécurité, l'unité. Le corps s'étaye sur le corps physique de ses membres. Il n'a de corps que dans l'esprit de ses membres qui le dote d'une individualité de suppléance ou de prothèse. Toutefois, il n'est pas qu'un espace de représentation mais une réalité matérielle, un espace de support. Le groupe est un espace corps sur lequel va s'étayer la personnalité de chaque individu. »* (Leplat, 2010a)

Cette citation met en évidence le fait que la situation groupale tend à pallier les fonctions défaillantes de l'individu. Il lui fournit les appuis nécessaires pour de nouvelles expérimentations, qu'il pourra ensuite intérioriser et donc transposer à l'extérieur du groupe. Le corps du sujet atteint de schizophrénie manque de solidité, les limites corporelles sont perméables, les sentiments d'unité et de cohérence sont mis à mal. L'expérience groupale offre au patient la possibilité de se sentir contenu dans une enveloppe groupale. En effet, la contenance qu'apporte le groupe tend à recréer les conditions de l'avènement des enveloppes psychiques individuelles.

c) Les phénomènes identificatoires dans le groupe :

L'espace sécurisant et contenant offert par la situation de groupe est propice aux interactions et facilite l'édification progressive d'un tissage relationnel entre les patients, mais également entre les patients et le psychomotricien, ce qui permet de « faire groupe ». Ainsi, différents phénomènes identificatoires peuvent découler de ces échanges et participent au maintien de l'identité.

L'identification est avant tout un concept psychanalytique. D'après **J. Laplanche et J-B. Pontalis** : *« L'identification est le processus par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications. »* (Missonnier, 2009)

Le groupe en psychomotricité, pourra servir de support au sujet et il lui offrira la possibilité de s'identifier aux autres membres du groupe. Les identifications seront d'autant plus marquées, si le groupe est homogène, c'est-à-dire s'il rassemble des patients ayant des pathologies semblables et situées dans des tranches d'âges similaires. Ainsi, le sujet pourra éprouver une alternance de mouvements d'identification et de différenciation. Ces groupes permettent aux sujets de se découvrir, d'interagir et d'affirmer leur personnalité au travers d'un **processus d'identification-individuation**.

« L'individuation, c'est-à-dire le parcours que doit effectuer chacun pour conquérir son individualité et devenir soi, se fait dans une dialectique moi-groupe. » (Lesage, 2009)

De plus, le groupe permet également des **processus d'imitation**. En effet, le fait de prendre appui sur l'autre, de « faire pareil », tout en étant différent, met en jeu l'identité du sujet. Les comportements d'imitation supposent une distinction entre le moi et le non-moi. Elle peut être un moyen privilégié pour entrer en communication avec autrui et ainsi encourager une certaine prise d'initiative de la part du patient.

De ce fait, le psychomotricien par son positionnement et son statut de garant du cadre thérapeutique groupal offre un soutien relationnel et identitaire aux patients.

5. Les limites du groupe :

Dans les premiers temps au sein d'un groupe, des réactions de défenses peuvent être mises en place face au sentiment de menace identitaire souvent ressenti par les participants.

La situation groupale peut susciter un ensemble de craintes chez les patients qui peuvent prendre plusieurs aspects. Tout d'abord, la sensation d'être « noyé » dans la masse et donc de perdre son identité singulière. Ensuite, le fait de s'exprimer devant les autres, d'avoir à se livrer et donc de se confier au groupe engendre la peur d'être jugé à travers les paroles énoncées ou l'image renvoyée. Ainsi, en réponse à cette anxiété induite par la situation de groupe, certains patients pourront s'affirmer et prendre le dessus au détriment des autres qui auront plutôt tendance à se renfermer sur eux-mêmes. Ces deux réactions traduisent une défense face à la peur du jugement, de la dévalorisation et du rejet qui peuvent déséquilibrer le groupe. Ainsi, l'expérience groupale peut entrainer des phénomènes d'angoisses, de sidération, de non adhésion ou encore d'excitation. D'après **B. Chapelier**, *« le groupe apparait aussi comme un lieu dangereux où il faut se garder d'envoyer des sujets trop fragiles qui risqueraient d'y être ''démolis''».* (Blossier, 2002)

Cela montre bien la nécessité de mettre en place différents aménagements (cadre thérapeutique, co-thérapie, médiations etc…) qui viendront soutenir l'organisation psychomotrice des patients.

Enfin, la notion de groupe implique des **enjeux institutionnels** qui sont à prendre en compte. Il doit s'inscrire dans le cadre de l'établissement de soin. En effet, il est donc nécessaire en tant que professionnel, de comprendre les rapports qu'entretiennent les institutions avec les groupes thérapeutiques qu'elles mettent en place et de maintenir une communication régulière entre les deux partis.

« Le plus important dans un travail de groupe en psychomotricité, est peut-être finalement et humblement de pouvoir faire vivre un groupe dans une cohésion d'espace mais aussi de temps afin qu'il ne soit pas « mortel » dans tous les sens du terme. » (Courberand, 2010)

Le prochain chapitre de ce mémoire comportera une partie théorique qui sera suivie d'une autre plus clinique. De plus, j'y détaillerai la médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale utilisée dans le cadre d'un travail de groupe. Je l'ai trouvé particulièrement intéressante car elle permet notamment d'appréhender les problématiques liées à l'identité retrouvée chez certains patients. Enfin, j'illustrerai mes propos à travers une étude de cas qui m'a permis de réfléchir et ainsi d'élaborer des pistes de travail concernant l'accompagnement en psychomotricité.

CHAPITRE 4 : PRATIQUE PSYCHOMOTRICE

J'effectue mon stage de troisième année au sein d'un Hôpital de Jour (HdJ) en psychiatrie adulte. C'est une structure d'accueil spécifique dans laquelle je vais rencontrer différents professionnels de santé et les patients suivis. Ces derniers ont suscité chez moi un certain nombre de questionnements dont j'ai pu tirer des réflexions personnelles faisant l'objet de cette partie clinique.

I. Présentation service psychiatrique :

1. La structure d'accueil de jour :

L'HdJ accueille des patients présentant diverses pathologies psychiatriques telles que des troubles psychotiques, des troubles bipolaires, des troubles graves de la personnalité et des troubles anxio-dépressifs. Tous les patients de l'hôpital sont suivis par un psychiatre du secteur public ou exerçant en libéral.

L'équipe soignante se compose de sept infirmiers, d'une ergothérapeute, d'une psychomotricienne, d'une psychologue, d'un psychiatre et d'un cadre de santé. Chaque professionnel se retrouve au sein d'une réunion de synthèse qui a lieu tous les jeudis après-midi. Elle permet à l'équipe d'aborder la situation des patients et de réévaluer le projet thérapeutique si nécessaire. Par ailleurs, les éventuelles difficultés ou informations importantes à communiquer peuvent être évoquées lors de ces réunions.

L'admission des patients au sein de cet HdJ peut se faire selon deux modes. Elle peut faire suite à une hospitalisation à temps complet ou renforcer un suivi de secteur afin d'optimiser la prise en charge et de temporaliser une potentielle hospitalisation.

L'HdJ est ouvert du lundi au vendredi de 9h30 à 18h30. Les patients ont la possibilité de s'y rendre sur un temps complet (incluant le repas de midi) ou sur un temps partiel qui varie en fonction des heures de présence journalières dans la structure. Chaque jour, différents temps sont réservés pour les cafés d'accueil (matin et après-midi) ainsi que pour les repas thérapeutiques du midi auxquels trois soignants participent.

Ces déjeuners pris en communs soignant-soigné offrent aux patients un espace de partage et de convivialité. Ainsi, ils peuvent échanger sur divers sujets du quotidien de manière un peu moins formelle que lors des ateliers thérapeutiques.

Dans le projet de soin de l'établissement, nous retrouvons trois champs d'action qui sont les suivants :

- La **prévention** : prévenir une rechute dans la maladie et éviter une hospitalisation.
- Le **soin** : assurer l'observance dans la prise de traitements médicamenteux, proposer des ateliers thérapeutiques et suivre chaque patient grâce à des entretiens individuels.
- Le **social** : faciliter la réhabilitation psychosociale, la réinsertion socioprofessionnelle et accompagner le patient dans son projet de vie.

Lorsque les patients sont orientés vers l'HdJ par un psychiatre, certains axes thérapeutiques sont notés sur la prescription médicale. Cette structure de soin propose des prises en charge en groupe sous forme d'ateliers thérapeutiques. De ce fait, c'est ensuite à l'équipe soignante de voir avec chaque patient si l'atelier qu'il choisit est pertinent ou de lui en proposer un autre qui peut être plus adapté à ses besoins. Ces derniers reposent sur diverses médiations et sont co-animés avec des infirmiers. La psychomotricienne y apporte ses compétences et son regard spécifique.

2. Ma place de stagiaire :

Je suis arrivée sur ce lieu de stage dans le courant du mois de Novembre 2020. Très vite, les professionnels de l'équipe soignante se sont montrés accueillants et bienveillants. Je me suis sentie suffisamment en confiance pour leur faire part de mes interrogations et mes questionnements personnels concernant les patients, les diverses pathologies, les prises en charge, les traitements médicamenteux, les histoires de vie, le fonctionnement institutionnel etc… Ma tutrice de stage m'a accompagnée tout au long de l'année, elle m'a soutenue et encouragée à poursuivre mon cheminement personnel en lien avec le sujet de ce mémoire. Cela m'a permis de prendre confiance et ainsi de m'investir pleinement auprès des patients lors des ateliers thérapeutiques.

Sur mes jours de présence dans l'HdJ, je participe à deux types d'ateliers thérapeutiques, le **groupe de parole** du mercredi-après midi ainsi que **l'improvisation théâtrale** du jeudi matin.

Le groupe de parole est un atelier qui est co-animé par trois professionnelles, la psychologue, la psychomotricienne et l'ergothérapeute. En tant que stagiaire, j'occupe une place d'observatrice. Nous débutons généralement la séance en posant une question ouverte aux patients sur un thème préalablement défini. Ils ont ensuite la possibilité de prendre la parole afin de nous faire partager leur histoire, leur vécu, leurs ressentis, leurs émotions, en lien avec le thème proposé.

En revanche, lors de l'atelier d'improvisation théâtrale, que j'aborde plus loin dans ce travail, je suis invitée à m'engager corporellement auprès des patients, je participe donc activement à chaque séance. Ainsi, ma présence régulière et mon implication m'ont permis de trouver ma place au sein de ces deux groupes.

En lien avec le sujet de ce mémoire, j'ai eu l'occasion de proposer un entretien individuel à un patient de l'HdJ. Je me suis sentie plutôt à l'aise dans la relation, grâce à cela j'ai pu expérimenter la posture professionnelle dans un cadre spécifique différent de celui des ateliers thérapeutiques. Ainsi, j'ai pu établir des liens théorico-cliniques essentiels pour la suite de ma réflexion et l'écriture de mon étude de cas.

3. Place spécifique de la psychomotricité au sein de l'institution :

Dans ce type de structure, il n'y a pas de prise en charge en psychomotricité sous forme de séance individuelle. Par conséquent, la psychomotricienne ne fait pas passer de bilans psychomoteurs aux patients.

Comme évoqué précédemment, les groupes thérapeutiques utilisent diverses médiations et sont proposés quotidiennement au sein de l'HdJ. Nous retrouvons notamment la relaxation, l'expression corporelle, la gym douce, le théâtre d'improvisation, le dessin ou encore la peinture. Ainsi, la psychomotricité trouve sa place et sa légitimité au sein de cette structure dans la prise en charge des patients. De plus, le travail de resocialisation qui est un des objectifs essentiels de l'HdJ est omniprésent dans chacun de ces ateliers de groupe. Il est ainsi soutenu par l'accompagnement de la psychomotricienne.

D'après **F. Giromini**, *« notre spécificité réside dans l'écoute et l'attention particulières portées aux manifestations psychocorporelles et à leurs significations, d'autant plus riches qu'elles sont mises en évidence et favorisées par les interactions et interrelations au sein du groupe. »* (Scialom et al., 2015b)

Au sein de cette institution, l'équipe soignante a mis en place des entretiens individuels qui s'effectuent à la demande du patient ou du professionnel. Ainsi, les patients peuvent se confier sur des problématiques plus personnelles, qu'ils n'ont pas forcément évoqués lors des ateliers de groupe. Ils ont également la possibilité de faire un retour sur la construction d'un atelier auquel ils participent. Dans ces temps d'échanges individuels, les professionnels prennent en compte la demande et les attentes du patient concernant sa prise en charge au sein de l'HdJ. Ils offrent aux patients une écoute neutre et bienveillante. Ils font également preuve d'empathie et de réassurance. De ce fait, dans le cadre de sa pratique, la psychomotricienne peut être sollicitée pour effectuer ces entretiens.

L'approche groupale implique donc un travail pluridisciplinaire. En effet, l'écoute, la communication entre les professionnels soignants, le respect du vécu et des expériences de chacun sont essentiels pour la mise en place d'une cohésion d'équipe. La psychomotricienne participe également aux réunions, aux synthèses et aux entretiens. Son cadre d'exercice dépend du cadre institutionnel. Le respect des décisions collectives, du cadre thérapeutique établi et de la place de chacun dans le groupe sont des points essentiels pour qu'un travail thérapeutique puisse débuter dans les meilleures conditions.

Je vais maintenant développer de manière plus approfondie la médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale.

II. Le groupe d'improvisation théâtrale :

1. Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale :

D'après **C. Potel**, la médiation corporelle propose *« un espace entre et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre deux membres d'un groupe. »* (Potel, 2019)

L'improvisation théâtrale se différencie du théâtre classique car elle est basée sur un travail de spontanéité et de créativité facilitant la mise en jeu de processus psychiques. L'acteur n'est plus pris au piège du rôle qu'on lui attribue, il en devient le créateur. Cette médiation facilite la mise en mouvement du corps au travers de situations jouées qui associent à la fois le registre du réel et de l'imaginaire.

Oberle propose une définition du jeu dramatique basé sur le jeu symbolique. Selon lui, *« faire du jeu dramatique, c'est entrer dans un jeu d'improvisation à plusieurs à partir d'une intention de départ, autour d'une situation faisant interagir différents protagonistes. Il s'agit d'un travail de transposition où les participants mobilisent leurs affects, leurs représentations, leurs sentiments et leurs émotions réels dans une situation fictive. »* (Scialom et al., 2015b)

D'après **T. Guénoun**, le médium théâtral contient certaines propriétés qui se répartissent selon quatre axes principaux : l'axe sensoriel, l'axe imaginaire, l'axe d'incarnation du personnage et enfin l'axe du regard de l'autre et des propriétés de contenance de la scène et du groupe. En fonction des problématiques et des fonctionnements psychiques des patients, ces axes sont mis en lumière et travaillés différemment. Le mot *Theatron* vient du grec signifiant *« lieu où l'on se regarde ».* Les mouvements de vu et d'être vu sont une des spécificités du médium théâtral. De ce fait, le dispositif théâtral demande certaines capacités pour se mettre en représentation face aux autres. C'est dans un cadre sécurisant et contenant au sein d'un groupe que les patients auront la possibilité d'exprimer leur subjectivité tout en canalisant leurs angoisses. (Guénoun, 2016)

Ainsi, nous pouvons dire que cet atelier thérapeutique stimule le patient dans la globalité de son vécu corporel, renforçant ainsi sa cohésion interne. Il sollicite également les représentations du corps et cherche à moduler le contenu des conflits psychiques des patients. En effet, proposer un espace d'action tel que la scène, permet d'accéder à un espace de représentation. Nous pouvons mettre en lien ces notions avec *« l'espace transitionnel »* au sens winnicottien, où le jeu tient une place prépondérante et favorisera une transition entre soi et l'autre. C'est dans cet espace de jeu sur scène différencié du réel que le patient pourra de manière spontanée s'identifier à un personnage qu'il aura lui-même imaginé. Il pourra s'exprimer sous le regard bienveillant des spectateurs.

La question de la problématique identitaire retrouvée chez les patients atteints de schizophrénie semble être intéressante à travailler dans ce type de médiation corporelle. En effet, l'improvisation théâtrale a pour objet la mise en représentation de soi face au groupe, elle sollicite une extériorisation de soi. De ce fait, le patient exprime une part de son identité propre au travers du jeu théâtral.

2. Cadre thérapeutique et dispositif :

Deux infirmiers ainsi que la psychomotricienne de la structure co-animent cet atelier chaque semaine, ils sont donc garants du cadre thérapeutique et du respect des règles. Afin que les patients du groupe bénéficient de repères stables, la mise en place d'un cadre spatio-temporel s'avère être nécessaire. De ce fait, le groupe d'improvisation théâtrale se déroule tous les jeudis matin. L'horaire de début d'atelier est fixe et ce dernier dure une heure.

Chaque semaine, nous utilisons la même salle qui se trouve au premier étage de la structure. Le volume de la pièce est généreux et les deux grandes fenêtres présentes rendent la pièce très lumineuse et accueillante. Proche de l'entrée, nous retrouvons une grande armoire où est rangé le matériel nécessaire pour les prises en charge en groupe (coussins, couvertures, cerceaux, ballons…). À chaque séance, nous aménageons la salle en posant l'espace scénique. Ceci permet de séparer le jeu, de la réalité. Il s'agit ici d'un groupe thérapeutique « fermé ». En effet, les sept patients qui participent à ce groupe sont les mêmes durant toute la durée de l'atelier et s'engagent à être présents à chaque séance.

Dans la pratique du théâtre d'improvisation, certaines règles de jeu sont à respecter :

- Les patients qui improvisent sur la scène ne doivent pas jouer dos au public.
- Lors de l'improvisation, un des partenaires va initier le jeu, le second devra toujours répondre positivement aux propositions de jeu.
- Enfin, les deux partenaires ne doivent pas se poser de questions, l'improvisation s'effectuera dans un dialogue oral sous forme affirmative.

3. Contenu et déroulé des séances :

Les séances se déroulent toujours de la même manière. Pour commencer, la psychomotricienne, les deux infirmiers, les sept patients et moi-même sommes assis en cercle sur des chaises. Nous débutons l'atelier par des exercices de fluence verbale permettant de travailler les associations d'idées. Suite à cela, la psychomotricienne propose un temps d'éveil corporel qui se fait généralement debout et en mouvement dans l'espace. Elle met ainsi en place un travail portant sur le corps en relation. Enfin, les patients et les thérapeutes se positionnent dans le public et nous débutons les improvisations. Ces dernières peuvent s'effectuer en binôme, seul ou par petits groupes de façon volontaire et spontanée.

La construction des séances peut varier en fonction des attentes des patients et de leur évolution dans le groupe. Les improvisations peuvent s'effectuer à partir d'un geste en prenant le corps comme point de départ ou par un thème choisi par le public juste avant de débuter l'improvisation.

Les professionnels de santé s'engagent à s'impliquer à chaque séance et mettent en jeu leur corps dans la relation au même titre que les patients. C'est d'ailleurs cet engagement corporel qui viendra soutenir l'engagement du patient.

Je vais maintenant vous présenter mon étude de cas dans laquelle j'expose la prise en charge psychomotrice à travers un atelier d'improvisation théâtrale.

III. Étude de cas - Monsieur B. :

1. Première rencontre avec Mr B. :

Je rencontre Mr B. lors de mon premier jour de stage, durant le temps du café d'accueil du matin. Lorsque je suis arrivée dans la salle commune, je me suis présentée auprès de tous les patients. La manière dont s'est comporté Mr B. m'a tout de suite interpellée, il n'a pas eu de réaction, il ne m'a pas vraiment regardée, il est resté de marbre et a continué de boire son café sans trop prêter attention à ce qui se passait autour de lui. C'est à ce moment-là que j'ai pu percevoir chez ce patient, une impression d'étrangeté dans le lien à l'autre.

Il a fallu plusieurs rencontres avant que Mr B. ne me sollicite. On se croisait fréquemment lors des temps informels ainsi qu'aux ateliers de groupe. Du fait de ma présence régulière sur la structure tout au long de l'année, Mr B. s'est peu à peu habitué à ma présence et m'a progressivement investie. Il semblait s'intéresser particulièrement à mes études de psychomotricité ce qui nous a permis d'échanger ensemble très régulièrement.

Avant d'expliciter les observations cliniques que j'ai pu rédiger pour ce patient, il me semble pertinent de le présenter et d'exposer les éléments sur sa pathologie. Les informations nécessaires à la rédaction de cette étude de cas ont été tirées du dossier médical de Mr B. auquel j'ai pu avoir accès, de la réalisation d'un entretien individuel ainsi que des observations cliniques recueillies au cours des ateliers de groupe.

2. Anamnèse et parcours de soin en psychiatrie :

Mr B. est un patient âgé de 49 ans, il est assez mince et plutôt grand. Il a pour habitude de se vêtir de vêtements sombres. Il porte un collier orné d'un pendentif religieux qu'il garde toujours sous son pull. Il a un contact assez froid, il peut se montrer distant et sur la réserve.

Il a longtemps vécu chez ses parents qui étaient tous deux professeurs ainsi qu'avec sa sœur cadette. Il a reçu une éducation assez stricte, ses parents étaient très exigeants notamment sur le plan de la scolarité et des études de leurs enfants. Il a été élevé au sein d'une famille dans laquelle la pratique religieuse tenait une place importante. Il a suivi une scolarité classique jusqu'au baccalauréat puis a fait plusieurs années d'études supérieures. Il a ensuite trouvé un poste en région parisienne en tant qu'expert de gestion dans une banque mais n'a pu exercer que durant une année. Il vit actuellement seul dans son appartement et ne travaille plus depuis 20 ans. Il perçoit l'Allocation Adulte Handicapé (AHH) et bénéficie de différentes aides au quotidien. Une auxiliaire de vie se rend au domicile plusieurs fois par semaine et une livraison de repas a également été mise en place afin de faciliter la vie quotidienne de ce patient.

C'est en 2000, à la suite d'une demande de transfert de la part de son employeur vers une autre ville que différents éléments cliniques inquiétants ont pu être repérés sur son lieu de travail. De ce fait, il a dû être hospitalisé en urgence en région parisienne à la demande de sa famille avec laquelle, à cette époque, il n'était plus en contact. Cette première hospitalisation fait suite à l'apparition d'idées délirantes centrées sur le thème de la persécution dans un contexte d'isolement social. Le mécanisme est interprétatif et hallucinatoire acoustico-verbal. Il est systématisé sur la conviction d'un complot militaire à son égard. Le diagnostic qui a été posé pour Mr B. est une **schizophrénie paranoïde continue.**

Suite à cela et toujours dans ce contexte d'isolement social, il a donc décidé de revenir vivre dans sa région d'origine afin de se rapprocher de ses parents et de bénéficier d'une prise en charge adaptée au sein de l'HdJ. **Il se rend au sein de cette structure depuis 2005**.

En 2015, il a réalisé un grand nombre d'Électro Convulsivo Thérapies (ECT) ainsi que des Stimulations Magnétiques Transcrâniennes (SMT) qui ont été effectuées plus récemment, en 2018. Ces techniques ont pour objectif de traiter les hallucinations résiduelles. Néanmoins, elles n'ont pas fonctionné pour ce patient et ses hallucinations auditives ont persisté. Elles sont devenues très envahissantes dans la vie de Mr B. qui se focalise sur ces dernières et éprouve des difficultés à s'en détacher.

Lorsque nous abordons sa pathologie avec Mr B., nous nous trouvons face à un discours ambivalent. Les hallucinations auditives qu'il entend quotidiennement sont des voix de légionnaires. Elles sont malveillantes, persécutrices et peuvent lui suggérer des passages à l'acte auto-agressif. C'est un patient qui est en capacité de porter un regard critique sur celles-ci, en revanche il reste persuadé qu'on le fait passer pour « fou » alors qu'il ne l'est pas. À l'heure actuelle, il a pour projet de faire un voyage organisé en Nouvelle Zélande. Selon lui, s'il parvient à se rendre dans ce pays, les légionnaires seront considérés comme des exilés politiques. De ce fait, il est convaincu que lorsqu'il reviendra en France, il sera débarrassé des légionnaires et donc des voix qui le persécutent.

Les **traitements médicamenteux** qui lui sont prescrits se révèlent extrêmement lourds. Par conséquent, les effets secondaires sont parfois difficiles à supporter pour ce patient. Mr B. présente un certain nombre d'éruptions cutanées au niveau du haut de son crâne qui pourraient être dues à la prise du Lamictal (antiépileptique). De plus, selon lui, ses hallucinations auditives sont toujours très présentes et envahissantes. Ainsi, il pense que le traitement manque d'efficacité. De ce fait, cela fait maintenant plus d'an qu'il a suspendu la prise d'un antipsychotique (Leponex) en accord avec son psychiatre.

3. Observations psychomotrices :

Les bilans psychomoteurs n'étant pas pratiqué au sein de l'HdJ, mes observations cliniques sont rédigées à partir des ateliers de groupes, des entretiens individuels ainsi que des temps de vie dans la structure.

a) Rituel et vérification :

Mr B. est un patient qui est très **ritualisé.** Sur ses jours de présence, il se montre toujours très ponctuel. Lors de son arrivée dans la salle commune pour le temps du café d'accueil, il s'installe toujours à la même place, il s'assoit à la table du fond, celle qui se trouve contre le mur et proche de la fenêtre. Depuis mon arrivée à l'HdJ, il s'est présenté à tous les ateliers auxquels il est inscrit, il n'en a manqué aucun. Ainsi, chaque semaine, l'emploi du temps de ce patient est prédéfini. J'ai pu noter un manque de souplesse dans l'organisation de sa semaine, ce qui met en évidence une **rigidité mentale** accentuée par la pathologie.

De plus, j'ai pu repérer chez ce patient des **stéréotypies de vérification**. En effet, lors des ateliers thérapeutiques, il est fréquent que Mr B. fasse des allers-retours aux toilettes. Il peut lui arriver de quitter le groupe deux à trois fois dans une même séance. Il m'a notamment fait part de ses inquiétudes lorsqu'il se rendait dans des lieux ne possédant pas de toilettes. Selon lui, ces besoins de vérification le mettent en difficulté au quotidien et ont un impact sur la mise en place de projets personnels.

b) Tonus et motricité globale :

Au niveau postural, j'ai pu remarquer que son buste penche nettement sur le côté droit que ce soit en statique ou en dynamique. Cette inclinaison du haut du corps est actuellement inexpliquée par les professionnels. Régulièrement, Mr B. me fait part de tensions importantes qu'il perçoit dans son corps. J'ai pu noter une **hypertonie de fond** chez ce patient qui se tient toujours très érigé.

Dans le cas de ce patient, la mise en jeu des différentes parties de son corps entre elles entraine des difficultés dans la réalisation de mouvements. Durant le temps de marche au parc du vendredi matin, j'ai pu observer une **raideur générale** dans ses déplacements. Celle-ci est accentuée par le fait qu'il boite de la jambe gauche. Dans le déroulé de sa marche, son pied gauche traine à chaque pas sur le sol, c'est comme s'il ne parvenait pas à recruter un tonus musculaire suffisant pour mobiliser sa jambe dans le mouvement. De plus, il présente des **difficultés dans la dissociation de ses ceintures** (pelvienne et scapulaire) ainsi qu'une **perte du ballant** des bras repérée lors ses déplacements.

c) Schéma corporel et image du corps :

Lors des ateliers thérapeutiques, la psychomotricienne propose un temps de conscience corporelle aux patients afin de mettre en condition le corps et l'esprit pour être à l'écoute et disponible pour la séance. Mr B. montre des difficultés dans la **perception de ses sensations intéroceptives**. Lorsqu'il nous fait part de ses ressentis, ses réponses sont souvent brèves et peu informatives. Il est en capacité d'exprimer s'il est relâché ou tendu dans son corps mais il ne parle pas spontanément de sa respiration, de son rythme cardiaque ou d'autres éléments internes qu'il pourrait percevoir.

Lors de l'entretien individuel que j'ai mené auprès de Mr B., je lui ai proposé de me dessiner *« l'image qu'il avait de lui-même »* (Voir dessin Annexe 2) et qu'il m'en dise quelques mots. Son dessin est assez simple, il a été produit au crayon à papier. Il n'occupe qu'une petite partie de l'espace de la feuille. De ce fait, je me suis alors interrogée sur ses capacités à investir et à se représenter son corps dans un espace donné. Lorsque ce patient me parle de sa production, il énumère toutes les parties de son corps qu'il a représenté sur la feuille et en associe certaines à un vécu douloureux et plutôt négatif :

Mr B. : « Je ne dessine pas de cheveux car je suis chauve. Mon œil droit est fermé car j'y vois mal de cet œil. Ma bouche est fermée car je ne souris pas beaucoup. J'ai l'impression de ne pas avoir de cou. Mes bras sont très proches de mon buste, j'ai l'impression qu'ils sont figés. J'ai fait une bosse sur le genou car je boîte de la jambe gauche. »

J'ai été plutôt surprise par la précision des termes utilisés par ce patient pour décrire son corps. L'observation de Mr B. concernant l'utilisation de son corps dans les gestes quotidien et les propos qu'il tient pour le déduire m'ont permis d'en déduire que ce patient possède un schéma corporel que je qualifierai d'adapté et fonctionnel.

De plus, ses explications sous forme d'énumération peuvent être associées à la vision d'un corps segmenté, ce qui est souvent le cas dans la schizophrénie. Il n'y a pas de prise en compte du corps de manière unifiée. Mr B. a une image très péjorative de lui-même. Il se décrit comme étant *« Moche, rebelle, introverti »*. C'est un patient qui a une **faible estime de lui-même**, il se dévalorise sans cesse et **manque de confiance en lui.** Il laisse paraitre une **fragilité narcissique** importante. Il me fait régulièrement part de ses difficultés à s'ouvrir aux autres. Ces ressentis permanents peuvent être la conséquence d'une altération de l'image du corps.

d) Espace et temps :

Ce patient ne semble pas présenter de difficultés particulières dans **l'organisation temporelle**. Il se rend trois jours par semaine à l'HdJ. La régularité dont il fait preuve lui permet de maintenir un rythme hebdomadaire continu. Néanmoins, au cours de nos échanges, il m'a fait part à plusieurs reprises de grandes difficultés pour s'endormir le soir entrainant parfois des insomnies. À long terme, cela pourrait modifier les rythmes circadiens et ainsi venir perturber les limites et repères temporels construits jusqu'alors.

De plus, Mr B. parvient à s'orienter dans l'espace de manière assez adaptée, il ne présente pas de difficultés de cet ordre. Il est autonome dans ses déplacements et parvient à se repérer pour effectuer différents trajets quotidiens. Il se rend à l'HdJ à pied mais il lui arrive de prendre les transports en communs (bus, tram) pour ses activités de loisirs ou pour effectuer des achats.

e) Émotions :

Je repère un **émoussement affectif** important chez Mr B. dû à sa pathologie. Il donne l'impression d'être détaché, indifférent et peu réactif. Sa mimique est froide, peu expressive, les mouvements faciaux sont restreints. Ainsi son visage n'exprime que très peu d'émotions. De plus, j'ai pu observer chez lui un **rictus facial** donnant l'aspect d'un rire forcé, souvent inadapté au contexte.

Lors de notre échange individuel, j'ai pu questionner Mr B. sur ce que le terme « émotion » pouvait évoquer chez lui. Il associe ce terme à un discours plutôt négatif, il cite *« l'isolement »* et *« la solitude ».* Ses réponses témoignent de **difficultés dans la reconnaissance et l'identification des émotions**. Cependant, il me dit ressentir de la tristesse souvent accompagnée de larmes lorsqu'il écoute certaines musiques.

Une phrase qu'il m'a dite au cours de cet entretien m'a particulièrement interpelée : *« Mon sourire exprime de la souffrance »*. Cela met en évidence une discordance comportementale témoignant d'un désaccord entre ce qu'il peut ressentir et ce qu'il exprime corporellement face aux autres.

f) Ralentissement psychomoteur :

Mr B. présente un **ralentissement psychomoteur** qui se manifeste par une exagération anormale des temps de réaction et d'exécution des gestes (bradykinésie). La communication verbale est également ralentie. C'est un symptôme psychomoteur typique de la schizophrénie. Nous le retrouvons dans la pathologie mais il peut également être la conséquence d'un déficit des fonctions cognitives ou des effets secondaires des traitements neuroleptiques, qui provoquent un ralentissement de la motricité.

4. Prise en charge et objectifs de soins à l'HdJ :

Concernant sa prise en soin à l'HdJ, Mr B. participe à divers ateliers thérapeutiques tels que les ateliers d'expression corporelle, d'improvisation théâtrale, de relaxation, le groupe de parole ainsi que la marche au parc. Il se montre très assidu et régulier dans sa venue aux ateliers de groupe ce qui témoigne notamment de son investissement personnel au sein de cette structure.

Dans le cadre de sa prise en charge à l'HdJ, un **projet de soin** a été établi pour ce patient. Les objectifs sont de favoriser la socialisation afin de sortir de l'isolement ; de travailler sur l'affirmation de soi et la confiance en soi ; de diminuer les périodes d'anxiété ainsi que de dépister et prévenir d'éventuelles conduites suicidaires.

En dehors de l'HdJ, Mr B. a des activités qui lui apportent du bien-être et semblent fondamentales pour son équilibre personnel en dehors de notre structure. Il me paraît important d'en parler ici, car ce patient nous les expose au cours des échanges et ateliers dans lesquels nous nous retrouvons avec lui.

Mr B. pratique la méditation à son domicile chaque matin et se rend plusieurs fois par semaine à des cours de Yoga. Selon lui, ces activités personnelles lui font énormément de bien et l'aident à bien respirer et à se détendre. Il prend beaucoup de plaisir à méditer et semble avoir une pratique corporelle assez riche. Le travail proposé en psychomotricité au sein de la structure peut notamment le guider dans l'écoute de son corps et de ses sensations et ainsi l'aider à affiner sa conscience corporelle.

De plus, il lui arrive aussi de se rendre à la bibliothèque pour lire, il dit apprécier le cadre calme et serein que lui offre ce lieu. Chaque semaine, il propose à un autre patient de l'HdJ de l'accompagner marcher pendant une heure ou deux au parc ce qui lui permet de réaliser une activité physique régulière et de maintenir des liens sociaux en dehors de la structure de soin qui sont fondamentaux pour Mr B.

Enfin, il apprécie particulièrement l'écoute musicale, ayant des difficultés pour s'endormir, il écoute de la musique le soir ce qui l'aide à trouver le sommeil et à se décentrer de ses hallucinations auditives qui sont fréquentes au moment du coucher. En effet, conseiller le patient dans sa recherche de stratégies et de moyens à mettre en œuvre pour aller vers un mieux-être fait partie de l'accompagnement global du patient.

Je vais maintenant détailler plus spécifiquement le groupe d'improvisation théâtrale auquel je participe chaque semaine aux côtés de Mr B.

Néanmoins, il me semble important de préciser que le contexte sanitaire actuel (pandémie de Covid-19) a eu des répercussions sur le fonctionnement de mon lieu de stage. En effet, cet atelier thérapeutique a été suspendu durant une longue période. La prise en charge de ce patient dans le cadre de ce groupe a donc été interrompue. Ainsi, en tant que stagiaire psychomotricienne, j'ai dû m'adapter à cette situation inédite afin de trouver les apports cliniques nécessaires pour la rédaction de cette étude de cas.

⇒ ***Atelier d'improvisation théâtrale :***

Mr B. a rejoint cet atelier thérapeutique il y a deux ans. À son arrivée, le groupe de participants était déjà en constitué. Il a dû faire preuve d'une certaine adaptabilité car quelques patients pratiquaient déjà le théâtre d'improvisation depuis plusieurs années. Actuellement, il est plutôt à l'aise dans le groupe et semble s'y sentir en confiance.

J'ai pu établir plusieurs **axes thérapeutiques** pour Mr B. dans le cadre de cet atelier qui sont :

- Favoriser l'affirmation de soi
- Faciliter l'expression et la gestion émotionnelle
- Améliorer la régulation tonique et l'adaptation tonique
- Appréhender et soulager le stress et l'anxiété

Durant les séances, j'ai pu initier des improvisations tout en restant vigilante quant aux besoins et aux manifestations des patients de ce groupe. Jouer un rôle et improviser face aux autres n'était pas chose facile pour Mr B. mais il s'est toujours montré volontaire et impliqué lors de ses passages. Les interactions entre les patients sont nombreuses. En effet, nous retrouvons une bonne dynamique de groupe, les patients sont respectueux du cadre et font preuve de bienveillance entre eux, ce qui facilite les échanges et l'expression de soi.

Lors des temps d'éveil corporel précédant l'improvisation, j'ai pu remarquer que Mr B. a su se saisir de mes propositions. En effet, il a été en capacité de s'ajuster corporellement dans la relation en prenant appui sur mon propre corps notamment par le biais du dialogue tonique qui, au fil des séances, s'est progressivement instauré entre nous.

De plus, à chaque séance, à travers cette médiation corporelle, nous travaillons sur la mise en mouvement du corps par l'expression. En effet, proposer un travail par le mouvement pourra aider Mr B. à sentir et prendre conscience des différentes parties de son corps reliées entre elles. Ceci participera au soutien du sentiment de cohésion et d'unité corporelle.

Lors d'une séance, une improvisation effectuée par ce patient m'a particulièrement interpelée et je trouve pertinent de vous l'exposer ici. Le thème proposé par les spectateurs était la fête foraine. Durant celle-ci, il a très rapidement pris la parole et a commencé l'improvisation en proposant à son binôme de monter dans la grande roue. C'est à ce moment précis que ses hallucinations auditives sont apparues. Ensuite, il a exprimé oralement *: **« J'entends mes voix, elles me disent de sauter, je n'ai pas le choix je vais sauter »*** et en effet, il s'est jeté au sol. Suite à cela, une infirmière est intervenue dans l'espace de jeu, en faisant comme si les patients étaient en train de répéter une scène de film. Cela a permis de différencier le jeu de la réalité et d'éviter tout sentiment de confusion que ce soit pour son partenaire ou pour les autres patients témoins de cette scène.

En tant que spectatrice et stagiaire, j'ai été particulièrement touchée par cette improvisation. Suite à cette séance, j'ai pu discuter avec ma tutrice de stage qui m'a expliqué que Mr B. avait déjà pensé à se jeter du haut de la grande roue. Cela m'a permis de m'interroger et d'établir différentes hypothèses pouvant expliquer cette improvisation :

- Mr B. a pu rejouer au travers du thème de cette improvisation (la fête foraine) un souvenir douloureux de son passé qui est la tentative de suicide.
- Sur la scène, il s'est senti suffisamment en confiance pour exprimer sa subjectivité sous le regard des autres membres du groupe. J'ai pu percevoir ici, une manière d'exposer son drame intime témoignant de sa souffrance vécue face au sentiment de persécution du fait des hallucinations auditives.

C'est dans cet espace groupal, propice à l'élaboration psychique que ce patient a pu mettre en jeu sa corporéité afin d'exprimer une part de son histoire, de sa vie, de sa sensibilité, de son identité personnelle. En effet, ses hallucinations auditives sont très présentes au quotidien et lui suggèrent fréquemment des passages à l'acte suicidaire. Cet exemple d'improvisation laisse entrevoir une **fragilité narcissique et identitaire** importante chez Mr B.

Malgré sa timidité et son manque de confiance, j'ai pu noter que Mr B. a su trouver sa place et s'est progressivement affirmé dans le groupe. À plusieurs reprises, il a été en capacité de nous faire part de ses ressentis corporels mais également de donner son point de vue concernant différentes propositions de jeu et ce, même lorsque d'autres patients n'étaient pas d'accord avec lui.

Ainsi, nous pouvons dire qu'au travers de cette médiation thérapeutique, mon engagement corporel et ma position auprès du patient dans la relation, comme réceptacle de ses émois participent au maintien de son sentiment d'identité.

5. Bilan de la prise en charge :

Aux vues des troubles psychomoteurs de Mr B. une prise en charge en psychomotricité semble être nécessaire et pertinente. Durant ces quelques mois de stage, il s'est montré investi et concerné par sa prise en soin à l'HdJ comme le montre sa présence régulière dans les différents ateliers thérapeutiques. Cette structure est un lieu ressource pour ce patient. Ce type d'accompagnement sous forme de groupe répond aux objectifs thérapeutiques fixés pour Mr B. et lui permet de sortir l'isolement social en maintenant des relations interpersonnelles avec les autres patients.

Concernant l'atelier d'improvisation théâtrale, Mr B. a su me faire part de ses attentes concernant ce groupe. Il souhaitait *« prendre de la distance avec lui-même »* et *« retrouver davantage de confiance en lui ».* Le non jugement et la sécurité dont Mr B. bénéficie au sein de ce groupe lui permettent de progresser à son rythme au fur et à mesure des séances et de continuer à développer sa motivation personnelle. Ainsi, j'ai pu noter une légère progression dans l'attitude de Mr B. face à son manque de confiance. Il s'est montré de plus en plus volontaire et enthousiaste lors des temps d'improvisation. Il est en capacité de s'exprimer sous le regard des autres patients et des professionnels tout en s'ajustant à son partenaire de jeu. Il dit apprécier la spontanéité qu'implique cette médiation. De plus, il prend du plaisir à « jouer un rôle » au travers d'un personnage, en mettant en acte sa subjectivité et de ce fait, son identité.

Pour finir, grâce à tous ces éléments, nous pouvons dire que cette médiation par l'improvisation théâtrale semble répondre de manière adéquate au projet de soin établi pour ce patient. La continuité de cet accompagnement permettra à Mr B. de se familiariser avec ses ressentis corporels et d'investir son corps de manière plus agréable. Ce travail facilitera au fil du temps l'intégration d'une vision de son corps plus unifiée.

Conclusion :

Ce mémoire retrace mon histoire, mon expérience vécue et mon parcours en tant que stagiaire psychomotricienne auprès de patients adultes atteints de schizophrénie au sein d'un Hôpital de jour. J'y expose mes interrogations, mes réflexions et mon cheminement personnel en lien avec l'accompagnement sous forme de groupe proposé pour ces patients en psychomotricité.

La schizophrénie est une pathologie complexe qui bouleverse le sujet dans sa globalité d'être. La perte de contact avec la réalité le coupe du monde qui l'entoure ce qui perturbe ses capacités à rencontrer l'autre. Son vécu corporel, souvent qualifié de douloureux, rend compte d'une forme particulière de rapport au corps. En effet, le sujet est en prise avec des angoisses massives, des idées délirantes, des hallucinations et des sentiments de persécution qui peuvent modifier la perception qu'il a de son corps. La souffrance psychique émanant de ces symptômes s'exprime au travers de sa corporéité et entraine une véritable déstructuration identitaire. De plus, les perturbations psychomotrices retrouvées dans la schizophrénie impactent le sujet dans sa capacité à investir, orienter et représenter son corps dans le monde environnant. La relation à soi, aux autres s'en retrouve altérée.

Cette pathologie impose une dislocation de l'unité psychocorporelle du sujet, les sentiments d'unité du corps, de cohérence et de continuité d'existence sont mis à mal. Ainsi, la question de l'identité chez ces patients a très vite suscité mon intérêt. Tous ces éléments m'ont amenée à la problématique centrale de ce mémoire : ***« Comment la psychomotricité, en exploitant les spécificités du groupe thérapeutique, peut-elle soutenir le processus identitaire des patients adultes atteints de schizophrénie ? »***

Le groupe thérapeutique possède plusieurs particularités concernant l'identité. En effet, il facilite la mise en œuvre d'un travail identitaire, notamment par les nombreux phénomènes identificatoires et le processus d'individuation/différenciation retrouvés au sein de ce dernier.

Le dispositif groupal joue un rôle d'enveloppe, de contenant pour les patients et permet de distinguer les limites entre l'espace interne et externe au groupe. Ainsi, le sujet atteint de schizophrénie peut s'identifier, s'individualiser, se différencier des autres et ainsi reconstruire ses propres limites corporelles de manière plus sécure. De plus, les interactions entre les patients sont souvent décuplées par la situation groupale.

En effet, la structure étayante mise en place par la dynamique de groupe renforce les échanges émotionnels, la relation aux autres et multiplie les possibilités d'expérimentations. C'est d'ailleurs, les encouragements, l'entraide, l'empathie, la bienveillance au sein du groupe, et plus spécifiquement entre les patients, qui alimentent les sentiments de confiance et d'estime de soi, constitutifs de l'identité du sujet. Ainsi, la situation groupale par ses propriétés et ses caractéristiques propres soutient et consolide le sentiment d'identité du sujet.

Au moyen de l'utilisation de médiations thérapeutiques, le psychomotricien, par son approche relationnelle, guide le patient dans la réappropriation de ses vécus corporels. L'étayage psychocorporel qu'il propose favorise l'intégration progressive des sensations du patient et lui permet d'accéder à des représentations. En effet, l'ancrage corporel fournit un socle stable, sur lequel le patient peut s'appuyer, lui permettant de développer un ancrage à la réalité, ce qui contribue au maintien de son sentiment d'unité interne et de continuité d'existence. En effet, la mise en place d'un travail en psychomotricité participe activement au maintien de l'identité du sujet.

Le groupe thérapeutique à médiation corporelle est propice aux expérimentations et à l'expression de soi. En effet, la médiation par l'improvisation théâtrale qui est utilisée sur mon lieu de stage, engage le patient dans sa dynamique identitaire. Elle permet au sujet de s'éprouver à partir de l'expérience du corps en relation dans un espace/temps précis. Au sein du groupe, durant les séances, Mr B. se sert du corps de l'autre comme appui, réceptacle, ce qui lui donne la possibilité de renouer avec ses propres sensations dans l'objectif d'accéder aux symbolisations.

Enfin, il me semble judicieux d'évoquer ici l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire dans l'accompagnement des patients atteints de schizophrénie. En effet, c'est notamment par la complémentarité des approches thérapeutiques que le patient bénéficie d'une prise en charge globale et orientée sur ses besoins. Grâce à l'établissement d'une collaboration entre les professionnels, chacun d'entre eux participera activement à l'élaboration d'un projet de soin partagé et pertinent pour le patient, en apportant ses spécificités et ses compétences.

Le lieu de stage dans lequel j'ai évolué durant ces huit mois m'a montré la nécessité de ces structures de soin et l'importance de la psychomotricité dans le suivi de patients adultes atteints de pathologies psychiatriques. Leurs fragilités et leur vulnérabilité demandent une prise en charge régulière et pérenne dans le temps. Cependant, les différents confinements imposés durant cette période de crise sanitaire, ont mis en évidence qu'une continuité des soins en psychiatrie est essentielle afin de maintenir l'équilibre psychocorporel de ces patients et de leur garantir une stabilité identitaire.

Bibliographie :

- André, P., Benavides, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2e édition revue et corrigée.). Éditions Heures de France.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e édition.). Dunod. 1-76 ; 190-210.
- Bertin, C. (2010). Corps en groupe—Corps groupal. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *163*, 36-49.
- Blanchet & Trognon. (2008). *La psychologie des groupes* (2e édition.). Armand Colin. 59-78.
- Blossier. (2002). *Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu*. Solal. 1-65.
- Bullinger, A. (2007). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *La vie de l'enfant*, 136-143.
- Burel, R. (2019). *La psychomotricité face aux particularités des émotions dans la schizophrénie* [Mémoire de psychomotricité]. Bordeaux.
- Canchy-Giromini. (2001). *Corps et paroles sur le corps* (Edition 2001.). Vernazobres-Grego. 130-145.
- Carbonnier, M. (2015). *Histoires d'hommes, histoires de schizophrènes : L'identité psychomotrice au service d'une identité pathologique* [Mémoire de psychomotricité]. Bordeaux.
- Caut, I. (2000). Image du corps et schizophrénie. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *123*, 40-50.
- Chamond, J. (1999). Le temps de l'illégitimité dans la schizophrénie Approche phénoménologique. *Evolution psychiatrique*, *64*(2), 323-336.
- Charazac, P. (2012). Chapitre 6. Le soutien par le corps. *Psychotherapies*, 105-120.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, *n° 17*(2), 81-102.
- Courberand, D. (2010). Les groupes thérapeutiques en psychomotricité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *163*, 88-95.
- Daléry, J., D'Amato, T., & Saoud, M. (2012). *Pathologies schizophréniques*. Lavoisier. 212-238.
- *Définition de IDENTITÉ*. (s. d.). CNRTL. https://www.cnrtl.fr/definition/identite
- *Définition de Psychose*. (s. d.). CNRTL. https://www.cnrtl.fr/definition/psychose
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (2e édition.). Grego.
- Dollander, M., & Tychey, C. de. (2010). Le stade œdipien. *Psycho Sup*, 109-124.
- Duprey, A. (2000). Le toucher dans la relation soignant-soigné. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *123*, 50-60.

- Durand, Y. (2015). *Bled Philosophie*. Hachette. 12-15 ; 161-163.
- Egry, M.-C. (2014). Le trouble de l'enfant devant le miroir. *Enfances Psy*, *N° 64*(3), 150-157.
- Elie, B. (2019). *Éprouvés corporels, éprouvés relationnels : De l'étayage corporel à l'investissement du corps, parcours en psychomotricité* [Mémoire de psychomotricité]. Bordeaux.
- Georgieff. (2004). *Qu'est-ce que la schizophrénie ?* Dunod. 7-50 ; 88-98.
- Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 253-264). Érès.
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances Psy*, *N° 76*(4), 51-60.
- Golse, B. (Éd.). (2015). 1—Développement affectif. In *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*. Elsevier Masson. 3-33.
- Goyena, A. (2006). Heinrich Racker ou le contre-transfert comme un nouveau départ de la technique psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, *Vol. 70*(2), 351-370.
- Goyty, M. (2014). *Du morcellement vers la réappropriation corporelle* [Mémoire de psychomotricité].
- Guénoun, T. (2016). Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale. *Adolescence*, *T. 34 n°1*(1), 117-128.
- Hervé, M.-J., & Maury, M. (2004). Le travail d'ajustement du thérapeute dans la co-construction d'une alliance avec les familles. *La psychiatrie de l'enfant*, *Vol. 47*(2), 491-510.
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, *Volume 2*(3), 185-194.
- Lemperière, Féline, & Adès. (2006). *Psychiatrie de l'adulte* (2e édition). Masson. 325-355.
- Leplat, F. (2010a). Le groupe : Autour de la marche. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *163*, 50-63.
- Leplat, F. (2010b). Psychomotricité de groupe : Espace de maturation tonico-émotionnelle. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *162*, 102-114.
- Lesage, B. (2009). Dynamique du groupe en danse-thérapie. *L'Ailleurs du corps*, 107-132.
- Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité : Soi et le groupe*. Dunod. 1-50 ; 83-119 ; 193-206.
- Marcelli. (2006). *Enfance et psychopathologie* (7e édition revue et complétée.). Masson. 20-42.
- Marcos, I. (2002). Corps vécu, corps réel : Redonner du lien quand le corps emmure. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *129*, 100-107.
- Martin, B., & Piot, M.-A. (2011). Approche phénoménologique de la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, *Volume 87*(10), 781-790.
- Missonnier, S. (2009). Identifications, projections et identifications projectives dans les liens précoces. *Le Divan familial*, *N° 22*(1), 15-31.
- Morin, C. (2013). 1. Le schéma corporel. *Psychanalyse*, 19-37.

- Mucchielli, A. (2009). *L'identité*. Presses Universitaires de France. 1-95.
- Nasio. (2008). *Mon corps et ses images*. Payot. 185-193.
- Pedinielli, J.-L., & Gimenez, G. (2009). *Les psychoses de l'adulte* (2e édition.). Armand Colin. 13-21 ; 70-98.
- Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps*. Dunod. 31-66 ; 125-140.
- Pollet Villard, L. (2012). *Schizophrénie et Psychomotricité : Le cas d'une U.M.D* [Mémoire de psychomotricité]. Toulouse.
- Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Éditions érès, ERES. 117-154 ; 357-381 ; 400-434.
- Pous, G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses : Des enveloppements aux massages*. Éditions l'Harmattan. 29-54 ; 137-138.
- *Recommandations HAS*. (2007). Guide affection de longue durée N°23. https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies
- Robert Ouvray, S. (2002). Le contre-transfert émotionnel dans la thérapie psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *132*, 62-67.
- *Schizophrénie*. (s. d.). Inserm - La science pour la santé.
- Scialom, Canchy-Giromini, & Albaret. (2015a). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1. Concepts fondamentaux*. De Boeck-Solal. 161-181 ; 201-233 ; 244-245 ; 287-294 ; 304-310
- Scialom, Canchy-Giromini, & Albaret. (2015b). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 2. Méthodes et techniques*. De Boeck-Solal. 137-164 ; 441-444.
- Tap, P., & Lecomte, J. (2016). Marquer sa différence. In *Identité(s)* (p. 46-50). Éditions Sciences Humaines.
- Thirant, N. (2010). La créativité dans le groupe thérapeutique : Expérience d'un atelier danse. *Thérapie psychomotrice et recherches*, *163*, 20-33.

Tables des matières :

Remerciements… ..... - 2 -
Introduction : ..... - 4 -
CHAPITRE 1 : LE CONCEPT D'IDENTITÉ ..... - 6 -
I. Qu'est-ce que l'identité ? : ..... - 6 -
1. Approche globale et définitions : ..... - 6 -
2. Approche théorique : ..... - 8 -
a) Psychologie et psychologie sociale : ..... - 8 -
b) Biologie : ..... - 9 -
c) Philosophie : ..... - 9 -
d) Phénoménologie : ..... - 10 -
e) Psychanalyse : ..... - 11 -
II. Construction identitaire : ..... - 11 -
1. Fondements identitaires dans le développement de l'enfant : ..... - 12 -
a) Naissance, interaction, relation : ..... - 12 -
b) Le stade du miroir : ..... - 13 -
c) Le concept de narcissisme : ..... - 14 -
d) Le complexe d'Œdipe : ..... - 15 -
2. Sentiment d'identité : ..... - 16 -
a) Sentiment de continuité de l'Être : ..... - 16 -
b) Sentiment de continuité temporelle : ..... - 17 -
c) Sentiment d'estime de soi : ..... - 17 -
d) Sentiment d'appartenance : ..... - 18 -
III. La corporéité à la base du sentiment d'identité : ..... - 19 -
1. La sensori-motricité dans l'élaboration de la pensée : ..... - 19 -
2. Axe et verticalité, supports d'une intériorité : ..... - 20 -
3. L'enveloppe corporelle : les limites entre le dedans et le dehors ..... - 20 -
4. Les représentations du corps : ..... - 21 -
a) Le schéma corporel : ..... - 21 -
b) L'image du corps : ..... - 22 -
CHAPITRE 2 : SCHIZOPHRÉNIE ET IDENTITÉ ..... - 24 -
I. Généralités sur les psychoses : ..... - 24 -
1. Définition : ..... - 24 -
2. Signes cliniques des psychoses : ..... - 24 -
3. Les psychoses de l'adulte : ..... - 25 -

4. Classifications internationales : ..... - 26 -
II. Un exemple de psychose de l'adulte, la schizophrénie : ..... - 27 -
1. Historique et définitions : ..... - 27 -
2. Étiologies : ..... - 28 -
a) Facteurs génétiques : ..... - 29 -
b) Facteurs environnementaux : ..... - 29 -
3. Sémiologie de la schizophrénie : ..... - 30 -
a) Les symptômes positifs : ..... - 30 -
b) Les symptômes négatifs : ..... - 31 -
c) La désorganisation : ..... - 32 -
4. Diagnostic et évolution : ..... - 33 -
5. Les principales formes cliniques selon la CIM 10 : ..... - 33 -
6. Approche thérapeutique multimodale : ..... - 34 -
a) Traitements médicamenteux : ..... - 34 -
b) Traitements non médicamenteux : ..... - 35 -
III. Répercussions identitaires dans la schizophrénie : ..... - 37 -
1. Un vécu corporel atypique : ..... - 37 -
- Un sentiment de perte de l'intégrité corporelle : ..... - 38 -
a) Inconsistance des limites du Moi-peau : ..... - 38 -
b) Les hallucinations et délires à thématiques corporelles : ..... - 39 -
c) Les angoisses schizophréniques : ..... - 40 -
- Sentiment d'étrangeté : ..... - 41 -
2. Les phases de crises aigues : ..... - 41 -
a) Atteinte de la conscience d'être soi : ..... - 41 -
b) Rupture des liens spatio-temporels : ..... - 42 -
CHAPITRE 3 : PSYCHOMOTRICITÉ ET IDENTITÉ ..... - 44 -
I. Une approche psychomotrice de l'identité : ..... - 44 -
1. L'identité de la pratique psychomotrice : ..... - 44 -
2. L'identité du psychomotricien : ..... - 45 -
a) La relation thérapeutique : ..... - 45 -
b) L'empathie : ..... - 46 -
c) Les concepts de transfert et contre-transfert : ..... - 47 -
3. Étayage relationnel dans le soutien identitaire en psychiatrie adulte : ..... - 49 -
a) Le dialogue tonico-émotionnel : ..... - 49 -
b) La fonction alpha : ..... - 50 -
c) Holding psychomoteur : ..... - 50 -

d) La médiation en psychomotricité, un exemple d'outil thérapeutique : .....- 51 -
II. Troubles psychomoteurs dans la schizophrénie :.....- 53 -
1. Schéma corporel et image du corps : .....- 54 -
2. Tonus et ajustement postural :.....- 55 -
3. Espace et temps :.....- 57 -
4. Mouvements anormaux : .....- 57 -
5. Motricité globale et coordinations : .....- 58 -
6. Ralentissement psychomoteur :.....- 58 -
III. Le groupe thérapeutique en psychomotricité : .....- 59 -
1. Définitions : .....- 59 -
a) Le groupe thérapeutique :.....- 59 -
b) Le groupe en psychomotricité : .....- 59 -
2. Cadre thérapeutique : .....- 60 -
3. La dynamique de groupe : .....- 62 -
4. Le groupe et sa dynamique identitaire :.....- 63 -
a) La communication : .....- 63 -
b) L'indifférenciation groupale : .....- 64 -
c) Les phénomènes identificatoires dans le groupe : .....- 65 -
5. Les limites du groupe :.....- 66 -
CHAPITRE 4 : PRATIQUE PSYCHOMOTRICE .....- 68 -
I. Présentation service psychiatrique : .....- 68 -
1. La structure d'accueil de jour : .....- 68 -
2. Ma place de stagiaire :.....- 69 -
3. Place spécifique de la psychomotricité au sein de l'institution :.....- 70 -
II. Le groupe d'improvisation théâtrale : .....- 71 -
1. Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale : .....- 71 -
2. Cadre thérapeutique et dispositif :.....- 73 -
3. Contenu et déroulé des séances :.....- 73 -
III. Étude de cas - Monsieur B. : .....- 74 -
1. Première rencontre avec Mr B. : .....- 74 -
2. Anamnèse et parcours de soin en psychiatrie :.....- 75 -
3. Observations psychomotrices : .....- 76 -
a) Rituel et vérification : .....- 76 -
b) Tonus et motricité globale :.....- 77 -
c) Schéma corporel et image du corps : .....- 77 -
d) Espace et temps :.....- 78 -

e) Émotions : ..... - 79 -
f) Ralentissement psychomoteur : ..... - 79 -
4. Prise en charge et objectifs de soins à l'HdJ : ..... - 80 -
5. Bilan de la prise en charge : ..... - 83 -
Conclusion : ..... - 84 -
Bibliographie : ..... - 86 -
Tables des matières : ..... - 89 -
Annexes : ..... - 93 -
- Annexe 1 : Critères DSM V ..... - 93 -
- Annexe 2 : Dessin de Mr B. ..... - 95 -

Annexes :

- Annexe 1 : Critères DSM V

La schizophrénie fait partie de la catégorie *« Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques »* du DSM V. Il y est détaillé six critères diagnostics essentiels concernant cette pathologie. Ce sont les suivants :

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). 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

B. Durant une période significative de temps depuis la survenue du trouble, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines majeurs tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels est nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue du trouble (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans 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 six mois. Pendant cette période de six mois, les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

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

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est posé que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

- <u>Annexe 2</u> : Dessin de Mr B.