



HAL
open science

Le corps sur le devant de la scène : approche de la conscience corporelle en psychomotricité auprès de personnes atteintes de schizophrénie dans un groupe de théâtre d'improvisation

Johanna Aupy

► **To cite this version:**

Johanna Aupy. Le corps sur le devant de la scène : approche de la conscience corporelle en psychomotricité auprès de personnes atteintes de schizophrénie dans un groupe de théâtre d'improvisation. Psychologie. 2023. dumas-04308950

HAL Id: dumas-04308950

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04308950>

Submitted on 27 Nov 2023

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 Universitaire des Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

LE CORPS SUR LE DEVANT DE LA SCÈNE

Approche de la conscience corporelle en psychomotricité auprès de
personnes atteintes de schizophrénie dans un groupe de théâtre
d'improvisation.

AUPY Johanna

Née le 05 Janvier 2000 à Pessac (33)

Mai 2023

Nom du directeur de Mémoire : Philippe Larrouy

Remerciements

Merci à Isabelle, ma maîtresse de stage, pour son écoute, sa bienveillance, ses conseils et son accompagnement tant dans ma pratique à l'Hôpital de jour que dans ma réflexion sur ce mémoire tout au long de l'année.



Merci aux patients de l'Hôpital de jour sans qui ce mémoire n'aurait pas pu être possible. Merci pour leur confiance, leur implication et leur sincérité.



Merci à Sophie, également ma maîtresse de stage, pour le partage d'expériences et la place accordée au sein des séances à son cabinet. Merci pour le temps accordé et les échanges dont sa pensée m'a inspirée dans ma réflexion et ma construction de future psychomotricienne.



Merci à mes anciennes maîtresses de stage, Audrey et Aude, pour le partage de leurs passions et la transmission précieuse de savoir et d'expériences qui m'enrichissent pour ma pratique. Merci à Philippe, maître de mémoire.



Merci à l'ensemble des professionnels de l'institut de formation en psychomotricité pour la qualité de l'enseignement durant ces trois années de formation. Merci aux camarades de promotion pour ces années inoubliables.



Merci à mon entourage pour leur présence précieuse. Un grand merci à mon groupe d'amis et mes colocataires pour leur rire, leur soutien indéfectible et leur douceur. Un remerciement particulier pour Matthis pour son écoute attentive, sa tendresse et ses encouragements.



Oeuvre d'Aloïse Corbaz réalisée durant son hospitalisation en psychiatrie pour schizophrénie.

Aloïse Corbaz, "Napoléon III à Cherbourg", entre 1952 et 1954, Art Brut, crayon de couleur et suc de géranium sur feuilles de papier cousues ensemble, 164 x 117 cm, © crédit photographique Collection de l'Art Brut, Lausanne

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	4
Introduction.....	5
I. La schizophrénie.....	7
A. Présentation.....	7
B. Clinique.....	9
II. Conscience corporelle et schizophrénie.....	24
A. Qu'est-ce que la conscience corporelle?.....	24
B. La perception du corps dans la maladie.....	33
III. La médiation théâtre comme support du psychomotricien : clinique et lien théorique.....	49
A. Présentation de l'institution.....	49
B. La médiation thérapeutique et corporelle en psychomotricité.....	51
C. Le regard de la psychomotricité sur la médiation du théâtre d'improvisation en psychomotricité.....	52
D. Etude de cas : Monsieur H.....	71
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	81
Sitographie.....	86
Annexe.....	87
Table des matières.....	90

Introduction

Au cours de ces trois années de formation à la psychomotricité, j'ai appris à porter un nouveau regard sur mon propre corps. Les cours de pratique nous invitent à poser la lumière de la conscience sur notre corps. Elle engage un travail sur soi-même, primordial pour notre futur travail de soignant. En effet, le psychomotricien s'engage corporellement dans ses prises en charge nécessitant sa disponibilité et une construction de sa conscience corporelle.

C'est avec ce regard neuf que durant ma troisième année, j'ai désiré me tourner vers un stage en psychiatrie adulte. Je voulais apprendre à connaître ce public si singulier ainsi que les spécificités d'une prise en charge d'adultes. Mon stage s'est déroulé au sein d'un hôpital de jour (HDJ). Ce lieu a un parti pris dans son projet de soin : proposer uniquement de la prise en charge de groupes sous forme d'ateliers. J'ai assisté à plusieurs ateliers comme l'écoute musicale, l'affirmation de soi et le théâtre d'improvisation.

Pendant l'atelier théâtre d'improvisation, deux patients ont attiré mon regard. Ils étaient de ceux dont le corps semblait s'imposer à eux-mêmes et aux autres, un corps qui prend trop de place, qui interpelle, qui se traîne. Ils avaient un discours dévalorisant, illustrant leur manque de confiance. Je me suis penchée sur leur dossier, sur la ligne du diagnostic apparaît pour eux deux : schizophrénie paranoïde. J'ai immédiatement pensé à cette phrase de Georges Pous qui prenait alors tout son sens : « Je pense que le corps est le grain de sable qui fait grincer les rouages de la psychose » (51 p 73) Il est fréquent de remarquer dans la schizophrénie des préoccupations corporelles excessives ou à l'inverse un oubli total du corps. Les schizophrènes semblent dépossédés de leur propre corps, en proie aux angoisses et aux assauts de la maladie. Cette maladie s'inscrit et laisse une trace dans le corps qui est vécu comme morcelé et éclaté. Elle devient, par son impact, une pathologie de l'existence. Le trouble du spectre de la schizophrénie est la 8ème cause d'incapacité chez les 15-44 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Je me suis alors questionnée sur cette pathologie, objet de stigmatisation et de méconnaissance dans la société. Ma réflexion m'a amenée à me questionner sur la manière dont le psychomotricien pouvait accompagner et prendre en charge ce

public et ses problématiques. Comment le psychomotricien aide le schizophrène à avoir un sentiment d'unité corporelle et le revalorise narcissiquement ? Comment le psychomotricien peut harmoniser le vécu corporel par la médiation d'un atelier ?

A l'HDJ, je pouvais observer ces deux patients seulement pendant l'atelier théâtre d'improvisation et les temps de café et de repas. Cela a orienté ma réflexion vers la médiation théâtre d'improvisation comme support de la prise en charge. Le théâtre est une forme de jeu, c'est un art de la représentation, il est souvent utilisé dans le milieu du soin dans un objectif thérapeutique. Le jeu est une base de travail ludique du psychomotricien pour travailler l'ancrage, le mouvement et l'imagination. Ma vision du théâtre est enrichie par ma pratique personnelle ainsi que les cours pratiques dispensés durant la formation à la psychomotricité. Durant ces temps de pratique, je me suis questionnée sur les sensations corporelles que j'avais pendant les représentations. C'est à partir de ces questionnements que le déroulé de mon mémoire a commencé à se construire.

Comment la psychomotricité par la médiation du théâtre d'improvisation peut soutenir la conscience corporelle chez un public schizophrène?

J'en suis arrivée à la conjecture qu'en engageant le corps dans la médiation théâtre d'improvisation le psychomotricien offre un espace sécurisé et une présence contenante, structurante, pour explorer la conscience corporelle permettant l'harmonisation des vécus corporels et de redonner au corps sa place d'instrument de compréhension du monde et d'interaction.

En m'appuyant sur mon étude de cas clinique et des vignettes cliniques, je présenterai dans un premier temps la schizophrénie et les possibilités de prise en charge.

Dans un second temps, je développerai la théorie sur la conscience corporelle. J'exposerai également l'impact de la maladie sur la conscience corporelle.

Pour finir, je présenterai mon lieu de stage et une partie sera dédiée à la médiation du théâtre d'improvisation en psychomotricité, elle sera mise en lien avec les notions théoriques développées précédemment pour ensuite développer une partie clinique sur mon étude de cas.

I. La schizophrénie

A. Présentation

1. Historique

Un des plus anciens troubles psychiatriques connus est la schizophrénie. Des cas décrits par Arétée de Cappadoce, médecin grec du 1er siècle après J-C. évoquent des symptômes et caractéristiques typiques que nous avons de nos jours dans la schizophrénie. Notamment des descriptions comme : « Il y en a d'autres dont la folie roule sur certaines idées extravagantes, comme celui s'imaginant être de brique, n'osant boire de peur de se détremper ; un autre se croyant être un vase avait la plus grande frayeur de tomber, de peur de se briser. [...] d'autres enfin fuient dans la solitude et s'entretiennent avec eux-mêmes. » (17 p7) Cependant, durant l'Antiquité, aucune différenciation n'est faite entre le somatique et le mental. En effet, la santé mentale est intimement liée à la beauté du corps, ce dernier doit être entretenu pour s'harmoniser avec l'âme.

Au Moyen Age, la religion influence grandement les conceptions autour de la santé mentale et elle est rapidement associée à une possession démoniaque ou un péché capital.

Philippe Pinel, considéré comme le père de la psychiatrie, décrit différents types de maladie : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme. Il défend que les personnes considérées comme "folles" à cette époque ont le droit à des soins.

Bénédict Augustin Morel recourt au terme de "démence précoce" en 1860 dans son *Traité des maladies mentales* où il décrit un groupe de cas présentant une détérioration des fonctions cognitives et comportementales avec une apparition précoce dans l'adolescence.

Wilhelm Griesinger décrit en 1861 des patients ayant un état dépressif amenant à des délires et des soliloques. Ces descriptions l'amènent à poser l'existence d'une "psychose unitaire" évoluant par stades de symptômes dépressifs croissant vers des symptômes schizophréniques.

Karl Ludwig Kahlbaum repère la catatonie en 1874 comme une forme de démence précoce, aujourd'hui un ancêtre théorique de la schizophrénie. Il parle de "folie de la tension musculaire". C'est son collègue Ewald Hecker qui, à partir de ses idées, va systématiser en 1871 l'hébéphrénie. Son nom est en référence à la déesse grecque de la jeunesse : Hébé car d'après lui, cette maladie est liée à l'entrée dans la puberté.

Emil Kraepelin est le premier à poser le terme de "dementia praecox" (démence précoce), prémice du concept de schizophrénie en tant qu'entité diagnostique définie. Il décrit trois formes : la catatonie, l'hébéphrénie et la paranoïa. Selon lui, la démence précoce concerne tous les états pathologiques caractérisés par l'atteinte profonde de la vie affective et de la volonté avec une évolution progressive vers un affaiblissement de la personnalité déficitaire. Il différencie cette pathologie de la "folie maniaco-dépressive", ce qui permettra une grande évolution des méthodes de classification diagnostique.

Il faudra attendre 1908 pour voir apparaître le terme schizophrénie, proposé par Eugen Bleuler. Ce terme vient de "schizen" traduit par fendre en grec et de "phren" signifiant diaphragme mais aussi âme en grec. Bleuler souligne la scission dans le fonctionnement psychique caractéristique de cette pathologie. Il scinde les symptômes en deux catégories : les fondamentaux et les accessoires. Selon lui, « Les symptômes fondamentaux reflètent la désintégration de la vie psychique et la perte d'unité de la personnalité » (17 p10), ils correspondent à la perturbation des associations des idées, du cours de la pensée, à l'ambivalence et aux perturbations de l'affectivité et à l'autisme. Les symptômes accessoires sont les hallucinations et les délires en réaction à la maladie et seraient passagers malgré leur manifestation facilement repérable.

De nos jours, la schizophrénie a fait l'objet de nombreuses études, son épidémiologie, son étiologie, sa sémiologie et les critères de diagnostic ont clairement été définis en fonction des différentes formes possibles de cette pathologie.

2. Epidémiologie

Selon l'OMS, plus de 24 millions de personnes sont atteintes de schizophrénie dans le monde. Le sex ratio est de 1,4 hommes pour 1 femme. L'incidence est de 1 sur 10 000 par an, l'entrée dans la maladie a lieu généralement autour de 15-30 ans avec un début précoce chez les hommes. Dans le monde, plus de deux patients sur trois ayant une psychose ne sont pas pris en charge pour des soins de santé mentale spécifiques malgré la connaissance de chronicité de cette pathologie qui engendre un handicap psychique non négligeable. Ce handicap invalidant a un impact dans tous les domaines de la vie du sujet allant de la vie personnelle, familiale, aux relations sociales jusqu'à la vie professionnelle. En effet, près de 80% des personnes ayant une schizophrénie sont sans activité professionnelle. Elles font l'objet de discriminations, de stigmatisations et constituent un facteur majeur de désocialisation et de précarité.

Dans cette population, le risque de décès est multiplié par deux à trois comparé à la population générale. Cette multiplication est en partie due au risque de passage à l'acte suicidaire, aux pathologies somatiques associées comme les troubles cardio-vasculaires mais aussi aux comorbidités comme les addictions. Cependant il est important de préciser qu'une rémission partielle ou complète des symptômes est possible.

B. Clinique

1. Etiologie

A ce jour, aucune cause unique de la schizophrénie n'a été mise en évidence. Son étiologie est multifactorielle, elle serait due à l'interaction entre des facteurs génétiques de vulnérabilité, neurophysiologiques, environnementaux et psychosociaux. L'action toxique d'une substance, comme le cannabis, constitue aussi un fort risque de schizophrénie.

A propos des facteurs génétiques, plusieurs études ont montré l'existence d'une forte concentration de personnes atteintes de schizophrénie au sein d'une

famille, en particulier chez les sujets ayant un lien de parenté au premier degré qui multiplie le risque par dix. Il augmente également avec le nombre de personnes atteintes dans la famille. Il semblerait qu'un gène en particulier ne soit pas la cause de la schizophrénie, il s'agit d'un ensemble de gènes héréditaires dont les mutations augmentent le risque. Des études sur les jumeaux montrent un taux de concordance estimé entre 40 et 50% chez les jumeaux monozygotes, elles permettent l'estimation de l'héritabilité de la schizophrénie autour de 80%.

Suite à des études sur l'imagerie cérébrale, le rôle des facteurs neurophysiologiques est mis en évidence. Les imageries permettent de constater un défaut d'activation du cortex frontal et préfrontal dorsolatéral chez un groupe de sujets atteints de schizophrénie en comparaison avec un groupe de sujets sains. Il est également observé des troubles dans les régions sous-corticales du cerveau. Des interactions complexes par inhibition réciproque se font avec les régions corticales ce qui va influencer leur fonctionnement mutuel. Les observations durant des épreuves de mémoire montrent aussi une anomalie fonctionnelle des zones pariétales et temporales.

Sur le plan neurobiologique, la schizophrénie est en partie liée à un dysfonctionnement des neuromédiateurs, notamment du système dopaminergique. Les symptômes positifs (hallucination, délire) de la maladie sont dus à une hyperactivation de la voie mésolimbique entre le système limbique et le tronc cérébral. Les symptômes négatifs, quant à eux, sont associés à une hyperactivation de la voie méso-corticale au niveau frontal, qui entraîne également des troubles cognitifs tels que des problèmes de mémoire et d'attention.

Pour finir, les facteurs environnementaux et psychosociaux ont un rôle prépondérant dans l'apparition de la schizophrénie. Grandir dans un milieu socio-économique défavorisé est un facteur de risque de schizophrénie, cependant, le fait d'être né dans une agglomération urbaine présente un risque plus élevé que d'être né dans un milieu rural. Il existe un facteur de risque obstétrical lié à la grossesse ou l'accouchement. En effet, il est connu que la période anténatale est une période critique au vu de la vulnérabilité de cette pathologie. L'incidence de la maladie est augmentée lors de l'exposition à des carences nutritionnelles durant la

période du gestation, l'exposition prénatale à des agents infectieux, les facteurs immunologiques (incompatibilité rhésus). Elle est aussi augmentée en cas de complications obstétricales comme la prématurité, la rupture précoce des membranes et l'hypoxie foetale. En présence d'une vulnérabilité à développer une schizophrénie, si un sujet consomme des substances toxiques et illicites en trop grande quantité, cela peut être un facteur précipitant, révélateur ou aggravant de cette maladie.

Les réflexions sur les causes de la schizophrénie progressent au fil du temps. Elles s'orientent vers une vision plus dynamique autour des interactions entre les facteurs génétiques, neurophysiologiques et environnementaux. Une hypothèse est posée sur une transmission multifactorielle et polygénique à seuil. Si les interactions entre les facteurs environnementaux et génétiques dépassent le seuil de "susceptibilité", le sujet va développer une schizophrénie.

2. Sémiologie

La clinique de la schizophrénie est très hétérogène, ce qui pousse certains auteurs à parler des schizophrènes et non de la schizophrénie. Comme vu précédemment, la schizophrénie débute généralement autour de 15-35 ans. Dans certains cas, elle peut débuter de manière plus précoce ou tardive. Il y a deux formes d'entrée dans la maladie :

- le **mode d'entrée brutale** par un épisode délirant aigu. Il représente 50% des cas d'entrée dans la pathologie. Les symptômes positifs sont souvent au premier plan et à l'origine d'une intervention psychiatrique relativement rapide.
- le **mode d'entrée insidieux** avec l'apparition progressive de symptômes durant des années. Dans ce cas, l'entrée va se faire en plusieurs phases :
 - La phase prodromique : le sujet ne présente pas de symptômes francs, une légère diminution des capacités cognitives peut apparaître ainsi qu'une apparition de symptômes négatifs.

- la phase prodromique avancée avec le début de la désorganisation de la pensée et un retrait social, voire un isolement, qui peuvent être couplés à de la méfiance ou de l'irritabilité.
- la phase précoce de la psychose : il s'agit souvent d'une période avec des symptômes positifs sévères et une forte désorganisation.
- la phase intermédiaire : peut être irrégulière avec des périodes d'aggravation et de rémission ou continue.
- la phase tardive : dépend de l'évolution de la maladie qui peut se stabiliser, s'exacerber ou diminuer.

La schizophrénie est associée à une triade symptomatique avec les symptômes positifs, les négatifs et la désorganisation. Des symptômes cognitifs sont souvent associés, néanmoins l'expression clinique de la maladie est hétérogène d'un patient à un autre dont il résulte différentes formes cliniques.

a) Les symptômes positifs

Les **symptômes positifs** sont les manifestations supplémentaires et éclatantes des comportements habituels du sujet. Ils se caractérisent par un excès qui se manifeste sous la forme d'idées délirantes ou d'hallucinations.

Les **hallucinations** peuvent être définies comme « phénomènes psychiques par lesquels un sujet en état de veille éprouve des perceptions ou des sensations sans qu'aucun objet extérieur ne les fasse naître et qui apparaissent au cours de certaines maladies ou sous l'effet de la drogue. ». Ces perceptions sensorielles sont olfactives, gustatives, tactiles, cénesthésiques (sensations physiques douloureuses), visuelles ou encore auditives.

Les hallucinations acoustico-verbales (HAV) sont les plus fréquentes, elles sont généralement à caractère négatif comme le soulignait Henri Ey de "trilogie du mépris, de l'injure et de la calomnie". Plus rarement, les hallucinations sont positives

et non invalidantes. Les contenus agressifs et critiques des hallucinations peuvent conduire le patient à commettre des actes d'auto ou d'hétéro-agression. Ces hallucinations sont extrêmement intrusives, invalidantes et peuvent être continues, ce qui rend la vie de la personne affectée difficile, voire impossible.

- Monsieur G, 53 ans, a des hallucinations intrapsychiques et acoustico-verbales avec la voix d'un légionnaire persécutant, lui ordonnant des actions comme un passage à l'acte auto-agressif. Il a partagé le fait que ces hallucinations lui donnent un sentiment de perte d'intimité dans sa tête, elles entravent son quotidien et son relationnel.
- Madame N, 50 ans, a des hallucinations de type "musique rythmique" permanente qu'elle qualifie elle-même de "petite musique dans sa tête". Elles sont non invalidantes et bien critiquées par la patiente.

Les hallucinations sont aussi liées à l'état de conscience du patient. Ainsi, de nombreuses hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques sont remarquées. Il existe également des hallucinations qui ne sont pas seulement sensorielles, ce sont les hallucinations intrapsychiques se manifestant sous la forme de pensées imposées, de vol de la pensée avec une disparition brusque des pensées, la résonance pathologique de la pensée par exemple.

Les **idées délirantes** sont très répandues chez les patients atteints de schizophrénie, touchant jusqu'à 90 % d'entre eux. Les délires peuvent être définis comme des altérations profondes du psychisme et de la personnalité, n'entraînant pas forcément l'abolition de la conscience, et caractérisées par de fausses interprétations ou de fausses perceptions. Elles se caractérisent par une altération du contact avec la réalité et se manifestent par des croyances qui ne sont partagées que par la personne elle-même. Dans la schizophrénie, le délire est mal organisé et peu systématisé, avec une adhésion totale du patient à ses croyances délirantes. Les idées délirantes se distinguent en fonction des thèmes, des mécanismes, des systématisations, de l'adhésion et de leur organisation. Ces croyances portent sur différents thèmes tels que la persécution, le mysticisme, la mégalomanie et les idées de référence. Les thèmes varient en fonction de chaque personne, il n'existe pas de

thème spécifique à la schizophrénie et elles peuvent être polymorphes (concerner plusieurs thèmes).

- Madame I, 45 ans, a des idées délirantes de persécution autour de son téléphone fixe chez elle que ses voisins utiliseraient pour l'écouter. Elle semble adhérer complètement au délire et ne le critique pas.
- Monsieur G, vu précédemment, est délirant polymorphe (plusieurs thèmes). Il a des idées délirantes de référence, il pense que les messages des multimédias lui sont adressés comme une affiche de film avec un baiser qu'il pense être dirigé pour lui. Il a aussi autour du thème du mysticisme avec la religion ainsi que des idées délirantes de persécution par les passants dans la rue qui voudraient lui porter atteinte. Monsieur G parvient à critiquer certains de ses délires et interpeller les soignants pour l'aider à y mettre de l'ordre.

Le délire est alimenté par différents mécanismes, processus fondamentaux, tels que l'interprétation erronée de la réalité, la production d'éléments hallucinatoires ou encore la fabrication d'histoires imaginaires. Le mécanisme interprétatif est particulièrement courant chez les patients atteints de schizophrénie.

La systematisation du délire est définie comme le degré de cohérence de celui-ci. Lorsque le délire est bien systématisé, il apparaît comme cohérent et les différents éléments qui le composent s'articulent de manière organisée. En revanche, lorsque le délire est mal systématisé, il n'y a aucune cohérence entre les différents éléments.

Les idées délirantes ont des répercussions importantes sur le plan émotionnel, affectif et comportemental de la personne. Particulièrement lorsque le patient a une adhésion totale à son propre délire et ne parvient pas à le critiquer. Elles peuvent entraîner de l'anxiété, de la dépression, de l'agitation ou pousser la personne à s'isoler. Elles sont donc très invalidantes pour les patients concernés.

b) Les symptômes négatifs

Les **symptômes négatifs** se caractérisent par des manifestations de déclin des fonctions cognitives habituelles. Ces symptômes sont signalés comme particulièrement invalidants, d'autant plus qu'ils sont souvent persistants et résistants aux traitements.

Sur le plan affectif, ces symptômes se manifestent notamment par un émoussement des affects, une diminution des expressions faciales, une intonation de voix monotone, une amimie et une anhédonie.

Au niveau cognitif, on observe des troubles du langage comme l'alogie qui est un trouble du langage qui peut prendre différentes formes telles qu'une absence d'idées, un appauvrissement du discours devenant ainsi peu informatif avec un manque de spontanéité, des réponses brèves, des interruptions brusques de la conversation ou un retard important avant de répondre à une question.

Sur le plan comportemental, les patients atteints de schizophrénie rencontrent des difficultés pour effectuer des tâches de la vie quotidienne. Ces difficultés concernent la planification et l'entreprise actions comme l'avolition allant jusqu'à l'apragmatisme, l'aboulie et une diminution des interactions sociales, illustrée par un retrait social et un désintérêt pour le monde environnant. Il peut également y avoir une négligence de soi, se traduisant par une incapacité à prendre soin de soi allant jusqu'à l'incurie.

c) La désorganisation

La **désorganisation** comprend des symptômes comme l'altération du cours de la pensée et du discours, une altération du comportement et des émotions.

Sur le plan cognitif, l'altération de la pensée va amener à un discours diffluent, désorganisé, caractérisé par une absence de thème clair et une fluidité altérée, avec des arrêts soudains et inexplicables, appelés barrages. Ce symptôme est souvent associé à un ralentissement global de la pensée, appelé "fading mental",

qui donne une impression d'absence ou d'étrangeté chez le patient. La logique du raisonnement est souvent paralogique, basée sur un postulat de départ erroné, un néologisme ou est d'un rationalisme morbide avec des explications farfelues, irréelles. Il y a souvent des illogismes avec des ambivalences dues à des campements sur des positions ou des pensées non abouties. Il est fréquent d'observer un manque d'accès au second degré et au symbolisme lors de discussions ce qui rend compte de l'altération de la capacité d'abstraction.

La discordance idéo-affective est également présente, avec une expression émotionnelle inadaptée à la situation comme des rires immotivés et des sourires inadaptés.

Sur le plan comportemental, des maniérismes et un théâtralisme peuvent être observés, avec des mouvements exagérés, des postures inappropriées et des étrangetés du comportement dont des comportements régressifs, une agitation sans objectif, des bizarries. Dans les cas les plus extrêmes, les patients peuvent présenter un syndrome catatonique, caractérisé par une catalepsie, un négativisme, des stéréotypies motrices et verbales ainsi qu'une réduction des mouvements et des interactions sociales.

d) Les troubles cognitifs

Les **troubles cognitifs** ne font pas partie de la triade des symptômes de la schizophrénie, mais ils sont fréquents et invalidants, touchant environ 70 à 80% des patients. Bien qu'ils ne soient pas spécifiques à la schizophrénie, il est important de les prendre en compte car ils peuvent affecter la mémoire épisodique, l'attention, la vitesse de traitement et les fonctions exécutives telles que la planification, l'autorégulation et l'inhibition.

Ces troubles peuvent également majorer les symptômes positifs suite à l'incompréhension des intentions l'autre ou aggraver les symptômes négatifs en poussant la personne à se retirer.

La schizophrénie entraîne une altération des fonctions les plus fondamentales de la conscience de soi et de l'autonomie, ce qui peut avoir des répercussions importantes sur les plans personnel, social et professionnel. Par conséquent, il est crucial d'identifier et de prendre en charge cette pathologie le plus tôt possible.

3. Les formes cliniques

La Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes version 10 (CIM-10) répertorie six formes de schizophrénies :

- **La schizophrénie paranoïde (F20.0)** : est la forme la plus productive sur le plan symptomatique. L'activité délirante est prévalente, souvent de l'ordre de la persécution, avec de nombreuses hallucinations sensorielles et intrapsychiques. Elle arrive plus tardivement que les autres formes mais répond généralement bien aux traitements médicamenteux. Elle s'installe souvent suite à un épisode délirant aigu.
- **La schizophrénie hébéphrénique (F20.1)** : est marquée par la prédominance de la désorganisation, plus particulièrement la perturbation des affects. C'est une forme à début précoce en raison des symptômes négatifs importants qui débute dès l'adolescence. Il est fréquent d'observer des maniérismes ainsi que des humeurs superficielles et inappropriées avec un discours incohérent. Cette forme est de mauvais pronostic et répond mal aux traitements.
- **La schizophrénie catatonique (F20.2)** : est caractérisée par d'importantes perturbations psychomotrices comme une catalepsie, des écholalies et échopraxies, une flexibilité cireuse, des épisodes d'agitation extrême, soudaine et incontrôlable, une hyperkinésie ou au contraire une stupeur... Sur le plan comportemental, il est retrouvé un fort négativisme, un oppositionnisme ou encore un refus. Les hallucinations y sont très intenses, les passages à l'acte auto ou hétéro-agressif sont plus fréquents. Son évolution est périodique.
- **La schizophrénie indifférenciée (F20.3)** : répond aux critères diagnostiques cependant elle ne correspond à aucune des formes

décrites précédemment ou y répond simultanément sans prédominance.

- **La schizophrénie résiduelle** (F20.5): 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)
- **La schizophrénie simple** (F20.6) : est caractérisée par une installation discrète et progressive des bizarreries et une diminution des performances. Les symptômes négatifs sont au premier plan.

Ces formes cliniques sont de moins en moins utilisées à ce jour, elles ne sont pas inscrites dans la dernière version du DSM V. Il me semble pertinent de tout de même les décrire car elles restent utilisées par certains psychiatres et rendent compte de l'hétérogénéité de la schizophrénie.

4. Les critères diagnostiques

Les outils de diagnostiques sont multiples. D'après la dernière et cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-V), qui est une des classifications les plus utilisées. J'ai fait le choix de mettre ces critères en Annexe 1 de ce mémoire.

5. Les comorbidités

Il paraît pertinent de préciser qu'il est rare de rencontrer des patients ayant une schizophrénie isolée, sans association à d'autres troubles psychiatriques, somatiques ou d'addictions. Il est essentiel de saisir la complexité des diagnostics

en psychiatrie avec leurs comorbidités pour avoir une approche plus holistique des patients afin de garantir une prise en charge adaptée.

Les comorbidités psychiatriques avec la schizophrénie sont récurrentes. Suite à des études, il est connu que la prévalence du trouble du stress post-traumatique (TSPT) chez des personnes ayant une schizophrénie est autour de 30%. Cependant il reste difficile de diagnostiquer un TSPT après le diagnostic d'une schizophrénie, en effet il est délicat de différencier les reviviscences et les flashback des hallucinations qui peuvent parfois se ressembler. La mortalité et le risque suicidaire sont accru en cas de TSPT associé à une schizophrénie. Les troubles cognitifs de la schizophrénie, comme les troubles de la mémoire, sont nettement aggravés avec une "mortification du moi".

Une influence réciproque s'effectue entre les hallucinations et l'anxiété. Elle est majorée par la faible estime de soi du sujet. En effet, on observe une diminution du déclenchement des hallucinations lorsque l'anxiété est abaissée et une diminution claire du niveau d'anxiété quand les hallucinations sont moins présentes. Un effet similaire est constaté entre l'anxiété et les délires : "le contenu des idées délirantes reflète l'état émotionnel de l'individu. L'anxiété serait un phénomène majeur dans la formation d'idées délirantes de persécution." (ref article)

Une prévalence de 10 à 45% a été trouvée, suite à des études standardisées, pour les troubles obsessionnels compulsifs dans une population de personnes ayant une schizophrénie.

Monsieur G présente également un trouble obsessionnel compulsif persistant et envahissant. Il s'agit de vérification et d'hygiène. Durant l'atelier théâtre d'improvisation, il se lève très régulièrement pour aller aux toilettes se laver les mains. Ceci l'empêche d'assister à toutes les improvisations de ses partenaires de jeu néanmoins lors de ses passages il parvient à ne pas quitter la salle. Lorsque les toilettes sont inaccessibles, Monsieur G se montre particulièrement inquiet. Ce rituel de vérification affecte le quotidien et le rapport à son propre corps vécu comme le siège des impuretés et de possible contamination du patient.

Les comorbidités avec le trouble d'usage avec abus de substance sont fréquentes, la prévalence de dépendance à la cocaïne est trois fois plus élevée chez les schizophrènes que dans la population générale qui est connue pour aggraver les symptômes de la maladie. Le cannabis reste la substance la plus consommée dans cette population à risque et "le cannabis peut être un facteur d'entrée plus précoce dans la maladie, avec un taux de rechute plus marqué, une sévérité des troubles psychotiques, une moindre adhésion aux soins, et une augmentation des rechutes" d'après la Fédération Française de Psychiatrie (2003).

Les comorbidités somatiques sont aussi très fréquentes comme des soucis cardio-vasculaire (diabète, obésité), des soucis gastriques et digestifs (infarctus mésentérique, occlusion intestinale etc).

6. Les traitements et les prises en charge possibles

Comme vu dans les précédentes parties, la schizophrénie est une pathologie complexe par ses différentes formes et ses symptômes, son étiologie multifactorielle et ses comorbidités qui sont propres à chaque patient. Elle nécessite donc une prise en charge globale, pluridisciplinaire, continue et spécifique aux problématiques du patient afin de lui garantir le meilleur suivi possible et améliorer sa qualité de vie.

Les traitements médicamenteux sont principalement les antipsychotiques et les neuroleptiques. Dans un premier temps, durant la phase précoce de la psychose, souvent la période la plus aiguë d'un point de vue symptomatique, des traitements aigus sont prescrit pendant un temps prédéfini. Ils ont pour objectif d'arrêter cette phase, d'agir sur les symptômes négatifs et les symptômes positifs en limitant voir les faire disparaître. Ils sont souvent en complément d'une **hospitalisation** pour garantir une bonne observance des thérapeuthiques.

Les **antipsychotiques** de première intention sont généralement des antipsychotiques de seconde génération comme l'olanzapine (zyprexa), la quétiapine (xeroquel), la clozapine (leponex), l'aripiprazole (abilify), le rispéridone (risperdal) et l'amisulpride (solian). Ces nouveaux antipsychotiques montrent une

efficacité plus limitée mais engendrent moins d'effets secondaires que les antipsychotiques conventionnels. Ils sont prescrit à la suite de bilan préthérapeutique comprenant un électro encéphalogramme, une pesée, un calcul de l'indice de masse corporelle, une prise du taux de cholestérol, du triglycéride et de la glycémie.

Les **neuroleptiques** sont en deux catégories, les atypiques et les typiques. Ils vont agir mutuellement sur le système de neurotransmetteur du cortex. Ils vont avoir un effet immédiat sur les symptômes positifs, réduire l'agressivité et l'agitation ainsi que prévenir les risques de rechute.

Des **anxiolytiques et antidépresseurs** sont fréquemment prescrit aussi, après la phase aiguë, afin d'agir sur les troubles associés comme une dépression post-psychotique pour éviter les passages à l'acte.

Ces traitements médicamenteux engendrent de nombreux **effets secondaires** non négligeables. Les effets indésirables extrapyramidaux peuvent créer des dyskinésies tardives avec des spasmes et des raideurs articulaires. Sur le plan moteur, ils engendrent dans certains cas de l'akathisie et des tremblements. Ils peuvent amener à un syndrome métabolique avec une résistance à l'insuline, une prise de poids et une hypertension. Les conséquences sont également un élargissement du polygone de sustentation, des constipations, une aménorrhée, une baisse de la libido, des sialorrhées ou sécheresses buccales, un défaut d'accommodation visuelle... La connaissance des effets indésirables des traitements est importante, ils agissent sur la prise en charge et les besoins du patient qui peut se sentir engourdi par ces effets.

La chimiothérapie peut être complétée par des traitements non médicamenteux. Par exemple, pour les cas de schizophrénie résistante aux traitements précédemment évoqués avec une forte agitation motrice, il est proposé une augmentation des dosages de clozapine et des séances d'**électro-convulsivothérapie** (ECT). Cette électroconvulsivothérapie consiste à administrer un courant électrique trans-crânien de faible intensité sous anesthésie générale. Toutefois, il convient de souligner que l'ECT reste exceptionnelle et n'est jamais considérée comme un premier choix.

L'Haute Autorité de Santé (HAS) préconise des traitements médicamenteux associés à une prise en charge institutionnelle, à une intervention sociale et parfois à une psychothérapie individuelle ou de groupe.

Une **psychothérapie de soutien** est systématiquement jointe en première attention avec les traitements. Elle permet de créer une alliance thérapeutique avec un membre de l'institution si elle se fait lors de l'hospitalisation et implique le patient dans sa prise en charge générale et y mettre du sens si nécessaire. Les observations durant la psychothérapie garantissent une détection des premiers signes de rechutes. Le travail d'observance et d'alliance thérapeutique se fait conjointement avec l'infirmier de secteur. Elle peut prendre plusieurs formes comme une réhabilitation psychosociale, une thérapie cognitivo-comportementale, une psychothérapie analytique ou encore une psychoéducation. Elle est pratiquée par un psychologue ou un médecin psychiatre. Un bilan neurocognitif peut être proposé en complément. Il va permettre une orientation vers des prises en charge de **remédiation cognitive** comme la metacognition training (MCT) qui a pour objectif une prise de recul sur les biais cognitifs et les idées délirantes. Le programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) propose une amélioration du contrôle cognitif des émotions positives pour réduire l'apathie et l'anhédonie.

La prise en charge ne concerne pas uniquement le patient, des **thérapies familiales** et des **éducations thérapeutiques** peuvent être proposées à l'entourage. Des associations, comme des groupes de parole pour échanger autour d'expériences, sont aussi présentées à l'entourage qui peut se sentir démuni face à la pathologie.

Durant mon stage en hôpital de jour, j'ai pu constater les bienfaits des **ateliers d'expression**. Il offre aux patients la possibilité d'extérioriser leurs conflits psychiques non élaborés et leurs émotions sans obligatoirement passer par la verbalisation mais plutôt privilégier un passage par l'acte. Ces ateliers se construisent autour d'une médiation comme la danse, la sculpture, le chant, le dessin, l'écriture ou encore le théâtre. C'est justement cet espace transitionnel d'expression proposé au théâtre qui m'a interpellé et guidé dans ce sujet de

mémoire. Le psychomotricien porte ce type d'atelier. Il accompagne le patient schizophrène dans la prise en charge de ces troubles psychomoteurs, la compréhension et gestion de ses émotions ou encore la conscience de son corps. Le psychomotricien s'appuie sur la capacité de rencontre dans un corps à corps et propose dans un cadre contenant et sécurisant de nouvelles expérimentations sensori-motrices.

II. Conscience corporelle et schizophrénie

« Rien n'est plus mystérieux sans doute aux yeux de l'homme que l'épaisseur de son propre corps. Et chaque société s'est efforcée avec son style propre de donner une réponse particulière à cette énigme première où l'homme s'enracine. Le corps semble aller de soi. [...] Chaque société, à l'intérieur de sa vision du monde, dessine un savoir singulier sur le corps : ses constituants, ses performances, ses correspondances, etc. Elle lui donne sens et valeur. » (12 p.8)

A. Qu'est-ce que la conscience corporelle?

A ce jour, aucune définition univoque n'existe au sujet de la conscience corporelle. Je me suis intéressée à l'étymologie du mot conscience qui provient du terme *conscientia*, en latin, et se décompose en "*cum scientia*". Il signifie la connaissance de l'objet perçu par le sujet et la référence de l'objet au sujet lui-même selon Henri Ey. Je définirais la conscience comme un état d'éveil apportant la sensation d'être sujet de nos pensées et nos perceptions.

Le mot corporel est relatif au corps, il renvoie à un organisme avec un fonctionnement. Il vient du latin "corpus", pris dans le clivage entre corps et âme, il souligne la notion de cadavre, au corps sans vie, sans âme pour l'animer. Le corps serait par opposition la partie matérielle de l'Homme. Ce clivage du corps et de l'esprit se retrouve depuis l'Antiquité et va évoluer vers une vision plus globale, même s'il revêt des définitions diverses.

« La définition du corps recouvre des sens très différents. Du corps disséqué de l'anatomiste au corps morcelé du schizophrène, du corps physiologique du biologiste au corps exalté de l'hystérique, du corps numérisé des imageries médicales à la « Fiancée juive » de Rembrandt, les écarts sont immenses » (44 p 23)

Cette citation de Mornet, 2006, amène une vision plus globale et témoigne des définitions plurielles à ce sujet. Le corps est à la fois lieu d'expérience sensorielle, construction culturelle, interface pour entrer en relation et témoin de notre subjectivité. Le corps est notre instrument de compréhension du monde et créer notre identité. « J'ai conscience du monde par le moyen de mon corps » (43) Notre posture, nos mimiques, le dialogue tonico-émotionnel permettent une compréhension commune dans une société. Lorsque cette compréhension est rompue, "un malaise jaillit de la rupture de sens, qui met malencontreusement le corps en évidence" selon Le Breton. Cette incompréhension peut mener à une rupture de contact avec autrui voire à un isolement que l'on retrouve souvent chez les patients schizophrènes.

La conscience corporelle vient de la phénoménologie. Maurice Merleau-Ponty a introduit la notion de "corps propre" ou "corps-chair" pour décrire le corps incarné. Selon lui, le corps est essentiel à notre perception du monde, et cette perception est déjà une forme de conscience. Le corps propre est basé sur l'ensemble de nos sensations, qu'elles soient visuelles, auditives, kinesthésiques ou encore proprioceptives. Il est le point de convergence de toutes nos expériences.

Pour Pireyre "prendre conscience de son corps, c'est, pour le système nerveux central, recenser et analyser des afférences sensorielles de la périphérie ou de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle. C'est donc se confronter à la réalité corporelle vécue. [...] La prise de conscience du corps est possible aussi au niveau psychique. [...] La prise de conscience du corps est un phénomène qui se situe à l'interface de la sensibilité somato-viscérale et de l'image du corps." (49 p101)

Ainsi, selon ma compréhension, la conscience corporelle est une qualité de présence immédiate à soi-même permettant de percevoir son tonus musculaire, ses points d'ancrage, la posture de son corps, le mouvement grâce à sa sensibilité, son schéma corporel, son image du corps et donc à sa représentation du corps. Elle est le fruit de notre capacité à différencier, traiter et mettre en lien les sensations. Elle évolue constamment grâce à la mentalisation du vécu et constitue un référentiel autocentré. Elle forme donc un résumé de notre expérience corporelle et de notre

manière d'être au monde. De cette conscience vont pouvoir naître et se structurer, en partie, les sentiments de contenance, d'individuation, de sécurité interne et de continuité de l'existence. La conscience corporelle est un repère indispensable au sentiment de soi. Cet ensemble forme notre conception de la conscience corporelle à partir de laquelle les psychomotriciens travaillent au travers de médiation corporelle en tant que liant.

“La conscience ne se retourne pas ici sur le corps, elle est corporelle, faite des résonances et des ajustements, des engagements posturaux, toniques, gestuels, sensoriels” (37 p49)

1. La boucle sensation perception représentation

La conscience corporelle nécessite donc inéluctablement la boucle sensation perception représentation. C'est un thème central dans la psychomotricité. Les sensations en sont le socle. Ce sont les premiers éléments d'une chaîne biochimique et neurologique partant d'un organe sensoriel allant à la perception pour créer des représentations. Le flux sensoriel détecté par les organes des sens est précisé par André Bullinger tel que “des signaux continus et orientés, susceptibles d'être détectés par un système sensoriel”. L'enfant, durant son développement, ressent et explore son corps. Ceci lui permet de se l'approprier comme sien progressivement, nommer des parties de son corps et se les représenter.

Les sensations sont classifiées en tripartite :

- La sensibilité extéroceptive : elle est somatique et superficielle. Elle concerne les organes des **cinq sens fondamentaux** : l'ouïe, l'odorat, le goût, la vue et le toucher.
- La sensibilité intéroceptive : elle est viscérale. Elle est relative à la somesthésie végétative comme la sensibilité thermique, la nociception qui est la sensibilité douloureuse, la pression artérielle donnée par les barorécepteurs.

- La sensibilité proprioceptive : elle est somatique et profonde. Elle regroupe quatre sensations dont la position dans l'espace. Les stato-récepteurs permettent de connaître la **position des membres** les uns par rapport aux autres et leur changement de position ainsi que l'**équilibre** qui est la deuxième sensation proprioceptive. Elle comprend aussi la **kinesthésie** qui est la sensation du mouvement et le **tonus musculaire** pour informer sur la tension musculaire. Il joue par conséquent un rôle dans l'ajustement postural.

Le stimulus sensoriel d'ordre physiologique enclenche une réponse adaptative afin de maintenir l'harmonie dans l'organisme. Ce phénomène d'adaptation s'appelle l'homéostasie. La sensation est un phénomène inconscient.

Au sujet de la perception, Boisacq-Schepens et Crommelinck en 2004 disent : "Loin d'être un processus passif, la perception apparaît comme un acte de "décision" au niveau cérébral quant à la signification probable des informations sensorielles pour le sujet : cette décision [est] largement conditionnée par l'expérience innée ou acquise [...] La perception est un processus actif par lequel le sujet recherche l'information dont il distingue les traits essentiels qu'il compare entre eux, ceci afin de générer des hypothèses interprétatives qu'il confronte aux données originales [...] Le caractère indissociable des mécanismes d'analyse périphérique et des processus d'intégration centrale s'oppose au maintien du clivage entre sensation et perception [...] Il convient cependant d'établir une nette distinction entre perception consciente et inconsciente, car l'attention restreint l'accès au champ de la conscience à une partie limitée des activités sensorielles." (49 p102)

La perception est donc en revanche un phénomène principalement conscient qui nécessite un état d'attention et de disponibilité particulier. C'est la conscientisation d'un ressenti. Elle localise la sensation en s'appuyant sur la représentation. La perception est un phénomène psychique propre à chacun, elle interprète l'environnement. Elle peut être focalisée sur un système sensoriel précis ou panoramique apportant un regard conscient sur la globalité de l'être. Elle offre la possibilité de partager avec les autres les ressentis. C'est un phénomène "cognitivo-affectif", d'après Pireyre, coloré par la mémoire. Dans certains cas, les

perceptions peuvent être refoulées et devenir des ressentis de l'ordre de l'imaginaire.

La représentation vient des perceptions. Son étymologie vient de *repraesentatio*, en latin, signifiant "l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un". Elle organise les perceptions dans le psychisme. Cette organisation va permettre de les évoquer même en l'absence de l'objet. Elle évolue et mature grâce aux flux sensoriels fournissant des sensations. Ainsi la représentation est la capacité à attribuer une perception à un objet ou une situation. Elle est le stade le plus évolué de cette boucle.

2. Les représentations du corps

La représentation du corps est l'image mentale qu'un sujet se fait de son corps. Elle est plastique. Elle se réinvente et s'adapte en fonction des chemins de vie, des assises narcissiques, de l'impact du regard d'autrui et en donnant un sens aux perceptions sensorielles. Elle se base sur le schéma corporel et l'image du corps. Il est alors plus juste de parler des représentations corporelles au pluriel. Afin de comprendre les représentations du corps qui impacte notre conscience corporelle, je vais définir plus en détail les notions de schéma corporel et d'image du corps.

a) Schéma corporel

Les notions de schéma corporel et image du corps ont souvent été confondues comme s'il n'existait qu'une représentation corporelle possible. C'est au XXème siècle, plus particulièrement durant les années 80, que des études en neurosciences cognitive et en neuropsychologie vont distinguer ces deux notions.

Selon Dolto, le schéma corporel est identique chez tous les Hommes. « Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquelles il vit ». (49 p36)

Julian de Ajuriaguerra, en 1970, le définit comme tel : « Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ». (26 p130) Cette définition rend compte de l'importance de la boucle sensation, perception, représentation dans la construction et structuration du schéma corporel. La notion d'espace corporel est primordiale, le schéma corporel montre notre capacité à localiser des parties de notre corps même dans l'action et à les percevoir reliées et unifiées par la synthèse des informations sensori-motrices. Il est un indicateur de la qualité de notre rapport à l'espace et à l'environnement. Il constitue un repère de base pour l'orientation spatiale.

Jean-Michel Albaret considère le schéma corporel comme un système de localisation inconscient ayant un ensemble de représentations. Il va répondre aux questions :

- **Où** sont les membres? Où est la cible de l'action?
- **Comment** utiliser l'ensemble du corps pour réaliser le but fixé?
Comment atteindre un point du corps?

Il va donner des informations concernant la posture et la position dans l'espace des parties du corps qui sera un préalable essentiel pour la locomotion et la préhension. Les informations sensori-motrices et la mise en mouvement enrichissent sans cesse le schéma corporel qui se réactualise grâce à sa plasticité. Il se stabilise progressivement malgré des changements possibles suite à des événements traumatiques ou marquants.

Pour conclure, le schéma corporel est une connaissance objective, cognitive et inconsciente de son propre corps en sa qualité d'objet. Il s'ajuste automatiquement grâce aux expériences, à la mise en jeu de la boucle sensori-motrice et au monde environnant qui le structurent. Il confère le sentiment de connaissance de soi et de continuité d'être. Le schéma corporel va nourrir l'image du corps et la représentation du corps. Il est une base fondamentale pour la conscience corporelle.

b) Image du Corps

Jean Michel Albaret, après avoir défini le schéma corporel, suit le même raisonnement pour l'image du corps. Selon lui, l'image du corps est un système de perception des formes pour identifier et reconnaître son corps. Il répond à la question :

- **Quoi?** Quel corps suis-je? Quelles sont les particularités de mon corps ou de mon apparence corporelle?

Cette question du quoi renvoie à la reconnaissance de la forme. Il dira de l'image du corps : "Elle regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments mais aussi des comportements. Il s'agit d'une construction composite dans laquelle se retrouve des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps qui aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives. Cette image du corps est influencée par un ensemble de facteurs socioculturels, psychologiques, biologiques. Elle est par définition consciente." (23 p192) Il apporte une notion importante : le lien entre le système de la pensée et des sentiments, les émotions, qui va influencer les représentations du corps dont l'image du corps. D'après lui, l'image du corps est plus souple que le schéma corporel. Elle participe au sentiment d'identité et renvoie donc directement soi même à la question du regard de l'autre.

Françoise Dolto pense que le corps est propre à chacun selon son histoire de vie. Elle dit dans son ouvrage *l'image inconsciente du corps* en 1984 : "L'image du corps 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. C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente. L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes ou s'exprime la tension des pulsions. L'image du corps avant l'œdipe peut se projeter dans toute représentation quelle qu'elle soit, et pas seulement dans les représentations humaines. "

Selon elle, l'image du corps serait inconsciente. Elle illustre la manière dont le sujet se perçoit. Elle se projette dans le regard de l'autre ce qui va l'influencer. L'image du corps est un assemblage d'images morcelées qui se rassemblent autour d'une expérience unique : le stade du miroir. Il s'agit d'un stade du développement chez le bébé entre six mois et deux ans qui va se voir dans le miroir, cet événement le pousse progressivement à prendre conscience de son corps et à le distinguer de celui d'autrui. Eric Pireyre reprend la définition de Dolto et la nuance. Il va proposer le terme "d'image composite du corps" où "l'image du corps ne peut que rester globalement inconsciente". Corraze lui parle d'image spéculaire du corps : "nous possédons plusieurs images visuelles qui, peu à peu, se coordonnent plus ou moins bien en une image globale du corps." (15 p. 17)

D'après Dolto "elle est le **support du narcissisme**, liée au sujet à son histoire, c'est l'incarnation du sujet désirant". Ce défaut de sentiment d'unicité, d'identité joue un rôle prépondérant dans l'estime du sujet, il marque un échec de symbolisation qui va donner le primat au sensoriel. Jacques Lacan insiste sur le fait que l'image du corps, selon lui, structure l'individu et son identité. L'image de corps semble jouer un rôle essentiel dans la mise en place du sentiment d'individuation amenant le sentiment d'unité. Il se structure à travers la sensorialité du sujet. Ce sentiment d'unité de l'être est en lien étroit avec l'idée de continuité de l'existence de Pireyre. Selon lui, la continuité d'existence est "comme la conviction qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace. C'est une sorte de sécurité interne qui nous dit qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours "le même" ". (49 p.55) L'image du corps participe donc, par sa contenance, à la mise en place d'une sécurité de base : le sentiment d'existence. Elle est alimentée et enrichie par la boucle sensation perception et représentation. Juan-David Nasio évoque le rôle de cette boucle et des émotions dans l'image du corps qui structure le sentiment d'individuation il dit "Je tiens l'image du corps pour la substance même de notre moi. Nous ne sommes pas notre corps en chair et en os, nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps. Notre moi est l'idée intime que nous nous formons de notre corps, c'est-à-dire la représentation mentale de nos ressentis corporels, représentation changeante et influencée sans cesse par notre silhouette visible dans le miroir. J'ai la certitude d'être moi-même quand je sens mon corps vibrer et le regarde se mouvoir."

Shaun Gallagher pense que l'image du corps est "un système de perceptions, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps". L'image du corps est une manière de se percevoir soi-même. Elle est susceptible aux bouleversements et changements comparé au schéma corporel qui est plus stable. Cette malléabilité de l'image du corps est due à l'influence des événements de vie et des états émotionnels sur elle. Il peut en découler des attitudes particulières et une modification dans la manière de se présenter à autrui en lien avec les croyances du sujet. Une discordance est donc possible entre l'image que le sujet renvoie réellement à l'autre et l'image qu'il pense projeter dans le regard de l'autre.

Juan-David Nasio dira même que "la matrice de l'inconscient, c'est le corps. mais quel corps? Non pas le corps en soi, non notre organisme fait de chair et d'os, mais un corps imprégné de la présence de l'autre, vibrant à la présence charnelle, désirante et symbolique de l'autre". (49 p18)

L'image du corps est subjective et se rapporte au domaine du réflexif, symbolique et imaginaire. Elle est alimentée par les représentations du sujet sur son propre corps. L'image du corps est donc une base essentielle à l'estime de soi et support du narcissisme. Elle ancre le sujet dans une identité et une estime de soi qui va lui permettre de s'affirmer et d'avoir des relations avec autrui.

B. La perception du corps dans la maladie

“Les troubles dans la perception de leur corps sont un symptôme courant du tableau psychotique : impression de manque de consistance corporelle, de morcellement, inquiétude sur l’intégrité des organes intérieurs, désintérêt de l’aspect et des besoins physiques. Le corps pour le psychotique est un problème : lieu de souffrance, outil de violence, instrument grotesquement inadaptés à ses besoins régressifs.” (51 p.63)

1. Le défaut du Moi Peau

Un défaut du sentiment de contenance entrave le vécu corporel du sujet schizophrène. Le sentiment de contenance est intimement lié au concept de Moi Peau de Didier Anzieu. Pour lui, il s’agit d’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 [...] Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif ». Il s’agit donc d’une figuration dont l’enfant se sert pour se représenter lui-même comme étant un Moi contenant les contenus psychiques à partir d’expérimentations de contact peau à peau, le Moi est d’abord corporel.

Durant le développement, le bébé par le contact peau à peau avec sa mère va se structurer et lui permettre d’arriver à définir ses limites corporelles et délimiter le dedans du dehors, le soi du non soi pour transformer le monde interne. Cet espace contenant va organiser psychiquement l’individu en prenant appui sur les fonctions physiologiques de la peau et sa sensorialité. Le Moi Peau remplit plusieurs fonctions par ses propriétés sensorielles : la maintenance du psychisme, la fonction contenante, la pare-excitation, l’individuation de soi, l’intersensorialité et l’inscription des traces sensorielles tactiles. Il joue un rôle déterminant dans la relation à l’environnement et à autrui. Selon Anzieu, l’enveloppe corporelle contient les organes, le délimite, le protège des agressions extérieures et sert d’interface pour entrer en contact.

La peau est une barrière semi perméable où l'extérieur ne peut entrer à l'intérieur sans être filtré. « Chez le psychotique, tout se passe comme si cette enveloppe [semi]perméable n'assurait plus sa fonction de limite et de protection, le filtre est devenu passoire. [...] Tout entre et tout sort, lui semble-t-il, contre son gré et à sa grande angoisse. [...] Il se vide de sa substance et ne peut rien opposer aux invasions du dehors » (51 p7) Le Moi Peau ne peut plus remplir ses fonctions venant fragiliser l'unité corporelle. Anzieu, en 1985, parle des patients schizophrènes tels des passoires "laissant le schizophrène dépourvu de barrière protectrice".

Un manque du sentiment de contenance et de contenu s'installe par le défaut de limite et la confusion entre intérieur et extérieur. La fonction de pare-excitation ne se fait plus, le sujet est incapable de filtrer les stimulations de dehors, de les traiter, elles sont reçues de manière brut, sans être atténuées. La personne schizophrène attribue alors au dehors des vécus internes, elle a la sensation d'être "télécommandée par l'extérieur" (29 p82) et d'être dépossédée d'elle-même. La verbalisation et la mise en sens n'est pas forcément possible dû aux discordances comme les parathymies et les paramimies. La boucle sensation perception représentation est alors entravée dans son processus.

2. La place des angoisses archaïques

Pireyre définit l'angoisse telle "une réaction qui se présente au sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation plus ou moins traumatique, c'est à dire qu'il est soumis à un afflux, trop important pour lui, d'excitations d'origines externes ou internes, excitations non maîtrisables et non compréhensibles" (49 p142). Il me paraît pertinent de parler de la place des angoisses dans la schizophrénie venant affecter le vécu et la perception du corps. Les angoisses touchent l'intégrité corporelle au point de devenir invalidante. Elles vont possiblement "se traduire par une désorganisation gestuelle, une maladresse, ou des attitudes particulières" (21 p131) ou encore par une détresse psychique que nous allons observer dans les troubles psychomoteurs du sujet schizophrène. Harold Searles parle des angoisses du schizophrène comme « le danger que son individualité ne soit noyée dans une relation symbiotique avec l'autre personne. Le danger que son statut dans le monde

de ses semblables ne soit réduit à celui d'un animal, d'un mort ou d'un objet inanimé. Et pour finir celui de cesser totalement d'exister aux yeux des autres ». Il compare ces angoisses à une sensation de ne plus exister en tant qu'être humain. (29 p 79)

Pierre Delion dit que l'éprouvé des schizophrènes « est marqué du sceau des angoisses archaïques - tomber sans fin, couler, être troué, écorché, exploser... [...] influençant la constitution de l'image du corps ». (22 p15) Ces angoisses sont dites archaïques en raison de leur apparition avant le langage et leur lien avec les expériences très précoces de la vie de l'individu. En effet, elles tiennent leur origine dans les premiers moments de vie de l'individu, en particulier dans la relation mère bébé durant les premiers mois de sa vie. Il existe plusieurs angoisses archaïques comme l'angoisse d'effondrement, l'angoisse de morcellement, l'angoisse de dévoration, l'angoisse d'intrusion et de vidage ou encore celle de liquéfaction.

L'angoisse de morcellement menace le sujet dans sa cohésion et son unité corporelle. Pireyre la définit comme un « sentiment de désintégration du moi qui induirait des angoisses de tomber en morceaux » (49 p142) Le patient schizophrène se figure son corps en plusieurs fragments sans être relié les uns aux autres. Il a une **représentation de son corps désorganisée** lui donnant un sentiment d'étrangeté en lui-même et d'**éclatement intérieur**. Elle peut aller jusqu'au sentiment de ne pas exister et de ne plus sentir son propre corps. Les limites du corps sont confuses. La boucle sensation perception représentation est entravée. Les patients parlent souvent de sensations de détachement et d'arrachage ou d'absence de sensation allant à l'inexistence même de certaines parties du corps. Il n'est pas rare de constater que leur discours est très porté sur le mental, laissant en arrière plan le corps délaissé.

Schilder partage le témoignage évocateur d'une de ces patientes en 1968 : "quand ça me prend, je ne peux plus avancer. Je me bute contre moi-même, ça me met en morceaux [...] Je suis réduite en pièces détachées, comme une marionnette, il me manque quelque chose qui tienne ensemble tous mes morceaux".

L'angoisse de morcellement est donc une angoisse massive, invalidante pour le patient et très déstructurante dans le vécu et les perceptions. Elle illustre le défaut de Moi Peau et d'unité corporelle du sujet engendrant des troubles du schéma corporel et de l'image du corps. Pireyre parle de "cette impression que le corps est atteint dans son unité, sa globalité, sa cohésion et sa continuité". (49 p157)

Pour Pireyre, "l'effondrement renvoie à l'annihilation du tonus d'attitude (ou postural).", une incapacité à se porter soi-même. (49 p174) L'**angoisse d'effondrement** est une des angoisses les plus archaïques, elle est décrite comme une angoisse de mort, de vide et de non existence par Donald W. Winnicott. Il parle même d'angoisses "disséquant" primitives liées à la terreur d'**anéantissement** et créant les angoisses de désintégration, de dépersonnalisation et de déréalisation. Pireyre énonce le fait que "l'angoisse d'effondrement, lorsqu'elle est massive, entrave le développement de l'image du corps, car l'enveloppe corporelle, construction psychique immédiatement consécutive et nécessaire à un bébé pour devenir sujet, ne pourra devenir ni "solide" ni contenante."

L'angoisse d'effondrement très présente chez le sujet schizophrène dû à cette difficulté de se sentir, les représentations du corps sont déstructurées mettant à mal le vécu corporel et engendrant des pertes de capacité à être en relation. "Or ce que nous apprend la clinique psychomotrice de l'image du corps, c'est que ces éléments présentent des liens très forts avec l'effondrement [...] c'est certe développer une angoisse massive d'effondrement mais c'est aussi porter en permanence en soi la crainte de l'anéantissement et du vide. Et c'est aussi ne pas pouvoir accéder à la construction de la subjectivité qui ouvre ensuite les portes de la construction identitaire. *C'est rester dans la non existence.*" (49 p181)

L'**angoisse de liquéfaction** reflète une représentation labile des limites corporelles et particulièrement de la peau. Il est question d'une angoisse de dissolution du corps, une peur de "s'écrouler et de se répandre". Pireyre précise qu'il "s'agit peut-être d'un "dérivé" de l'angoisse de morcellement, d'effondrement ou encore d'une crainte de la disparition de la frontière corporelle déjà souvent vécue comme discontinue." (49 p151) Elle est également en lien étroit avec les angoisses d'intrusion et de vidage. La peau ne remplit plus sa fonction de contenant, la porosité

de la peau semble faillible jusqu'à l'impression d'être perforée. Le sujet peut sentir la peur de se vider ou le sentiment d'être "intrusé" sans avoir de maîtrise sur le déroulé des événements. Cette angoisse d'intrusion est à différencier de l'**angoisse de dévoration** qui correspond à la crainte d'être phagocyté par autrui ou l'environnement.

Toutes ces angoisses archaïques liées au corps et à la difficulté à le ressentir entraînent une altération de la conscience corporelle. Le corps est en morceaux sans lien entre eux ni unité sans cesse sous la menace d'annihilation ou d'absorption. Le corps est donc vécu sous le primat de la douleur et de la peur, les poussant à renvoyer leur corps au statut d'objet, d'utilitaire sans l'investir. Elles sont le témoin de l'altération des représentations du corps et de sa perception qui ne peut être représentée de manière suffisante face à des sensations invalidantes. Le schizophrène présente des difficultés d'accès à la conscience corporelle par ce manque de limite, de différenciation, de contenance et d'identification symbolique rendant le vécu corporel chaotique.

3. L'impact des symptômes positifs

« Le malade voit ou éprouve la maladie dans son corps devenu le siège de transformations instables, il peut ne plus se reconnaître » (9 p112)

Les symptômes de la schizophrénie impactent la conscience et le vécu du corps du sujet atteint. Particulièrement les symptômes positifs, très présents dans les phases aiguës de la maladie, altérant grandement les sensations et la perception de ce dernier.

Les hallucinations, comme évoqué dans la première partie de ce mémoire, créent une défaillance du vécu sensoriel et des perceptions. Elle ébranle la conscience du corps, le sujet voit une partie de son corps altérée et va subir des changements de forme, de volume, de taille, de cohésion lui donnant un sentiment d'étrange et de dysmorphie dans son propre corps l'empêchant de se sentir sécure et en harmonie.

« il ne suffit pas pour être halluciné de dire que l'on sent des fourmis dans les bras ou que l'on est gonflé comme une outre. L'hallucination est présente lorsque l'expérience du corps est vécue comme réelle: le bras comprimé ne donne plus l'impression d'être comme rempli de fourmis, mais il est fourmilère » (1 p43)

Ainsi les hallucinations sensorielles vont se manifester par la conviction même du sujet de les vivre et d'être possédé. Elle amène deux types de plainte corporelle selon Pous :

- la plainte d'un surplus de sensations amenant le sujet à un état d'hypervigilance du corps avec des interprétations erronées des perceptions menant jusqu'à l'hypocondrie où la plainte somatique et douloureuse accapare le corps
- la plainte d'absence de sensations où la perception du corps entier ou d'une partie est manquante engendrant une angoisse immobilisant tout investissement et poussant le sujet à désinvestir le corps.

Monsieur H, 31 ans, a partagé, durant son entretien, son sentiment d'étrangeté et de ne pas ressentir les mêmes choses que les autres suite aux hallucinations. Il parle de ne rien ressentir par moment ou de trop en ressentir, il dit avoir "l'impression d'être un OVNI" pour lui-même et pour les autres.

Henri Ey parle même d'hallucinations corporelles : « le sujet perçoit son corps en tout ou en partie comme un objet ou un être extérieur à soi, c'est-à-dire comme un objet métamorphosé par l'impossibilité même de la métaphore. »

Elles mènent à des dissociations comme des dépersonnalisations et déréalisations. Ce sont des sensations de détachement de soi ou de l'environnement avec une impression d'étrangeté. Elles créent des distorsions des perceptions comme une fragmentation du corps nourrissant les angoisses de morcellement. Gisela Pankow décrit avec exactitude ce lien entre ce défaut de contenant et de limite engendrant des troubles de l'image du corps et une confusion entre soi et non soi : « Par le terme de dissociation je définis la destruction de

l'image du corps telles que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur. C'est cette absence de lien entre le dedans et le dehors qui caractérise la schizophrénie ; il n'y a pas de chaînes d'association permettant de retrouver le lien entre les débris de tels mondes détruits. » (47 p121)

Madame P, 49 ans, parle de cette dissociation liée à l'anosognosie durant une grande période de sa vie : "j'ai vécu pendant dix ans avec une histoire parallèle dans la tête, c'était assez curieux, séparée en deux, avec une dépression par-dessus. Et quand je fais ces crises, je vire tout ce que j'ai : travail, relation amoureuse... Et je vais pleurer chez maman". Cette dissociation semble se faire sur plusieurs sphères de la patiente, à la fois une dissociation, dépersonnalisation, entre la maladie et elle-même mais aussi une dissociation dans son propre corps coupé, morcelé, nous reviendrons sur ce point plus tard.

La personne atteinte de schizophrénie peut dans certains cas tenter de soulager sa souffrance dû aux symptômes positifs par des passages à l'acte autoagressif et plus rarement par des passages à l'acte hétéro agressif. Elle est souvent un essai de reprise de contrôle et de sensation de vie psychique. Le sujet peut aussi par cet acte chercher à extérioriser ses angoisses et sa souffrance pour diminuer la tension interne. Ces passages à l'acte auto agressif peuvent être des mutilations, des tentatives de suicide et des suicides. Elles marquent au fer rouge les représentations du corps.

Monsieur C, 29 ans, s'est incisé le scrotum et sectionné un de ces testicules lors d'une phase aiguë avec de nombreuses idées délirantes persécutrices et des HAV. Il explique cet acte comme une tentative de soulager sa souffrance et de faire cesser les voix qu'il entend. Monsieur C montre de grande difficulté à évoquer ce sujet à ce jour, son rapport à son propre corps en est affecté, il se dissocie complètement de cette zone de son corps.

4. Les troubles psychomoteurs

Catherine Potel définit les troubles psychomoteurs comme « des expressions symptomatiques, corporelles ou comportementales, du fonctionnement d'un sujet, enfant, adolescent, adulte, dont les origines peuvent être diverses (neurologiques, psychologiques, relationnelles, psychiques), et dont la présence affecte les potentialités du sujet, qu'elles soient de l'ordre de la cognition, de la créativité ou des moyens d'expression ou de communication qui, habituellement, empruntent le canal du corps : un corps sensible, un corps en mouvement, un corps dans l'espace, un corps en relation. » (50 p194)

a) Le ralentissement psychomoteur

Le ralentissement psychomoteur est une exagération anormale des temps de réaction et d'exécution qui touche à la fois la motricité et la pensée. Elle comprend donc une bradykinésie, lenteur gestuelle, et une bradyphrénie, ralentissement du cours de la pensée. Elles sont le témoin du temps de latence entre la prise de décision et la mise en action.

Elle est décrite en 1911 par Bleuler telle une "forme bénigne de stupeur" faisant partie des symptômes de la catatonie. Plus tard, elle est décrite comme une conséquence d'un déficit cognitif ou de la prise de neuroleptique. Il faut attendre des études plus récentes, dont celle de Morrens et al. en 2008, pour définir le ralentissement psychomoteur en tant que symptôme à part entière de la schizophrénie.

Ce trouble donne souvent une allure "fantomatique" aux patients. Il témoigne du corps fatigué des schizophrènes qui semble lourd à porter. Dans les cas les plus graves, on retrouve une akinésie voire une stupeur.

b) Le tonus et l'ajustement posturale

Le tonus est défini par Muller comme “la légère tension par laquelle est soumis tout muscle squelettique, à l'état de repos, et qui disparaît après section du nerf moteur”. Il existe différents types de tonus :

- Tonus de fond : Il est permanent, involontaire et d'origine réflexe. Il maintient la cohésion des différentes parties du corps. Il est à la base du schéma corporel. Il véhicule les informations sur l'état affectif et émotionnel en lien étroit avec le dialogue tonico-émotionnel.
- Tonus d'attitude/postural : est l'activité tonique minimale permettant la gestion de l'équilibre, le maintien debout, la mise en forme corporelle et la lutte contre la pesanteur. Il est intimement lié aux états de vigilance et d'éveil.
- Tonus d'action : est la contraction musculaire phasique permettant l'action dans un déroulement spatialisé. Cette action peut être volontaire mais aussi automatique.

L'ajustement tonique nécessite de passer par le mouvement de la respiration. La respiration est l'harmonisateur du tonus musculaire et par voie de conséquence, le régulateur des émotions. Le tonus musculaire illustre et justifie le concept de l'unité entre psyché et soma, central dans le cadre théorique de la psychomotricité, Wallon affirme que “le tonus est à la base de tout”. L'étude de la fonction tonique est donc fondamentale dans l'approche psychomotrice de l'individu en tant que toile de fond du mouvement et des postures mais également traduire nos états d'être interne. Il est la marque de notre subjectivité, et dans cette façon originale d'être au monde.

Reich soutient que “toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine” (66). Cette histoire singulière du vécu de la schizophrénie, et leur souffrance, s'inscrit dans le tonus du sujet. La posture et le tonus des sujets schizophrènes est souvent caractérisé par une hypertonie de fond. Elle peut être considérée comme une seconde peau musculaire qui sert de défense contre les angoisses et le sentiment de persécution. Elle permet aussi de sentir son

corps cependant « L'hypertonie finit par couper la personne des sensations de son corps en même temps qu'elle en entrave la mobilité » (66). Cette hypertonie donne une impression de bloc dans la posture en contraste avec un tonus d'action généralement proche de l'hypotonie. La dysharmonie du tonus est typique de la schizophrénie, elle illustre parfaitement la désorganisation et la dissociation du sujet en lien avec l'altération de l'image de soi. La dysharmonie tonique est renforcée par l'impression d'étrangeté créant des désorganisation praxique et va segmentariser davantage le corps du schizophrène.

Ces troubles du tonus peuvent être dûs aux effets indésirables des traitements médicamenteux créant des dyskinésies, akathisie, hypertonie plastique ou des tremblements comme vu précédemment.

Madame P, 49 ans, présente une hypertonie de fond qui se tient toujours érigée. Elle présente une tension scapulaire importante créant une douleur constante. Plus tard, elle évoque une cervicalgie créant une névralgie cervico-brachiale en lien avec son anxiété. Elle dit qu'elle aimerait "débloquer une épaule et détendre le haut du corps". Elle partage également son souhait d' "améliorer sa posture".

c) La désorganisation spatio-temporelle

La société est régie par des repères spatio-temporel précis. Ils varient en fonction des époques et des cultures. Les personnes atteintes de schizophrénie rencontrent des difficultés d'intégration dans la société en partie dû à leur désorganisation spatio-temporelle. Cette désorganisation rend compte des soucis de conscience de l'environnement et la façon dont ils vont s'adapter. La conscience de l'environnement découle directement des expériences corporelles et sensorielles vécues. Les expériences corporelles contribuent à ancrer l'individu dans un cadre spatio-temporel et vivre son corps comme un point de référence organisateur.

Cette difficulté à percevoir son propre corps et ses limites est due aux troubles de l'image du corps et du schéma corporel qui impacte toute l'organisation spatiale et temporelle. Il n'est pas rare d'observer chez ces personnes des

perturbations du rythme circadien régissant les processus physiologiques pour l'alimentation et le sommeil. Cette rupture de rythmicité avec la société engendre une perte de sensation de continuité temporelle. Le temps perd son sens et se dilue. Ceci impacte la gestion d'un emploi du temps et des rendez-vous pour être capable de s'y rendre en temps et en heure.

L'espace investi est lui aussi touché par la désorganisation. L'espace perçu est mis à mal sur tous les plans, le plan du corps lui-même avec la notion de dedans et de dehors, des espaces proxémiques avec autrui et l'espace de l'environnement.

Monsieur G présente une difficulté à percevoir les distances proxémiques, durant l'atelier d'improvisation, il se tient régulièrement très proche de ses partenaires engendrant des réactions de recul chez eux. Ceci me questionne sur sa gestion de l'espace matériel, de l'espace de son propre corps et la conscience de ses limites ainsi que l'intégration des codes sociaux.

d) La mimique et la gestualité

Les mimiques et les gestuelles sont le reflet de nos états émotionnels et la manière dont nous les éprouvons. Or la vie émotionnelle est souvent complètement dissociée ou chaotique chez le sujet schizophrène.

Il est courant d'observer chez ceux ayant des symptômes négatifs importants, tels qu'un émoussement affectif, une amimie reflétant cette restriction affective et économie gestuelle. Les vécus dissociatifs et la désorganisation se manifestent également dans leur comportement à travers des expressions mimiques ambiguës comme des grimaces, appelées paramimies. Ils se retrouvent aussi dans les discordances entre les expressions affectives et le contenu du discours, appelées parathymies, comme les sourires immotivés et les rires inadaptés. Les troubles moteur, appelés parakinésies, qui sont du parasitisme mimique, sont aussi fréquents.

Dans la schizophrénie, il existe des gestuelles typiques dues à la désorganisation. On observe une immobilité du tronc et des membres supérieurs associée à une inclinaison antérieure, donnant l'impression d'un repli sur soi, d'une attitude autocentrée et de protection. L'apragmatisme fait partie de cette absence de dynamique, il s'agit d'une incapacité de réaliser une action définie préalablement comme une perte de l'élan vital. Il peut aller jusqu'à l'incapacité d'initier un mouvement pour subvenir à un besoin élémentaire. Cette désorganisation peut donc créer une réduction et économie des gestes cependant elle peut aussi créer le cas inverse avec une gestuelle à outrance.

La gestuelle amplifiée et surchargée se retrouve dans le maniérisme, souvent observé chez ces patients. Elle est caractérisée par une gestuelle excessive avec des maladresses et des expressions débordantes d'affect. Elle donne un aspect superficiel dans l'engagement corporel du sujet et dans son relationnel. Ce débordement gestuel peut aussi s'exprimer dans des échopraxies. Ce sont des répétitions, imitations, involontaires et spontanées des gestes d'autrui. De plus, le regard est souvent inadapté, le regard est fuyant, dans le vague ou à l'inverse intrusif et trop insistant ou complètement fixé.

Cette gestualité est impactée par des mouvements anormaux. Corraze parle de stéréotypies motrices, associée à une catatonie. Les stéréotypies sont dûes à une anomalie entre le cortex et les noyaux striés. Il les définit comme des « mouvements, ou séquences motrices, répétés susceptibles d'interférer avec un mouvement adapté ou de s'y intéresser » (16 p18) dans son ouvrage *Les troubles psychomoteurs*. Elles semblent être sans objectif, ni fonction et sans rapport avec le contexte. Corraze les sépare en trois groupes :

- les mouvements : contorsion, balancement, bruxisme etc.
- les manipulations du corps : onychophagie, trichotillomanie etc.
- les manipulations d'objet ou du milieu : manipuler sans cesse un objet, frotter etc.

La gestuelle et les mimiques atypiques de la schizophrénie découlent en partie des troubles du tonus et de la posture ainsi que des troubles de la perception et de la gestion des émotions. Cette atypie va altérer l'image de soi chez le sujet.

e) Le schéma corporel

Chez le schizophrène, une méconnaissance partielle ou totale des parties du corps s'opère. Les angoisses et symptômes vont parasiter son étayage empêchant le schéma corporel d'être un référentiel solide dans l'espace. Ceci engendre des difficultés d'organisation spatiale comme vu précédemment. Il se traduit par des troubles de l'équilibre et des coordinations dynamiques générales mais aussi une trouble des sensations extéroceptives d'appui. Le sujet schizophrène durant les séances de psychomotricité par exemple a du mal à citer et décrire les points d'appuis perçus et va rester flou dans la nomination des parties concernées.

Un défaut de sensation intéroceptive s'opère également, les sensations de ventilation ou encore les battements cardiaques ne semblent pas perçus ou de manière excessive en partie dû aux hallucinations sensorielles. Defiolles-Peltier décrit avec exactitude l'impacte des hallucinations sur le schéma corporel dans son ouvrage *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* : « le schéma corporel subi les assauts des hallucinations cénesthésiques et s'en trouve modifié, transformé ou amputé ». (21 p130) Les hallucinations font vivre le corps de manière fragmentée, chaque partie du corps est vécue indépendamment des autres sans lien entre elles.

f) L'image du corps

Les troubles de l'image du corps sont très fréquents dans la schizophrénie. Elle dépend de l'investissement narcissique du corps si elle se trouve altérée cela entraîne un défaut d'estime de soi. 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 méconnaît 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 reconnaître en lui. » (14 p145)

Les dysmorphophobies sont courantes dans cette pathologie, il est souvent en lien avec une idée délirante, Loréa le définit comme “une fixation de l’attention du sujet sur une partie de son corps, qui est alors perçue comme la cause d’un sentiment plus diffus d’être non attirant, voire repoussant.” (40 p38)

Chez le sujet schizophrène, l’image du corps se retrouve souvent dissociée, morcelée par les angoisses, les dépersonnalisations et les hallucinations amenant à un manque d’unité corporelle. J’ai pu les constater rapidement lors de mon stage en psychiatrie, les patients avaient des difficultés à se décrire, des négligences sur l’apparence et l’hygiène, une mauvaise estime de soi ou encore des plaintes au sujet des douleurs dans leur corps rendant son vécu difficile. Stephane Thibierge quant à lui considère qu’il existe une « menace duelle » dans l’image du corps des patients ayant une schizophrénie qui se traduit dans « les phénomènes de doublure ou de réduplication ». (59 p108)

Madame P, vu précédemment, présente un trouble de l’image du corps. J’ai pu rapidement constater cette discordance entre la représentation qu’elle en a et la réalité. Elle a une image du corps très négative entraînant une dévalorisation d’elle-même et une faible estime de soi. Elle dit avoir “du mal à accepter mon corps et à en prendre soin, il me fait souffrir régulièrement, j’essaie d’en prendre soin mais je mange mal, j’essaie de me secouer”. En parallèle, elle dit n’avoir rien à dire au sujet de son corps, il semble complètement occulté, désinvesti et absent. Son discours ambivalent illustre cette discordance entre la représentation et la réalité en disant vouloir ne prendre soin tout en ne l’incarnant pas.

g) La motricité générale et la coordination

Les troubles précédents engendrent des mauvais repères corporels amenant à des difficultés dans la motricité générale et les coordinations. La coordination est la capacité à effectuer un ensemble de gestes en simultanée de manière précise et coordonnée dans un espace donné. Les difficultés de coordination concernent généralement un souci pour exécuter une double tâche motrice comme marcher et

attraper un ballon en même temps. L'équipe de Lazerges en 2011 met en évidence que les sujets schizophrènes ont davantage de difficultés dans la synchronisation et coordination de mouvements en miroir avec une personne comparé avec un écran d'ordinateur. Ils ont aussi montré une véritable lenteur dans les gestes à effectuer en miroir. Elle pose la question de la possibilité de mettre en jeu différentes parties de son corps en miroir avec un autre lorsque qu'on a des troubles du schéma corporel et de l'image de soi qui impacte le sentiment d'unité corporelle et psychique amenant à un souci de coordination sociale.

Suite à l'étude de Silver, Shlomo et Swartz et al. en 2002, un trouble de la coordination visuo-motrice dans cette pathologie a été montré. Elle se retrouve aussi dans la motricité fine lors d'exercice graphique par exemple tout le membre supérieur est crispé, tendu et le tracé se fait par accoup.

Il est courant d'observer un manque de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne. Le sujet ne parvient pas à dissocier différentes parties de son corps pour pouvoir ensuite les coordonner.

Monsieur G présente une hypertonie de fond impactant l'ensemble de son corps qui semble vivre d'un seul et même bloc. Il présente une difficulté dans la dissociation de ses ceintures scapulaire et pelvienne. En effet, durant un échauffement avec une rotation des hanches, que j'ai proposé durant l'atelier théâtre, Monsieur G semble peiner à effectuer ce mouvement. Il va alors initier une rotation d'un bloc avec l'ensemble de son corps sans augmenter son polygone de sustentation en écartant légèrement les jambes le menant à un déséquilibre.

Pour conclure, nous avons pu constater la grande altération de la conscience et la perception du corps dans la schizophrénie. La maladie empêche l'individu de se structurer et de se sentir contenu. Le corps est souvent mis en position d'objet. "Il s'agit plutôt d'une instrumentalisation, de banalisation, et bien souvent d'asservissement. Le corps est vécu à travers les restrictions qu'il impose, par la douleur ou l'impotence notamment, ou s'il est convoqué, servira au mieux une jouissance qui tient du passage à l'acte". (14 p32) Les troubles de représentations corporelles touchent le sujet dans son estime de soi et son narcissisme. Le

psychomotricien va alors accompagner le patient dans une démarche de réinvestissement corporel. Il va soutenir ce processus de subjectivation, d'individuation en mettant en jeu son propre corps comme support dans cette structuration en devenir. Ce manque de sentiment de globalité, d'existence et d'identité va pouvoir être mise au travail au travers d'une médiation corporelle : le théâtre d'improvisation.

III. La médiation théâtre comme support du psychomotricien : clinique et lien théorique

« Il est écrit : « Au commencement était le Verbe ! »

Je bute ici déjà ! Qui m'aidera à poursuivre ?

Je ne peux nullement porter si haut le Verbe,

Je dois traduire autrement,

Si l'Esprit justement m'illumine.

Il est écrit : Au commencement était le Sens.

Songe bien à la première ligne,

Que ta plume point ne se précipite !

Est-ce le sens partout qui agit et crée ?

Il faut mettre : Au commencement était la force !

Mais, même quand je couche cela sur le papier,

Quelque chose m'alarme, et je n'y demeure pas.

M'aide l'Esprit ! J'y vois clair soudain !

Et écris confiant : au commencement était l'action ! »

Goethe, traduit par Claire Placial.

A. Présentation de l'institution

La présentation de l'institution est un point essentiel pour la compréhension de cette partie. En effet, l'Hôpital de Jour (HDJ) a un fonctionnement spécifique qui influence la prise en charge des patients.

Cette structure accueille des patients adultes ayant des troubles psychiatriques. Ces patients sont orientés ici par un psychiatre à la suite d'une hospitalisation à temps complet ou en complément d'un suivi d'un psychiatre exerçant en libéral. L'équipe est composée d'un psychiatre, de sept infirmiers, d'une psychologue, d'une ergothérapeute et d'une psychomotricienne.

L'accueil de jour est ouvert du lundi au vendredi, les patients peuvent y être en temps complet ou en temps partiel selon les prescriptions. Trois temps d'accueil rythment chaque journée qui sont : le café d'accueil, le repas thérapeutique et les ateliers thérapeutiques. Il y a deux types d'ateliers thérapeutiques : des ateliers ouverts aux patients où ils sont libres d'y participer ou non et des ateliers fermés avec une liste de patients prédéfinis selon les axes thérapeutiques et la pertinence de l'atelier pour chacun. Les ateliers sont encadrés par deux ou trois soignants. Le projet de soin institutionnel est donc particulier avec le parti pris de proposer **uniquement des prises en charge groupales**. Il n'y a donc pas de prise en charge psychomotrice spécifique, les prises en charge sont **pluridisciplinaires** où chaque soignant apporte le regard propre de sa profession et de son expérience.

Les moments informels entre les temps d'accueil sont des moments clés où les patients peuvent partager des temps entre eux sans la présence systématique de soignant. Ces moments permettent aussi aux patients d'interpeller les soignants pour demander de l'aide ou un temps d'écoute avec la **mise en place ponctuelle d'entretien individuel**.

L'HDJ travaille de manière conjointe avec le centre médico-psychologique (CMP) où les prises en charge se complètent pour garantir un suivi global et bénéficier du regard de l'infirmier de secteur. La première mission de l'hôpital est la **prévention** afin d'anticiper les possibles hospitalisations à temps complet et les rechutes. La deuxième mission est **sociale**, l'équipe accompagne les patients dans la réinsertion sociale et les guide dans leur projet de vie au-delà de l'hôpital. Cette mission se fait souvent dans les ateliers excursions où les patients vont faire des sorties en ville avec les soignants autour d'une thématique à travailler comme la gestion des transports en commun. La troisième est le **soin** avec les suivis non médicamenteux comme les ateliers thérapeutiques, l'observance dans la prise de traitements médicamenteux et les temps d'entretien individuel. Pour résumer, cet établissement est un lieu de soin, de demande d'aide et d'inscription dans le groupe.

B. La médiation thérapeutique et corporelle en psychomotricité

Les médiations sont courantes en psychomotricité et recouvrent plusieurs formes. Il ne s'agit pas d'un apprentissage technique ou d'une performance mais bien de créer un espace "entre" par l'apport d'un objet concret ou d'une technique spécifique favorisant la création, l'expression et l'expérimentation. « Si la médiation constitue un dispositif préétabli, dispositif matériel, technique, d'espace, de temps, la quintessence de la médiation est selon nous immatérielle, elle est dans les processus qui visent au déploiement de l'activité représentative » (11 p278)

La médiation est un support thérapeutique, lieu d'expression ramenant le corps au centre en approfondissant des sensations et perceptions. Le choix de la médiation se fait en fonction du professionnel, du projet de soin, de l'institution, de la pathologie du patient mais aussi de ses aptitudes et de ses souhaits afin qu'elle réponde à une exigence de sens pour lui. Dans un objectif thérapeutique, elle s'appuie sur les facultés de la personne, sur ce qui va bien pour aller au-delà. La médiation corporelle répond au besoin de passer par le corps, particulièrement lorsque la verbalisation n'est pas possible. Elle est un prétexte pour entrer en relation et créer une alliance thérapeutique essentielle au travail. Dans la médiation corporelle, "le corps n'est ici ni objet ni instrument de conscience, il est cet espace sensible conscient qui soutient un dialogue avec l'entourage" (14 p31)

Elle constitue un objet d'attention conjoint venant créer un intermédiaire et un tiers dans la relation soignant-soigné où le corps est un support à l'expérience sensori-motrice et émotionnelle. Elle nécessite un temps de compréhension et d'apprentissage de cet objet ou technique médium qui va ensuite favoriser une mise en jeu corporelle porteuse d'expression. Le psychomotricien va s'engager lui-même corporellement dans la prise en charge, c'est une co-construction. Il devient lui-même support de projection et représentant concret offrant l'occasion au patient d'y laisser apparaître ses représentations. L'étayage relationnel est structurant, le psychomotricien vient mettre du sens pour traiter, rendre accessible à la pensée et symbolisable les éprouvés corporels partagés par la médiation témoin de cette relation.

« Ces expériences accompagnées, contenues dans des médiations choisies pour leurs qualités de contenance particulières et spécifiques, deviennent des expériences symboligènes participant à la construction psychique et à la subjectivation, sous réserve que cet accompagnement soit un “être avec” mais aussi sensible. Une sensibilité sensorielle, imaginaire et reconnaissable dans une émotion partagée et un “faire ensemble” éprouvé. » (49 p379)

C. Le regard de la psychomotricité sur la médiation du théâtre d'improvisation en psychomotricité

Le théâtre est un art complexe à la fois genre littéraire et une représentation recouvrant différent style en fonction des courants artistiques, des auteurs et des contextes historiques. Nous nous intéressons ici à la représentation dramatique du théâtre où les comédiens incarnent des personnages. Elle vient mettre en action les comédiens, en effet le terme *drama* en latin signifie action. Selon Aristote, le théâtre est porteur d'un effet de catharsis qui permettrait aux spectateurs et aux comédiens de vivre leur fantasme et de purifier leurs passions.

Il est rapidement utilisé dans le milieu du soin, particulièrement dans la psychiatrie. Au XVIIIème siècle, De Coulmier fait installer un théâtre dans l'asile où les patients pourront se produire. Le théâtre devient un lieu d'expression sans objectif de performance, orienté vers le vécu corporel à travers la création et la relation. Il ne s'agit pas d'un apprentissage de technique et de production de spectacle ici mais bien par l'intermédiaire de cette médiation de venir déclencher un changement dans des “zones profondes de l'être”, nous appellerons alors les patients y participant joueurs et non comédiens.

Pour Dominique Oberle en 1989 : « 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. » (le jeu dramatique s'entend ici au sens d'association d'improvisation et de faire semblant) (14 p441)

Le théâtre d'improvisation est une forme spécifique de cet art et médiation. Il se différencie du théâtre classique par son absence de texte prédéfini. La commedia dell'arte, théâtre masqué d'improvisation apparu au XVIème siècle en Italie, est considéré comme un des fondements à l'origine du théâtre d'improvisation avec ses personnages caricaturaux et facilement reconnaissable comme l'arlequin associé à la crédulité et à l'esprit joueur. L'improvisation comprend plusieurs règles :

- **l'écoute** des autres joueurs durant l'improvisation
- **l'acceptation** : les joueurs ne doivent pas faire de refus de jeu en déclinant les propositions des autres joueurs durant l'improvisation
- **l'intégration des contraintes** de l'improvisation : les joueurs doivent respecter le thème prédéfini, l'espace scénique et le temps donné par l'arbitre

Le théâtre d'improvisation recouvre plusieurs formes. Nous allons nous intéresser ici à une forme d'improvisation sans match avec arbitre auquel j'ai pu assister durant mon stage et sur lequel je me base tout au long de cette partie. Il me semble donc pertinent de présenter le déroulé de cet atelier.

1. Présentation de l'atelier théâtre d'improvisation

L'atelier d'improvisation théâtrale est hebdomadaire et a une durée fixe d'une heure et quinze minutes. Il est **co-animé** par deux infirmiers et une psychomotricienne, ce n'est donc pas un atelier spécifique de psychomotricité mais bien un atelier **pluridisciplinaire**. C'est un **atelier fermé** avec le même groupe de patients durant toute l'année. Ce cadre spatio-temporel et groupal offre de la stabilité et de la contenance aux patients. Il demande également un engagement sur une longue durée aux patients.

Les séances vont porter sur des thèmes comme la notion de temporalité, d'espace, d'écoute, de construction de personnages et de constructions d'histoires. L'ensemble des séances se clôture en fin d'année avec un bilan et une sortie

extérieure pour assister à un spectacle de théâtre d'improvisation. Il est important de noter que les patients ne montent pas de spectacles à la suite de cet atelier.

Les séances de théâtre d'improvisation se déroulent en trois temps. Un premier **temps d'éveil corporel** portant sur la prise de conscience de ses sensations et perceptions avec la mise en mot de ses ressentis.

Ensuite un **temps de préparation** est proposé afin de travailler une thématique et l'approfondir. Il recouvre différentes formes selon les thèmes et les besoins, il s'agit d'une mise en jeu corporelle et émotionnelle à travers des jeux ludiques, des mimes et des exercices de fluences verbales.

Puis arrive le **temps des improvisations** par binôme sur un thème tiré au sort préalablement et inventé par l'arbitre. La pièce se scinde alors en deux avec l'espace de la scène et l'espace du public. Les binômes ne sont pas prédéfinis et changent à chaque passage, ils se constituent d'un soignant et d'un patient. Les soignants viennent donc mettre en jeu leurs corps tout au long des séances et participent activement à chaque temps de l'atelier au même titre que les patients. Cette présence corporelle des soignants soutient l'engagement corporel des patients et est au cœur du travail de corps à corps et corps en relation du psychomotricien. Après l'annonce du thème, un temps de caucus a lieu de vingt à trente secondes pour réfléchir, s'attribuer des personnages et mettre en place l'espace scénique si besoin. L'arbitre sonne ensuite le début de l'improvisation qui dure deux minutes et trente secondes. Durant l'improvisation, une personne du public peut utiliser un joker et intégrer le jeu pour le faire évoluer. Au bout de deux minutes, l'arbitre sonne pour signaler aux joueurs qu'ils leur restent trente secondes pour trouver une chute, une fin, au jeu.

Pour finir, la séance se clôture par un **temps d'échange** où les patients sont incités à mettre en mot leur vécu. Il est important de préciser que chaque étape de la séance est marquée par un temps de verbalisation plus succinct.

2. Cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique est un point essentiel dans la prise en charge. Le cadre est avant tout **institutionnel**. La prise en charge s'inscrit dans le projet global de l'établissement servant de repère pour le travail de l'équipe soignante et garant de la cohérence du fonctionnement. Il est une enveloppe contenant pour les patients, lieu d'accueil de leur demande.

Le cadre est **spatio-temporel**, il ancre le patient dans une temporalité et un espace particulier qui peuvent lui servir de référentiel et de point d'appui. Dans l'atelier théâtre d'improvisation à l'hôpital de jour, le cadre spatio-temporel est clé, l'atelier se déroule toujours au même horaire, chaque semaine dans la même salle de l'hôpital. Ceci aide le patient schizophrène, ayant souvent des troubles dans le repérage spatio-temporel, pour planifier et s'organiser. Cette régularité amène une permanence et des repères essentiels pour instaurer un cadre de travail. Le lieu choisi par la prise en charge est un lieu propice à la pratique corporelle, suffisamment grand pour se mouvoir et accueillir les expériences sensorielles et motrices, les agitations tout en restant contenant avec des limites bien définies par les murs. Il constitue un véritable réceptacle, le cadre spatial remplit une fonction de **contenance**, de **pare-excitation** et d'**étanchéité**.

La **médiation thérapeutique** est aussi un cadre. Il va contenir le faire, il est autant un cadre matériel, physique qu'un cadre psychique et de réflexion du soignant qui part de ses postulats théorico-cliniques pour construire ce cadre. (p28 potel passage par l'acte) Le psychomotricien est garant du cadre ainsi que les soignants avec qui il co-anime cet atelier. Cette présence pluridisciplinaire constitue un encadrement pour le patient le sécurisant et lui permettant d'avoir plusieurs interlocuteurs.

Le cadre **physique** est spatial. Il est aussi lié au choix du matériel utilisé dans l'atelier comme les balles, les chaises, cordes, le scotch sur le sol pour servir de support à l'imagination et aux expérimentations sensorielles. Il a aussi un rôle de limite avec la limite du matériel, des murs ainsi que les règles de l'atelier amenant un principe de réalité.

Le cadre **psychique** est un cadre subjectivant qui va favoriser l'individuation du patient. Il doit être un juste milieu entre solide et souple pour soutenir le processus de symbolisation. Il dépend de la disponibilité psycho-corporelle du thérapeute pour servir de réceptacle et de transformateur sublimant des états du patient. Le cadre psychique est un fondement de la relation thérapeutique assurant la mise en place de l'alliance thérapeutique.

La prise en charge groupale participe au cadre thérapeutique. Nous allons le développer dans la partie suivante.

3. Groupe thérapeutique

Le théâtre a pour spécificité d'être une activité qui se pratique uniquement à plusieurs, c'est une **co-construction**. Le groupe apporte un cadre et est garant de la dynamique du jeu. Cette dynamique est possible grâce à l'hétérogénéité du groupe et en même temps suffisamment homogène pour créer une alliance thérapeutique. Son utilisation en tant que médiation nécessite donc une prise en charge groupale. Elle est un choix thérapeutique. Le groupe amène le patient à expérimenter avec et par l'autre. L'autre remplit une fonction **identificatoire** et de **miroir** venant structurer le sujet dans la connaissance de lui-même. Roussillon, en 2004, parle de "passage nécessaire via le miroir de l'autre pour le repérage des états de soi" (14 p444) Les autres deviennent des pairs, leur regard construit l'image du corps du patient. Il vient clairement délimiter un espace à l'autre, un espace à soi et un espace à l'intersubjectivité.

Selon Patrick Bloissier, le groupe vient atténuer les phénomènes de transferts et de contre transferts et amène une diversité dans les figures identificatoires et les relations. De plus, le groupe est une **enveloppe contenant** pour le sujet participant au cadre sécurisant de la prise en soin. Haag parle de "peau de groupe" ainsi que du regard du groupe qui enrichissent et soutiennent la représentation de soi avec une fonction de contenant qui est symbolisante.

La prise en charge groupale est aussi une raison de rentabilité, de manque de moyen ou de **choix institutionnel** qui ne dépendent uniquement du choix du soignant. C'est le cas de mon lieu de stage comme je l'ai expliqué dans la partie précédente. Cette dynamique groupale, choisie par l'institution, s'inscrit aussi dans une pluridisciplinarité de la prise en charge.

4. Mouvement et passage par l'acte

« Le corps est l'instrument du comédien, qui ne peut pas en choisir un autre »
(13 p356)

Le corps est le médium privilégié du théâtre, c'est lui qui fait prendre vie aux personnages et à l'espace scénique. Le joueur s'implique continuellement, il devient actif, son **engagement corporel** fait travailler son ajustement tonique, ses mimiques, sa gestuelle et sa posture. Il amène à un éveil kinesthésique et une grande réceptivité sensorielle intéroceptive, extéroceptive et proprioceptive en explorant les possibles de son corps qui l'encre dans l'ici et maintenant. Les jeux de miroir et d'imitation mettent au travail le patient sur son schéma corporel et son image du corps. La conscience corporel est au cœur du théâtre incitant le joueur, le patient, à explorer de nouvelles sensations, il soutient les représentations corporelles en différenciant le soi du non soi. Le corps prend toute sa valeur communicative dans cet espace singulier. « Il en est ainsi de toutes les activités psychomotrices : l'engagement corporel qu'elles supposent va soutenir l'engagement de la personne toute entière. Mais inutile de rappeler que dans nos lieux thérapeutiques, nous nous adressons à des patients souffrant dans leur corps ou dans leur sentiment d'être existant. » (50 p366)

L'atelier théâtre d'improvisation est un support pour la mise en mouvement et le passage par l'acte du patient. « L'acte est un engagement du corps, créatif, qui engage la personne dans ses sensations, ses perceptions, dans toute sa globalité "psychomotrice". Cet engagement va servir de moyen d'expression. » (61 p20)
L'acte prend racine dans le corps, engage la personne et sert d'intermédiaire dans la relation. L'acte créateur est la mise en action du mouvement de la pensée dont

l'instrument est le corps. L'acte créateur est un acte d'affirmation de soi. « Pour être créatrice, une personne doit exister et avoir le sentiment d'exister, non de manière consciente, mais comme une base qui lui permet d'agir. La créativité est alors un faire qui est issu d'un être.» (52 p11) Ce passage par l'engagement corporel et ses éprouvés est essentiel pour la mise en mot, surtout pour les patients pour qui la verbalisation est difficile, il permet un équilibre entre les deux en créant une voie d'entrée dans la symbolisation et l'expression. "De plus, l'activité corporelle est au centre de l'acquisition des notions de quantité, de mouvement, de conservation, de similitude, d'espace et de temps, grâce aux actes que sont les expériences pratiques, les imitations et les échanges avec les autres. Ainsi, les fonctions psychomotrices ne sont pas un prérequis à l'acte mais le résultat de celui-ci." (61 p21)

Être en mouvement c'est se sentir en vie en opposition avec le cadavre immobile où même le mouvement de la respiration n'est plus perceptible. Le mouvement contribue au va et vient permanent entre la sensation et la symbolisation permettant au sujet d'avoir un sentiment d'existence et de connaissance de soi. Ce lien se fait par la boucle sensation, perception et représentation venant créer du lien entre le vécu corporel et les représentations associées. Selon Bergès (2004), le mouvement ne se résume pas à un simple déplacement moteur, mais peut également être un **geste ayant un but**. Il renvoie à l'aller retour incessant entre **corps objet et corps sujet**. Le corps objet fait référence au corps lors d'action produite de manière automatisée, sans conscience particulière de ce dernier. Chez les patients schizophrènes dans l'atelier, j'ai pu régulièrement observer une impossibilité de faire cet aller-retour. Le corps n'est plus qu'objet de souffrance, de somatisation bloqué dans leur sensorialité envahissante ou complètement délaissé et dissocié. Le mouvement dans l'atelier est un véritable processus de resubjectivation. « Si le malade n'existe plus comme conscience il existe comme chose. Ou bien le mouvement est mouvement pour soi, alors le « stimulus » n'en est pas la cause mais l'objet intentionnel, ou bien il se fragmente et se disperse dans l'existence de soi, il devient un processus objectif du corps, dont les phases se succèdent mais ne se connaissent pas. » (43 p141) Par le mouvement, l'atelier tente de créer à nouveau cette boucle en amenant le sujet à vivre le corps sujet en apportant l'éclairage de la conscience sur celui-ci et en lui donnant une signification,

une couleur. Ainsi le geste, le mouvement, ne se limite pas à une action résultante des processus neuromoteurs et neuropsychologiques, mais se compose plutôt d'un acte adressé, porteur de significations symboliques, relationnelles et linguistiques. Les mouvements expressifs, codifiés et créatifs nécessitent une connaissance et reconnaissance de son propre corps. « Chaque posture, chaque geste, est une façon d'être, de recevoir, de se présenter. Le corps dont la création est aussi celle du sujet, n'est pas un instrument de l'être, un objet qu'il manierait, mais son écrin, sa présentation. Il y a donc une expressivité fondamentale du corps qui n'est mise en signes. » (38 p67)

Le patient a besoin de repérer ses points d'appuis pour initier un mouvement ce qui va travailler directement sur son schéma corporel. « Le mouvement fait partie intégrante de la perception. » (7 p204) Ainsi il enrichit le répertoire des ses représentations corporelles. Le mouvement est la « modification du rapport des segments corporels entre eux, amenant soit un simple changement de posture du corps avec changement de situation des parties entre elles, soit un déplacement de l'ensemble du corps dans l'espace » (57 p27) L'improvisation met également au travail l'appréhension de l'espace proximo-distal en jouant en binôme différents rôles dans divers contextes.

L'expérience du corps en mouvement est la condition de la conscience corporelle, en partant de la circulation sanguine aux micro-mouvements jusqu'à la marche. C'est ce **mouvement permanent** synonyme de vie qui apporte une connaissance intime de soi. La mise en mouvement est possible par le **mouvement de la respiration**, un travail central dans le théâtre tant pour la posture que pour la voix. La synchronisation du mouvement et de la respiration est elle-même expressive, elle constitue un point d'ancrage à la conscience corporelle. « La respiration est la pulsion de vie du mouvement et celui ci est toujours porté par celle ci et non l'inverse » (14 p440) J'ai pu régulièrement observer les patients dans des postures d'enroulement axial, la fuite du regard et les membres regroupés réduisant de manière considérable le champ des possibles dans les déplacements et les mouvements. Travailler sur la respiration permet d'initier un mouvement d'ouverture dans la posture et la démarche du patient sur scène mais aussi au-delà de l'espace scénique.

Monsieur G présente une hypertonie de fond, il se tient toujours érigée. J'ai également remarqué une rigidité musculaire. Durant l'atelier, la psychomotricienne a proposé un exercice de déplacement dans la pièce avec des contraintes physiques, similaire pour tous, comme être tendu, boiter ou encore être tout mou. Monsieur G est capable de se mettre en mouvement cependant il montre des difficultés à atteindre le relâchement tonique nécessaire pour faire semblant d'être tout mou malgré des exercices de ballant auparavant pour tenter d'abaisser le tonus.

Le mouvement permanent amène lui-même à un mouvement de la psyché, il se retrouve dans la pensée avec le **mouvement d'abstraction**. Il garantit la possibilité de se percevoir soi-même dans sa globalité. Cette mouvance dans les différentes sphères de l'individu lui fait redécouvrir le plaisir de se mouvoir simplement en portant attention à lui-même, avec une souplesse d'être et une pensée particulièrement dans l'ici et maintenant. « Le mouvement progressif de la perception vers la prise de conscience du corps et c'est grâce à la multiplication des modes d'apparition par lesquels le corps tombe dans le champ perceptif que se crée le souvenir de sa présence. Il y a alors synthèse de la perception, unité du corps propre. » (1 p36)

Le mouvement et l'action permettent une prise de conscience corporelle, comme dans le Qi Gong ou le Feldenkrai, en évitant l'angoisse que peut créer le fait de rester passif ou statique. Le psychomotricien vient garantir une articulation constante entre éprouvé corporel, mouvement et langage. Cet engagement dynamique et dans le mouvement fait éprouver un sentiment de sécurité au patient, d'existence, de présence à soi-même mais il est aussi une manière de retrouver du plaisir dans l'agir et dans le corps qui est normalement source de souffrance. Sur la scène du théâtre, en jouant spontanément et en répétant le jeu d'improvisation, le patient schizophrène parvient à déjouer sa problématique, à nouer des liens à travers le plaisir partagé, et à renouer avec l'expérience d'investissement de son corps en action. « L'expérience théâtrale mobilise une mémoire du corps, qui renvoie à des vécus archaïques, souvent préverbaux » (13 p356) Ses affects non mentalisés vont passer par l'agir sur scène. Selon Benoît Lesage (2012) : “ Ce passage à

l'action semble un mode fondamental d'intégration, une façon d'actualiser et de réactualiser de nouvelles manières d'être, de se présenter, d'ancrer de nouvelles organisations du penser et du sentir. " (14 p443)

Monsieur G se saisit et s'implique dans l'atelier, il est ritualisé et il semble lui apporter de la contenance. Cet espace est l'occasion pour lui de faire éprouver de nouvelle expérience dans ce corps vécu en un bloc en le mettant en mouvement. Régulièrement durant les représentations, Monsieur G se jette au sol, improvise des scénarios de chute. Il utilise cet espace scénique pour éprouver dans un cadre sécurisant ses angoisses archaïques d'effondrement mais aussi ses angoisses de mort en passant par le vécu corporel d'une chute. La psychomotricienne va alors étayer et poser des mots sur ces représentations. Après l'avoir éprouvé à plusieurs séances, Monsieur G ne l'a plus fait, semblant de plus ressentir le besoin de l'éprouver. Ces mises en jeu semble lui avoir permis de revivre une scène de son passé, une tentative de suicide ainsi qu'exprimer ses angoisses.

Cette vignette clinique illustre la mise en jeu en corps en action pour créer de nouvel éprouvé et traiter les angoisses. Elle montre aussi l'intérêt du faire semblant dans le théâtre pour prendre de la distance et vivre des scènes propres à la subjectivité du patient.

5. Le jeu : faire semblant et incarnation de personnage

L'atelier théâtre d'improvisation est un **espace de jeu** pour les patients où ils peuvent laisser place à leur créativité et expressivité. Le jeu prend une place particulière dès l'enfance, il fait partie intégrante du processus développemental faisant progresser les compétences cognitives, affectives, psychomotrices et créatives. Le jeu structure le savoir faire et le savoir être de l'individu. Selon Piaget, le jeu est le conduit de l'action à la représentation où le joueur peut vivre et percevoir librement dans le jeu.

Mead différencie deux types de jeu : le game, jeu réglementé, et le play, jeu libre, ces notions seront reprises plus tard par Winnicott. Le théâtre d'improvisation se situe entre les deux, il est à la fois un jeu avec des règles qui encadre, sécurise et apporte du lien dans le jeu mais où tout est jouable dans le respect de l'autre, de soi-même et des règles. Il est également un jeu libre, spontané et symbolique avec la possibilité de s'approprier différents rôles en mettant en scène ce qui l'anime.

Le joueur s'engage dans un cadre spatial, un rythme et un mouvement durant une **activité spontanée** porteuse d'expression spécifique à lui-même et de sa création libre. Selon E. Picker, elle correspond à une action volontairement réalisée, sans être contraint ou incité. Elle met en lumière les états affectifs, l'histoire et le vécu corporel du sujet. Le fait d'offrir la possibilité aux patients de jouer dans un cadre contenant et sécurisant va leur permettre un jaillissement de soi favorisant un passage d'un vécu brut en une transformation symbolique. Le jeu est un lieu d'expériences enrichissant et structurant le monde interne et les représentations corporelles du sujet. « Du spectateur au comédien, il s'agit de mettre en exergue la façon dont les conflits intrapsychiques peuvent s'actualiser sur une scène théâtrale, provoquant ainsi leur abréaction. » (14 p441)

Le jeu du **faire semblant** lors de l'improvisation fait naître des représentations à partir de la pensée concrète selon Debesse. Ce faire semblant est la métaphore et la symbolisation des idées du joueur au travers de son expressivité. Durant les exercices d'éveil corporel, les aller-retour entre les sensations contrastées permettent au patient de différencier le dedans du dehors, les rythmes d'ouverture et de fermeture, d'impression et d'expression mais aussi de tension et de relâchement. C'est par ces contrastes entre deux polarités qu'il prend conscience de ses états. Le faire semblant vient travailler l'image du corps du patient en symbolisant ses vécus et ses perceptions corporelles à partir de la synthèse inconsciente de ses données sensorielles. « Jouer, c'est accepter de loger momentanément sa réalité interne dans le monde externe et dans la perception de celui-ci, et suppose que le monde interne et monde externe (qui ne sont tous deux qu'un point de vue interne sur le monde) soient suffisamment différenciés. » (36 p147) Le psychomotricien va s'appuyer sur cet engagement corporel dans le faire semblant pour inviter le patient à se vivre dans son corps autrement : être dans la fiction ou le réel, s'incarner un

personnage avec de nouvelles spécificités physiques. Le psychomotricien va être le garant de ce passage entre réalité et imaginaire et le réguler. J'ai pu régulièrement observer une difficulté à jouer dans cet espace entre réel et imaginaire chez les patients où le patient ne parvient pas à se détacher du réel et du rationnel.

Monsieur G montre des difficultés à se détacher du réel. Durant les représentations, l'accès à l'imaginaire est limité, malgré une bonne différenciation entre réel et fictif. En effet, il ancre ses personnages et scénarios dans des éléments rationnels et factuels semblant le rassurer. Lors de scénarios plus irrationnels et fantastiques, quand il retourne dans le public à la fin il exprime un malaise face à cette absence de rationalité lui donnant le sentiment de ne pas avoir d'idée pour jouer sur ces thèmes. De plus, il utilise systématiquement des objets matériels dans la pièce pour symboliser son idée d'objet fictif. Le fait de manipuler de manière imaginaire un objet fictif le met en difficulté. Ceci me questionne sur son accès à l'imaginaire et sa capacité de mémorisation quant à la question de la permanence de l'objet. Je m'interroge sur le passage de la symbolisation primaire, en présence de l'objet, à la symbolisation secondaire, en l'absence de l'objet, chez ce patient.

Ce jeu de faire semblant s'accompagne de la **création** et l'**incarnation de personnages** fictifs ou réels dans un contexte imaginaire. Il leur offre la possibilité d'être quelqu'un d'autre. Le psychomotricien va pouvoir interroger ce que cette expérience évoque en eux, afin d'ouvrir possiblement à une meilleure connaissance d'eux-même, de devenir "Je" par le jeu. Le choix du personnage avec la gestuelle et la posture associée sont très personnels au sujet en fonction de ses images mentales et de son passé. Il demande au patient d'affiner ses perceptions et ses représentations corporelles pour créer et aller au-delà, rendre visible ce qui n'existe pas au travers de mime, de mimiques faciales, de gestuelles et d'intonation de voix. Le psychomotricien dans cet exercice ludique va inciter le patient à observer et intérioriser ses perceptions. « Afin de rendre vivant ce personnage qui n'existe pas, le patient devenu momentanément acteur s'appuie sur sa mémoire, ses représentations, son corps, et y met sensibilité et émotion. Les joueurs, dans l'ici et le maintenant du jeu, sont ainsi obligés de prendre en compte les gestes et les

paroles qui adviennent spontanément, les amenant à trouver de nouveaux liens entre eux. » (14 p444)

Le **langage corporel** prend ici toute son essence sur l'espace scénique où il vient illustrer la manière d'être au monde et la manière dont le patient se vit dans son corps. Il n'y a point de neutralité du corps sur scène. Chaque élément apporté sur scène est expression de la voix à la respiration au geste. Le **geste** est porteur de sens : « Autrement dit, le corps, plutôt que trajet et moyen, peut être but: lorsqu'on demande à un sujet normal de lever le bras, le mouvement du bras est visé pour lui-même et le sujet le vise en tant qu'indépendant du monde donné, et suscitant au contraire un monde fictif, possible, virtuel. Il ne part plus de la situation, il la crée. » (6 p47) Cependant j'ai pu remarquer un registre limité dans la gestuelle chez certains patients durant l'atelier comme une carence instrumentale ou une carence d'idée. Selon Potel, « Plus la pathologie est marquée, plus les improvisations sont inhibantes et conduisent le sujet dans une sorte d'impasse : les gestes sont pauvres, répétitifs, manquent de nuances. [...] ils manquent de gestes pour leurs idées. » (14 p40)

L'**expression corporelle** découle directement de la conscience corporelles du joueur en faisant appel à sa sensibilité, ses représentations corporelles mais aussi à ses angoisses archaïques. Comme décrit dans la vignette clinique de Monsieur G et son angoisse d'effondrement dans la partie précédente, l'acte et le faire semblant dans un cadre sécurisant lui ont permis de se faire vivre cet effondrement de manière minime et théâtralisée pour dépasser ses angoisses et remodeler son rapport à lui-même. Le corps est l'intermédiaire entre soi et l'autre où le théâtre propose un espace de mise en jeu et de traduction.

6. Corps à corps

Le **corps en relation** est au cœur de l'atelier. Les joueurs, durant le temps de préparation, vivent des exercices de contact, de toucher et de co-création. Le psychomotricien propose des exercices durant le temps de préparation qui va venir travailler sur cette conscience corporelle dans la relation poussant le patient à retrouver un équilibre psychocorporel pour en faire un instrument afin de s'exprimer et communiquer. "Ainsi les propositions du psychomotricien permettent de puiser dans les expériences sensorimotrices, de faire des aller-retours entre les polarités toniques, d'explorer ses possibilités corporelles sans enjeux, et progressivement de les intégrer dans un contexte symbolique, nourri d'imaginaire" (14 p443)

Dans le corps touchant-touché, le **dialogue tonico-émotionnel** est central. Cette notion a été développée par Ajuriaguerra. Il s'agit d'un outil thérapeutique en psychomotricité. C'est un langage universel, le dialogue tonico-émotionnel est le premier et dernier mode de communication, il est déterminant dans le développement tonique de l'enfant et un appui pour établir un échange. Ce mode de communication peut être conscient ou inconscient. Elle s'appuie sur la proprioception. La psychomotricité peut donc soutenir deux dimensions essentielles du tonus :

- la **dimension relationnelle et affective** : grâce aux variations toniques et aux activités permettant de faire émerger des réactions tonico-émotionnelles qui nous renseignent sur l'état émotionnel de la personne. Elles permettent l'intégration des sensations par les variations entre les deux partenaires impliqués.
- la **dimension fonctionnelle** en faisant appel à la contenance, à la posture et à la motricité pour mettre en jeu les trois types de tonus (base, postural, d'action).

L'état tonique dépend de la personne et du contexte, chez les patients de l'atelier, j'ai pu observer des troubles de la régulation tonique impactant ce dialogue dans le corps à corps. Il était alors souvent proposé des exercices de respiration

profonde pour l'ajuster ainsi que des jeux de poids-contre poids en binôme. Cette modulation clarifie les éprouvés en faisant sortir le patient des perceptions vagues. Elle les met en ordre afin de décrypter ses propres états corporels et ceux de l'autre. La modulation tonique régule les états des partenaires impliqués. "Ces techniques conduisent sur le chemin de l'authenticité, dans un rapport serein à son corps, à sa conscience et à l'autre" (60 p6)

Il renseigne donc sur le fonctionnement et l'état émotionnel de la personne. Le dialogue tonico-émotionnel enrichit mutuellement les partenaires en utilisant leur proprioception pour prendre conscience de leur corps. Il affecte les représentations que le patient a de lui-même et de sa qualité relationnelle lui donnant accès à de nouveaux schèmes de mouvement et des expressions différenciées. Il lui permet de vivre la différence entre soi et l'autre. J'ai pu aussi constater un défaut de l'image du corps et du schéma corporel dans la difficulté à percevoir les limites de leur propre corps, à différencier le dedans et le dehors ainsi que le soi et le non soi lors de l'atelier de théâtre d'improvisation.

Les soignants au même titre que les patients s'impliquent, jouent et acceptent d'être suffisamment flexible pour être "comme un double (ou un moi auxiliaire) au service d'un renforcement narcissique". (50 p354) Cela nécessite que le soignant ait bien construit et travaillé sa conscience corporelle. Les soignants et plus particulièrement le psychomotricien, remplissent une **fonction de contenant**. Il est le réceptacle sensible aux manifestations psychocorporelles du patient et va l'accompagner dans un laisser être. Le patient, le joueur, est sujet de son travail au sein de cet atelier, il n'est pas l'objet du travail du psychomotricien. La simple proposition d'expériences corporelles ne suffit pas à inciter un individu à investir dans son propre corps et à s'en approprier la sensation. C'est plutôt en investissant avec lui notre propre corps et nos éprouvés que nous pourrions l'encourager à s'investir progressivement lui aussi. Le psychomotricien ne peut pas feindre, sa posture attentive, flexible et engagée dans le jeu est un support pour le patient.

Nous pouvons alors parler de **holding** du psychomotricien, s'inspirant des notions de handling, holding et object presenting de Winnicott. Le holding est la manière dont un enfant est porté par sa mère, le parallèle avec le psychomotricien

qui porte, supporte et accompagne le patient tant sur le plan corporel que verbal est totalement écho avec cette notion. Ce portage va organiser et contribuer à l'intégration des expériences sensorielles du corps à corps, il protège et sécurise le patient face aux expériences corporelles angoissantes et déstructurantes de la schizophrénie. Il remplit une fonction de maintenance du psychisme. Il est aussi en lien avec le **handling** qui est la manière dont le bébé est mobilisé et soigné par sa mère. Le handling par le personnel soignant, comme le corps à corps et les soins sans notion de maternage, est une fonction contenante pour le patient et va lui permettre d'intérioriser les éprouvés sécurisant par le sentiment d'ancrage corporel pour ensuite se porter et se sentir lui-même contenant. Il permet l'émergence d'un sentiment de corps unifié, de continuité d'existence et d'accroître la conscience corporelle par cette sécurité interne. « Pour reprendre les idées de Winnicott, on peut penser que le holding et le handling prodigués à un nourrisson consistant, à travers l'élaboration du dialogue tonico-émotionnel, à construire simultanément l'histoire de l'enfant et la délimitation de son espace, par le ressenti d'existence de son corps en relation à l'autre. » (21 p222)

Le psychomotricien incite le patient à **verbaliser**, il accueille la mise en mots des perceptions et va transformer les manifestations à travers des hypothèses pour produire du lien avec les éprouvés, les affects et les représentations corporelles partagés dans le corps à corps pour créer une nouvelle symbolisation. Ces manifestations peuvent être des états mais aussi des productions du patient comme de la confusion, de la rigidité, du vide, de l'agitation, de la tristesse, de la sidération... Selon Bion, le psychomotricien "prête son appareil à penser les pensées" sans pour autant fusionner, chacun garde son individualité, les mots choisis par le psychomotricien vont juste servir à aider le patient à structurer sa pensée et non à penser à sa place. Comme l'affirme S. Robert-Ouvray : « le psychomotricien est le thérapeute du corps mais a son mot à dire ». Le patient schizophrène est "l'élément Bêta" avec des impressions sensorielles, des vécus émotionnels sans symbolisation ou avec une assimilation erronée par les symptômes positifs créant des angoisses. Les éléments brut du vécu du patient vont pouvoir être traduits et transformés, c'est la "**fonction alpha**" du psychomotricien. En effet, en verbalisant et par le dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien détoxifie et accompagne le patient vers une nouvelle perception de ces éléments

plus assimilable pour les traiter plus sereinement et mettre à distance certaines angoisses. Ce processus amène le patient à la création de nouvelle représentation corporelle en affinant le schéma corporel et en ajustant l'image du corps.

7. Le quatrième mur : vu et être vu

« Imaginez sur le bord du théâtre un grand mur qui vous sépare du parterre ;
jouez comme si la toile ne se levait pas. »

- Denis Diderot, 1758 (21)

Le quatrième mur, dans le théâtre, correspond à un mur imaginaire sur le devant de la scène séparant l'espace scénique de l'espace du public. C'est un contrat implicite entre les comédiens et le public. Ce concept a été inventé par Diderot en 1758 dans le *Discours Dramatique*. Lorsque le comédien s'adresse directement au public, il est considéré qu'il brise le quatrième mur. Dans le cadre de l'atelier, les soignants incitent les patients à conserver ce quatrième mur durant les improvisations. Il permet de maintenir une délimitation de l'espace clair pour les patients pour éviter une confusion entre réel et imaginaire. Le psychomotricien va contenir le jeu, l'organiser dans le cadre spatio-temporel pour "permettre que la réalité et l'illusion puissent coexister sans être pour autant confondu". (14 p357) Il apporte un soutien suffisant pour rester dans la pièce et amener le patient à jouer avec nous mais aussi en notre seule présence.

Durant les improvisations, la pièce se sépare donc en deux entre espace scénique et espace du public, entre voir et être vu. L'espace du public est l'espace pour regarder, voir la représentation. L'espace de la scène lui est le lieu de la représentation, c'est un espace d'entre deux : entre le monde interne de chaque joueur et le monde externe fruit de leur co-création. Elle est le lieu où les expressions des patients sont partageables. L'espace scénique, comme vu précédemment, est une **aire transitionnelle** fédératrice et sas entre deux mondes. L'espace scénique est une aire transitionnelle, selon Winnicott, une troisième aire, espace où il est possible de transformer les contenus psychiques en éléments symbolisables. Elle est fédératrice et constitue un sas entre deux deux mondes où le

plaisir du jeu est un véritable levier pour la créativité et la structuration. Elle crée un double mouvement incessant du dedans au dehors, de la représentation mentale à l'expressivité, de l'expression à l'impression. La notion de répétition se retrouve dans l'improvisation qui va jouer entre fiction et réel. Attigui dira que "C'est par la répétition de ces allers-retours entre fiction et réalité que quelque chose se structure peu à peu chez le patient, lui donnant alors le goût de la nouveauté" (2 p107). Sa structuration et délimitation claire organise le sujet. La conscience de l'espace et la conscience corporelle sont intimement liées, elle influence directement le schéma corporel du patient. « Appréhension de l'espace et conscience du corps ne sont pas des fonctions isolées, abstraites, juxtaposées [...] La dynamique du corps agissant ne pouvant s'accomplir que dans l'espace, l'espace n'étant rien pour nous sans le corps qui agit » (14 p31)

Le psychomotricien va s'appuyer sur cette délimitation de l'espace pour créer une dynamique avec le public. En effet, le public et l'arbitre, rôle rempli par un des soignants, jouent un rôle essentiel dans la structuration du vécu corporel du joueur. Ils sont les témoins du déroulé des événements sur scène. Après l'improvisation, les joueurs retournent dans le public et s'en suit un échange. L'arbitre retrace ce qui a été joué : il souligne les traits des personnages ainsi que les moments forts de l'improvisation. Les soignants favorisent l'échange et le maillage intersubjectif. Chaque personne peut partager ses ressentis que ce soit les joueurs ou le public. Le patient qui vient d'improviser est invité à verbaliser ses éprouvés. Le but est d'amener le patient, sujet de sa souffrance et dans un vécu brut de ses sensations, à devenir sujet sur le mode verbal pour les symboliser et se les représenter. Il peut mettre en mot ce qu'il a tenté de communiquer par le jeu. Le patient est le sujet de sa propre réflexion que le psychomotricien va étayer et ajuster si nécessaire pour le détoxifier et mettre du sens. Ceci va permettre au sujet de mettre de la distance, prendre du recul sur le jeu en l'explicitant.

Le quatrième mur s'appuie donc sur le concept de vu et être vu, sans le regard d'un public il n'existe pas. La vue fait partie des cinq sens fondamentaux. Le **regard** joue un rôle particulier dans la conscience corporelle, il va bien au-delà de la vue au sens sensoriel. Il est au cœur de l'intersubjectivité, il correspond à ce qui va attirer l'œil et ce qui permet d'entrer en contact bien avant le langage. Il est le reflet

de notre attention et de nos émotions. Il est à la fois sensation, perception et expression. Selon Lacan, « l'image de mon corps passe par celle imaginée dans le regard de l'autre ; ce qui fait du regard un concept capital pour tout ce qui touche à ce que j'ai de plus cher en moi et donc de plus narcissique. » Le regard du public est donc un élément de valorisation narcissique pour le joueur au même titre que les rires. Ce regard permet à la fois une identification, une individuation, une réassurance corporelle, une meilleure estime de soi. Souvent, durant l'atelier, les patients sont à la recherche du regard des soignants pour les rassurer et avoir une validation sur la production qu'ils font. Le psychomotricien s'appuie particulièrement sur cette spécificité pour guider et épauler les patients.

Ainsi au travers de cette médiation, le psychomotricien va tenter de remettre le corps au centre. La prise en charge psychomotrice amène le patient à un réaménagement de son vécu corporel de manière plus sereine ainsi qu'à une façon d'être au monde plus harmonieuse. Le psychomotricien ne va pas travailler directement sur l'histoire et les angoisses du patient, il se concentre sur les sensations persistantes dans le présent. Il prend appui sur les capacités présentes du patient pour le valoriser et s'en servir d'ancrage vers l'au-delà des possibles et dans des éprouvés agréables afin de faire vivre au patient son corps autrement que sous le prisme de la maladie et des restrictions.

D. Etude de cas : Monsieur H

« Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit) que la sollicitude intelligente compose. »

Paul Valéry (62 p322)

1. L'anamnèse

Pour appuyer la théorie, j'ai choisi de développer une étude de cas sur Monsieur H. C'est un homme de 31 ans grand et corpulent. Il a un style très affirmé dans des tonalités sombres avec des hauts à l'effigie de groupes de métal, il porte régulièrement du vernis noirs écaillés et un trait noir sous les yeux. Son visage rond arbore une longue barbe qu'il tresse et teint parfois en vert. Son corps est recouvert de nombreux tatouages et piercings. Lorsqu'il est en interaction, il adresse un regard doux et un sourire à ses interlocuteurs. Ces éléments créent une discordance dans sa présentation.

Concernant l'histoire de Monsieur H, il a grandi dans un milieu fortuné, entouré d'un frère et d'une sœur avec qui il est toujours en contact à ce jour et entretient des bonnes relations. Il perd sa mère à l'âge de 10 ans des suites d'un cancer. Il est mis à la porte par son père après l'annonce de son homosexualité il y a quelques années. Après avoir suivi une scolarité classique, il obtiendra un baccalauréat scientifique et tentera la première de médecine qu'il ne réussira pas. Il va ensuite se tourner vers le tatouage et tenir un salon. Il finira par le vendre et vivre avec l'argent de l'héritage d'une de ses grands-mères. Célibataire, il vit seul dans un appartement qu'il décrit comme très encombré et dit avoir un "syndrome de diogène".

A propos de ces activités extérieures avant son hospitalisation, il les investit particulièrement et elles semblent être des moments importants pour lui. Il raconte

faire des spectacles de Drag Queen et avoir eu un groupe de musique de deathcore où il jouait à la guitare et à la batterie. Ses performances en tant que Drag Queen lui permettent, d'après lui, d'explorer sa part de féminité, ce qui soulève chez lui des questionnements autour de son genre et de son orientation sexuelle.

2. Le parcours médical

Le début du parcours médical de Monsieur H a été brutal. Il fait une première tentative de suicide il y a 7 ans et une seconde il y a presque 3 ans. Suite à cette dernière tentative, il se rend aux urgences psychiatriques et se fait hospitaliser rapidement en unité fermée à temps complet d'octobre 2021 à janvier 2022. Durant son hospitalisation, il est placé sous curatelle.

Dans un premier temps, le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, catégorie F33, selon la CIM-10, avec un trouble psychotique non organique, catégorie F28 est posé. Il évolue ensuite vers un nouveau diagnostic de schizophrénie paranoïde, catégorie F20 selon la CIM-10, avec présence significative d'anhédonie et d'aboulie. Comme vu dans la première partie, la schizophrénie paranoïde est la forme la plus productive sur le plan symptomatique avec la présence importante d'idées délirantes, d'hallucinations et de perturbations des perceptions. Elle est souvent liée à une forte anxiété.

Monsieur H présente un trouble de l'usage à différentes substances. Durant plusieurs années, il consomme régulièrement du crack, de la cocaïne et du cannabis. Une rupture avec l'état antérieur est notable il y a 5 ans suite à une agression sexuelle sous GHB. Cet arrêt brutal de la cocaïne en réaction à son agression est suivi d'une aggravation de son état de santé avec l'apparition d'idées délirantes et d'hallucinations. Monsieur H parle de chuchotements insultants ou commentant ses actes avec velléité de passage auto-agressif, il pense entendre les pensées de ses voisins. Lors de notre entretien, il évoque des "voix lui brouillant la tête" néanmoins il est capable de critiquer ses hallucinations et distorsions de discours de ses interlocuteurs et a conscience de son trouble malgré une fragilité visible lors de son évocation.

Durant hospitalisation , il verbalise un sentiment de sécurité vis-à-vis du cadre institutionnel et des soignants qui lui apportent de la contenance. Il fait plusieurs sorties programmées pour voir son cercle amical faisant preuve de soutien à son égard. Un accompagnement en addictologie est mis en place afin de le guider dans l'arrêt de prise de substances et gérer le phénomène de craving. Il compense cette dépendance et envie avec le tabac. En janvier 2022, une transition progressive vers une prise en charge ambulatoire en HDJ et CMP s'effectue.

Concernant ses traitements, il prend actuellement de l'Abilify, antipsychotique et neuroleptique atypique de dernière génération. Il est prescrit dans le but de limiter les effets secondaires. En complément, il lui est prescrit un antidépresseur et deux anxiolytiques. Monsieur H fait preuve d'une bonne observance. Ce traitement médicamenteux conséquent engendre des effets secondaires importants. Il se plaint régulièrement de sialorrhées. J'ai pu observer aussi durant nos rencontres des tremblements au repos, une hypertonie et une rigidité articulaire qui sont souvent associées à un syndrome extrapyramidal faisant partie des effets secondaires de certains neuroleptiques.

3. La prise en charge à l'hôpital de jour

a) L'entretien individuel et l'observation clinique

Aucun bilan psychomoteur n'est effectué avec ce patient. La demande de prise en charge n'est pas d'évaluer ses compétences psychomotrices mais de s'appuyer sur les observations cliniques pour ajuster l'accompagnement. La psychomotricienne va chercher la mise en sens de son vécu et ses ressentis au fil des rencontres et des ateliers en lien étroit avec son histoire de vie.

Mes observations cliniques seront basées sur mes rencontres avec Monsieur H durant les ateliers d'improvisation théâtrale, les temps plus informels de café d'accueil et de jeux de société ainsi que l'entretien individuel. J'ai pu proposer un entretien individuel à Monsieur H en présence de ma maître de stage. Il a fait preuve d'enthousiasme à ce sujet. Lorsqu'il se présente à l'entretien, il est de bon contact, souriant et avenant. Il me fait part de la conscience douloureuse de sa pathologie. Il

m'évoque les voix qu'il entend, sur le dessin le représentant (voir Annexe 2) il se dessine sans oreille, je me suis alors interrogé si cette absence pourrait symboliser une volonté de se couper de ses voix. J'ai pu observer sur différents temps, des signes typiques de la schizophrénie chez lui comme des bizarreries et des regards fixes.

Le ralentissement psychomoteur de Monsieur H est notable dès les premières interactions avec lui avec une bradykinésie qui correspond à une exagération anormale des temps de réactions et une lenteur des mouvements volontaires. Les temps de réaction durant les discussions sont aussi ralentis (bradyphémie) et succincts. Le ralentissement psychomoteur est un symptôme psychomoteur typique de la schizophrénie néanmoins il peut aussi être dû aux effets secondaires des traitements médicamenteux.

Son ralentissement psychomoteur lui donne une allure "fantomatique". Ce sentiment est renforcé par sa fixation dans une posture d'enroulement et de son regard. Il se déplace le dos voûté, les genoux pliés, le regard fuyant vers le sol. Son enroulement axial renvoie à une position d'abaissement du déprimé et de protection. Comme l'affirme Andre, "l'inhibition et le repli constituent en effet une défense contre toute menace d'intrusion" (1), dans le cas de Monsieur H un questionnement se pose sur le sentiment d'intrusion par l'environnement mais aussi la présence d'HAV l'amenant dans cette position de protection.

Cependant dans la motricité volontaire, Monsieur H se redresse et présente une hypertonie d'action et rigidité articulaire. J'ai pu les remarquer en entretien individuel durant le dessin du bonhomme : une tension était palpable dans son bras avec des traits par acout. Durant les ateliers d'improvisation, j'ai notifié des paratonies durant les moments de préparation avec des mises en mouvement par binôme qui s'intensifient durant les moments d'improvisation.

Cette tension est le reflet de son état émotionnel, elle peut aussi être due à sa pathologie et aux traitements. Ce reflet de l'état émotionnel renvoie à la notion de dialogue tonico-émotionnel qui précède la communication verbale. Il soutient la

construction du rapport à soi, à l'espace et au monde environnant de chaque personne.

Monsieur H ne présente pas d'émoussement affectif et sait faire preuve d'empathie envers les autres patients avec qui il a tissé des liens sociaux. Cette sensibilité et émotivité va se mettre en jeu dans l'espace de la scène. Son anxiété est palpable par son agitation motrice à travers des secousses sur ses membres inférieurs et des tremblements au niveau du membre supérieur. Durant l'entretien individuel, Monsieur H a des secousses et des tremblements qui s'intensifient lorsque nous abordons le sujet de la schizophrénie, il en prend conscience et semble tenter de l'arrêter ou l'atténuer en se tenant la jambe. Il exprime également le sentiment de sécurité lorsqu'il est en présence de soignants. Les soignants sont garants du cadre, avec des règles "qui vont border, limiter contenir maintenir un climat de sécurité" d'après Potel (50). qui précise même cette capacité "à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction".

En ce qui concerne l'organisation et le repérage spatio-temporel, il ne semble pas présenter de difficulté. Il se rend à ses rendez-vous à l'heure et fait preuve de régularité dans ses venues à l'atelier théâtre. Il parvient à se déplacer seul quotidiennement pour aller à ses rendez-vous en transport en commun et à une proxémie adaptée avec ses interlocuteurs.

Au cours de l'entretien, j'ai proposé à Monsieur H de se représenter au travers d'un dessin. (Voir Annexe 2) Il fait un dessin au crayon de papier sans utiliser les crayons de couleur à sa disposition. Son bonhomme est bien centré sur la feuille, il en occupe une grande partie. Suite à ce dessin et à la façon dont Monsieur H utilise son corps dans les gestes de la vie quotidienne, il me semble que son schéma corporel est fonctionnel. Il m'explique son dessin, suite à ma demande, avec un rire nerveux : "Me suis pas loupé, j'ai fait un visage rond. C'est compliqué. Je ne suis pas ravi de mon dessin. La tête est plus petite. C'est un dessin pour enfant."

Monsieur H exprime un rapport dépréciatif quant à l'image de son corps tout au long de l'entretien et il va évoquer uniquement sa tête lors de ses explications.

Une tête qu'il dessine détachée du reste du corps sans cou. Il finit par ajouter une barbe reliant presque la tête et le buste. Ce clivage de la tête et du reste du corps interroge sur son vécu corporel et son image de corps qui ne semble pas unifié. Le corps semble complètement désinvesti avec une représentation simple et une tête petite, qui n'est pas dans l'axe du corps. Cette dichotomie corps et esprit pourrait donc être une manière de se détourner de la douleur qui écrase le corps, prend trop de place. Avec un primat de l'esprit, la tête, qui semble devenir un lieu de refuge et de surinvestissement qui néanmoins reste toute petite à côté de son corps. Ainsi "chaque partie du corps est vécue indépendamment des autres" d'après André (1).

L'image du corps est un assemblage d'images morcelées qui se rassemblent autour d'une expérience unique: le stade du miroir. Comme vu précédemment, l'image du corps est le support du narcissisme. Ce défaut de sentiment d'unicité, d'identité joue un rôle prépondérant dans l'estime du sujet, il marque un échec de symbolisation qui va donner le primat au sensoriel. Cette fragilité narcissique et de sentiment de globalité va pouvoir être mis au travail au travers d'une médiation corporelle : le théâtre d'improvisation.

b) La place et le vécu de Monsieur H dans l'atelier théâtre d'improvisation

Monsieur H participe à l'improvisation théâtrale depuis quelques mois. Il a su progressivement trouver sa place dans le groupe. A mon arrivée, en octobre, Monsieur H était très discret. Pendant les temps d'éveil corporel, il se déplaçait en longeant les murs de la pièce et nous fuyait du regard. Actuellement, il semble plus à l'aise au sein du groupe et entre facilement en échange avec nous. Sa démarche s'assouplit, il parvient à occuper plus d'espace dans la pièce.

Durant les temps d'improvisation, Monsieur H avait du mal à proposer spontanément des mises en jeu, cela pouvait le mettre en état d'agitation motrice et de repli sur soi. Il a progressivement su se saisir des propositions des autres puis il est parvenu à initier des propositions spontanément. Il semble plus affirmé dans ses initiatives où il arrive à utiliser son sens de l'humour et son corps en relation pour se

mettre pleinement en jeu. Les réactions du public sont gratifiantes. Durant l'entretien, il me confie apprécier d'être regardé par un public et me dit "j'aime cette façon de créer un personnage, on peut tout oser dire sans que ce soit mal interprété". Le groupe est une enveloppe contenant, elle va porter et permettre un partage une nouvelle expérience commune. Le groupe est soutenant, Monsieur H va régulièrement chercher la validation des spectateurs. J'ai pu noter une nette affirmation de lui même et ouverture au groupe après des sessions d'improvisation où le public avait ri en réaction à son jeu. Le rire devient un élément clé grâce au développement d'une "conscience commune" d'après Bergson et a une fonction de renarcissisation comme vu précédemment.

Le passage par l'acte est au centre de la médiation théâtrale. Alexandrine Saint-Cast définit l'acte comme "un geste n'est pas seulement une action, résultant des fonctionnements neuromoteurs et neuropsychologiques mais un acte imprégné de valeurs, symboliques, relationnelles et linguistiques" (61 p21). Il va favoriser la remise en mouvement du patient au travers du jeu théâtral. Au moment de l'entretien, Monsieur H me parle "d'interstices qui permettent de travailler l'espace de soi et l'espace aux autres" à l'atelier. Ce travail de corps à corps est structurant, il permet de construire la perception de son corps à travers celui d'autrui. Pendant un temps de préparation, un jeu d'écoute est mis en place où tout le groupe forme un cercle et doit s'avancer et reculer à l'unisson et sans coryphée. Le même procédé est ensuite proposé les yeux fermés, sans l'appui du regard périphérique. A ce moment, Monsieur H partage son sentiment de bien-être lorsque le groupe à l'unisson est collé épaule contre épaule. C'est par cette répétition d'action concrète sécurisante que l'éprouvée se crée, la perception se fait et les représentations se construisent. C'est la boucle de sensation, perception et représentation, clé de la psychomotricité. Cette répétition d'aller retour entre le contact peau à peau et l'éloignement créant la séparation est structurante et sert à la construction et transformation du sentiment de soi et d'image du corps chez Monsieur H. Le corps hyper tendu de Monsieur H a perdu sa modulabilité, il semble presque monotone. Le théâtre au travers du faire semblant et du passage par l'acte lui permet donc d'expérimenter d'autres manières d'être. Il prend conscience progressivement de ses appuis, de son corps dans sa globalité lui donnant le sentiment d'exister au travers du dialogue tonico-émotionnel.

Monsieur me dira que cet atelier lui permet de se “triturer les méninges” et lui offrir la possibilité de venir jouer sur scène ce qui le traverse grâce aux caractéristiques de cette médiation portée par le psychomotricien. La verbalisation des ressentis et émotions s’est affinée au cours du temps, même si elle reste succincte. Monsieur H est à l’écoute de ses sensations et est capable d’en avoir une observation fine. Il se montre actif et impliqué dans les propositions de l’atelier. Monsieur H durant les dernières séances a une posture plus ouverte, parvient à s’affirmer lors des improvisations et des temps informels en dehors de l’atelier. En effet sur scène, Monsieur H s’empare du droit de dire, devenir et vivre le personnage de son choix au travers des allégories et paraboles. J’ai aussi constaté un discours moins dévalorisant concernant son corps dans sa globalité.

Le corps est l’instrument de compréhension du monde. Monsieur H a une pathologie complexe qui a suscité mon attention. Ce stage m’a permis d’appréhender les enjeux de celle-ci. Au fil des séances une alliance thérapeutique s’est instaurée permettant une complicité lors des jeux d’improvisation et un espace d’accueil des ressentis de Monsieur H. Malgré les difficultés rencontrées avec un arrêt temporaire de l’atelier, Monsieur H a continué à venir à l’atelier. Il est investi dans sa prise en charge à l’hôpital de jour et semble venir y chercher une ressource et une sécurité. L’hôpital de jour est un tremplin, Monsieur H arrive à se projeter au-delà de la maladie et souhaite trouver un travail adapté. La prise en soin de Monsieur H m’a appris la nécessité d’observer durant une longue période.

Conclusion

Ce mémoire est le résultat de ma réflexion tout au long de cette dernière année de formation basée sur mon expérience de stagiaire, la formation de psychomotricien, mes connaissances et mes recherches. Cependant, il est avant tout le fruit de ma rencontre avec les patients tout au long de mon stage en psychiatrie adulte. Ils sont à l'origine de mes questionnements et réflexions. Grâce à la confiance qu'ils m'ont accordée, j'ai pu observer la place que prenait la maladie et ses conséquences dans leur vie. Le constat du sentiment global des patients de se définir et de se limiter à leur pathologie m'a touchée, comme une impossibilité d'exister au-delà de la maladie et de ses assauts, particulièrement chez les patients ayant une schizophrénie. Dans une unité où les liens se tissent et se défont, la psychiatrie a une temporalité spécifique où le temps se dilue. Les progrès peuvent être lents ou rapides à observer. Il est agréable de construire mon regard clinique en lien avec des concepts théoriques auprès de Monsieur H grâce à sa bienveillance et son implication. Ce lieu de stage m'a permis d'y découvrir la pratique psychomotrice auprès de ce public singulier.

L'étude de cas de Monsieur H a été le point de départ du déroulé de ma pensée. Voir le corps de ce patient se traîner, prendre trop de place et paradoxalement être abandonné jusqu'à l'incurie. Ceci m'a questionnée sur la manière dont le psychomotricien pouvait accompagner les patients dans un mieux être et une harmonisation des représentations corporelles en composant avec la pathologie. Mes recherches se sont donc d'abord tournées sur les caractéristiques de la schizophrénie, cette pathologie stigmatisée. Elle fait peur, est souvent associée à une personnalité multiple et de l'agressivité. Sujet d'incompréhension et de discrimination dans la société, les premières personnes à en subir l'impact sont les sujets atteints et leur entourage. J'ai voulu amener à une vision plus ouverte et compréhensive de la schizophrénie ainsi que les différentes prises en charge possibles de manière holistique. Le corps est le témoin de la déstructuration des patients meurtris par leur souffrance. Il subit les assauts des angoisses. Une insécurité à vivre dans ce corps changeant malgré soi s'installe. Les perturbations sensorielles et les troubles psychomoteurs entravent les représentations corporelles créant une discordance.

Mes observations étaient basées sur l'atelier d'improvisation théâtrale. Ce contexte est devenu un point clé de ma réflexion. Il a permis d'affiner mon questionnement autour d'une prise en charge avec une médiation. J'en suis ainsi arrivée à ma problématique : "comment la psychomotricité par la médiation du théâtre d'improvisation peut soutenir la conscience corporelle chez un public schizophrène ?".

Le théâtre d'improvisation rend le patient acteur de son soin, acteur de sa vie. Dans cette médiation, il s'engage sur scène. Le psychomotricien, garant du cadre, invite le patient à vivre son corps, à l'habiter, le sentir, se mouvoir et se sentir exister sur le devant de la scène. Ces expériences sensori-motrices permettent un remodelage des perceptions corporelles. Le psychomotricien s'engage corporellement, il s'appuie sur sa capacité de rencontre et sur les facultés de la personne pour créer un étayage. Cette co-construction enrichit les représentations du patient, lui permettant de faire des liens et sentir son corps unifié. Comme le dit Pireyre "Être à l'écoute de son corps, c'est, accompagné par un professionnel qualifié, être à l'écoute de soi-même." (49 p210) La conscience corporelle est aussi portée par le groupe, son regard et les autres soignants sur lequel le psychomotricien prend appui.

L'utilisation potentielle de ce médiateur dans ma future pratique m'a interrogée. En effet, il nécessite une prise en charge groupale par une équipe pluridisciplinaire travaillant en étroite collaboration. Ainsi il me paraît important de rester vigilant à la place et la spécificité de chaque professionnel qui peuvent se confondre lorsque les regards se croisent sans cesse. Ce processus quotidien est intéressant à mettre au travail dans des supervisions et analyses de pratique.

Bibliographie

1. Andre P., Benavides, T., & Canchy-Giromini, F (2004). Corps et psychiatrie (2ème édition revue et corrigée). Édition Heures de France.
2. Attigui, P. (2011). Le jeu théâtral, un appareil à penser l'impensable. Dans : Anne Brun éd., Les médiations thérapeutiques (pp. 101-116). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.brun.2011.01.0101>
3. Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *ENFANCES & PSY*, (49), (pp. 14-19).
4. Boutinaud J., (2023) Image du corps : Figures psychopathologiques et ouvertures cliniques, Broché
5. Benyamina, A., Karila, L., Coscas, S., Aubin, H., Blecha, L. & Reynaud, M. (2012). 16. Schizophrénie et troubles addictifs. Dans : Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 179-190). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0179>
6. Bernard M., (1995) Le corps, Seuil, (pp. 47)
7. Berthoz A., Le sens du mouvement, Edition Odile Jacob, Poche, (pp. 204)
8. BJM Jogems-Kosterman, FG Zitman, JJM Van Hoof, W Hulstijn (2001). Ralentissement psychomoteur et déficits de la planification dans la schizophrénie. Elsevier Science BV
9. Bonnet, C., Fontaine, A., Huret, J., Loux, F., Muldworf, L., Pedron, A. & Velpy, L. (2007). 5. Corps et rapport aux traitements. Dans : , C. Bonnet, A. Fontaine, J. Huret, F. Loux, L. Muldworf, A. Pedron & L. Velpy (Dir), *Vivre et dire sa psychose* (pp. 103-127). Toulouse: Érès.
10. Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86, 391-403. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8605.0391>
11. Boutinaud J., Joly F., Moyano O., Rodriguez M. (2014) - Où en est la psychomotricité ? État des lieux et perspectives, édition in press, (pp. 278)
12. Blum, V. (2008). David Le Breton, 1998, *Anthropologie du corps et modernité. Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.666>
13. Brun A. – Le théâtre, chapitre 15, Manuel des médiations thérapeutiques (2013), édition Dunod (pp. 356)
14. Canchy-Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De Boeck-Solal. [https://psychanalyse.com/pdf/MANUEL%20D%20ENSEIGNEMENT%20DE%20PSYCHOMOTRICITE%20-%20%20METHODES%20ET%20TECHNIQUES%20-%20BIBLIO%20\(44%20pages%20-%20623%20ko\).pdf.pdf](https://psychanalyse.com/pdf/MANUEL%20D%20ENSEIGNEMENT%20DE%20PSYCHOMOTRICITE%20-%20%20METHODES%20ET%20TECHNIQUES%20-%20BIBLIO%20(44%20pages%20-%20623%20ko).pdf.pdf)

15. Corraze, J., Introduction, in schéma corporel et image du corps, Privat Toulouse, pp. 17
16. Corraze, J. (1999). Les troubles psychomoteurs (Collection Psychomotricité). Marseille: Solal éditeur, (pp. 17 - 62)
17. Crocq, M. (2012). 1. La schizophrénie - histoire du concept et évolution de la nosographie. Dans : Jean Dalery éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 5-17). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0005>
18. Da Nóbrega, T. (2019). L'Expérience de la Conscience Corporelle. *Corps*, 17, 225-227. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0225>
19. Dauge, J. (2015). La mise en scène des émotions : Le théâtre comme médiation en psychomotricité auprès d'enfants présentant des troubles du comportement. 93.
20. Denis Diderot, 1758, Discours sur la poésie dramatique Chapitre 11, De l'intérêt
21. Defiolles-Peltier (2000). Les vérités du corps dans les psychoses aiguës. Gaëtan Morin éditeur (pp. 130 - 222)
22. Delion, P. (2002). Corps, psychose et institution. *Erès*, 9-20, (pp. 15)
23. De Vignemont, F. (2018). Le schéma corporel et l'image corporelle. Dans : Jean-Michel Albaret éd., Manuel d'enseignement de psychomotricité: 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices (pp. 190-213). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0204>
24. Fontaine, P. (2014). La psychose et les frontières de la folie. *Recherche en soins infirmiers*, 117, p128-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0008>
25. Gaudelus, B., Virgile, J., Peyroux, E., Leleu, A., Baudouin, J.-Y., & Franck, N. (2015). Mesure du déficit de reconnaissance des émotions faciales dans la schizophrénie. Étude préliminaire du test de reconnaissance des émotions faciales (TREF). *L'Encéphale*, 41(3), 251-259. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.08.013>
26. Golse, B. & Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la co construction du self, en passant par l'image du corps: La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29, (pp. 129-138). <https://doi.org/10.3917/cont.028.0129>
27. Golse, B. (2013). De la symbolisation primaire à la symbolisation secondaire. Plaidoyer pour un gradient spatio-temporel continu autour de la notion d'écart. *Cahiers de psychologie clinique*, 40(1), (pp. 151-164). <https://doi.org/10.3917/cpc.040.0151>
28. Guénoun, T. (2016). Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale. *Adolescence*, T. 34 1(1), 117-128. <https://doi.org/10.3917/ado.095.0117>
29. Haouzir, S., Bernoussi, A. (2020). Les schizophrénies. De la naissance du concept aux avancées neuroscientifiques actuelles (4e édition). Dunod (pp.71 - 79)

30. Jogems-Kosterman, B. J. M., Zitman, F. G., Van Hoof, J. J. M., & Hulstijn, W. (2001a). Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(2), 317-333. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00097-9)
31. Jogems-Kosterman, B. J. M., Zitman, F. G., Van Hoof, J. J. M., & Hulstijn, W. (2001b). Psychomotor slowing and planning deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48(2), 317-333. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00097-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00097-9)
32. Jung, C. (2002). Travail social et créativité. *Pensée plurielle*, no<(sup> 4), 105-120. <https://doi.org/10.3917/pp.004.0105>
33. Kébir, O., Tarabeux, J. & Krebs, M. (2012). 20. Facteurs génétiques dans la schizophrénie. Dans : Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 213-226). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0213>
34. Khelif, H., Gressier, F., Vacheron, M. & Corruble, E. (2012). 17. Pathologies somatiques associées à la schizophrénie. Dans : Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 191-198). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0191>
35. Kristensen, S. (2006). Maurice Merleau-Ponty, une esthétique du mouvement. *Archives de Philosophie*, 69, (pp. 123-146). <https://doi.org/10.3917/aphi.691.0123>
36. Latour AM, (2014) La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, ERES, (pp. 147)
37. Lesage, B. (2021). Corporel, psychocorporel et médiations. Dans : , B. Lesage, *Un corps à construire: Tonus, posture, spatialité, temporalité* (pp. 27-67). Toulouse: Érès.
38. Lesage B., La danse dans les processus thérapeutique, Eres 2012, (pp. 67)
39. Llorca, P. & Samalin, L. (2012). 24. Thérapeutiques médicamenteuses. Dans : Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 285-298). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0285>
40. Loréa, N. & Van Wijnendaele R. (2012). Peur d'une dysmorphophobie corporelle et psychose. Cas cliniques et discussion. *L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*, 38(1), 37-42. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.01.002>
41. Margarit, M. (2018). Aborder le « je » autrement : Du jeu dramatique vers une continuité d'être. 93. [mémoire]
42. Martin, B. (2013). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : indications et conditions d'utilisation. *L'information psychiatrique*, 89, 57-62. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8901.0057>
43. Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard (pp. 141)
44. Mornet, J. (2006). Corps, psychose et groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, pp. 23.

45. Morrens M, Hulstijn W, Lewi P, Sabbe B. Bleuler revisited: psychomotor slowing in schizophrenia as part of a catatonic symptom cluster. *Psychiatry Res.* 2008 Oct 30;161(1):121-5. doi: 10.1016/j.psychres.2008.01.017. Epub 2008 Aug 22. PMID: 18722670.
46. Nocula, L. (2019). Monter une pièce de théâtre en prison : Un idéal sous contrainte ? 135. [mémoire]
47. Pankow G. L'Être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses. Paris, Aubier, 1981. (pp.121-242)
48. Patouillard, R. (2011). La schizophrénie : cent ans encore ?. *La revue lacanienne*, 10, 105-112. <https://doi.org/10.3917/lrl.112.0105>
49. Pireyre, É. (2015). *Clinique de l'image du corps: Du vécu au concept*. Paris: Dunod.
50. Potel Baranes, C. (2019). Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir. Toulouse: Érès.
51. Pous, G. (1995). Thérapie corporelle des psychoses. L'Harmattan (pp. 7 - 75)
52. Ribas D. - La créativité pour Donald Woods Winnicott, Winnicott et la création humaine, Toulouse, ERES, «Le Carnet psy», (2012) (pp.11)
53. Richierie, R., Adida, M. & Lançon, C. (2012). 15. Schizophrénies et comorbidités psychiatriques. Dans : Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 173-178). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0173>
54. Rochat, P. (2003). Conscience de soi et des autres au début de la vie. *Enfance*, 55(1), (pp. 39-47). <https://doi.org/10.3917/enf.551.0039>
55. Saba, G., Schürhoff, F. & Leboyer, M. (2008). Chapitre 12. La stimulation magnétique transcrânienne dans la dépression et la schizophrénie. Dans : Salvatore Campanella éd., *Psychopathologie et neurosciences: Questions actuelles de neurosciences cognitives et affectives* (pp. 279-299). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.campa.2008.01.0279>
56. Simondon, G. (2015). Première partie : la sensibilité extéroceptive. Deuxième partie : sensibilité intéroceptive Dans : , G. Simondon, *Sur la psychologie* (pp. 383-449, pp. 451-471). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
57. Servant-Laval A., (2010) Anatomie fonctionnelle, *Intérêt d'un travail médiatisé par le mouvement* (pp. 27)
58. Texier, M. (2015). S'é-mouvoir : Le mouvement en psychomotricité au service de la perception de soi chez les patients psychotiques. 95. [mémoire]
59. Thibierge, S. (1999). Chapitre VII - Le problème spécifique des syndromes de fausse reconnaissance dans les psychoses. Dans : , S. Thibierge, *Pathologies de l'image du corps: Études des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie* (pp. 99-110). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
60. Thiveaud, *thérapie psychomotrice*, 1997, n°111, (pp.6)

61. Vacher A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances & Psy*, 61, 20-31. <https://doi.org/10.3917/ep.061.0020> [interview]
62. Valéry P., 1957, p.322 VALÉRY P., (1957), *Œuvres – Mélange*, Paris, Bibliothèque de la Pléiade, Éditions Gallimard
63. Van Der Kolk B. (2014). 20. Trouver sa voix : les rythmes collectifs et le théâtre. *Thérapie et théâtre*. Dans : *The body Keeps the score : le corps n'oublie rien*. (pp. 559-584). Albin Michel.
64. Vandavelde, B., & Morhain, Y. (2012). Le groupe théâtre comme médiation thérapeutique auprès d'adolescents au processus de subjectivation entravé. *Psychothérapies*, 32(2), (pp. 125-135). <https://doi.org/10.3917/psys.122.0125>
65. Van Hoof JJ, Jogems-Kosterman BJ, Sabbe BG, Zitman FG, Hulstijn W. Differentiation of cognitive and motor slowing in the Digit Symbol Test (DST): differences between depression and schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 1998 Mar-Apr;32(2):99-103. doi: 10.1016/S0022-3956(98)00057-0. PMID: 9694005.
66. Cours dispensés durant la formation en psychomotricité de Bordeaux.

Sitographie

67. AESP association enseignement sémiologie psychiatrique (2015). *Aspects sémiologiques des syndromes positif, négatif et de désorganisation* [Vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=TT08j9Sr47o>
68. AESP association enseignement sémiologie psychiatrique (2016). *Sémiologie de la catatonie*. [Vidéo] https://www.youtube.com/watch?v=i9zEJM_OWzE&t=175s
69. CIM-10 <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1683919430>
70. Compagnie en chantier: école de théâtre de bordeaux : <https://www.enchantiertheatre.fr/improvisation-theatre/>
71. « **CONSCIENCE** ». Dans *Encyclopædia Universalis* [en ligne]. Consulté le 24 avril 2023 sur <https://www.universalis.fr/encyclopedie/conscience/>
72. Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 88-659 (1988). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693097/>
73. Didier-Jacques Duché. CERIMES. (1977). *Autoportrait d'un schizophrène*. [Vidéo]. Canal-U. <https://www.canal-u.tv/43357>.
74. Fédération Française d'addictologie <https://www.addictologie.org/>
75. Haut Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-07/antipsychotiques_14032012_synthese.pdf
76. *Introduction à la schizophrénie et aux troubles apparentés — Troubles psychiatriques*. (s. d.). Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/introduction-%C3%A0-la-schizophr%C3%A9nie-et-aux-troubles-apparent%C3%A9s>
77. *Schizophrénie—Troubles psychiatriques*. (s. d.). Édition professionnelle du Manuel MSD. Consulté le 22 avril 2023, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie>
78. Organisation mondiale de la santé : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Annexe

Annexe 1 : Critères diagnostiques du DSM-V

Selon le DSM-V, la schizophrénie fait partie de la catégorie “Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques” qui est subdivisé en 6 critères de diagnostic qui sont :

A - Deux (ou plus) des symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une **période d'au moins un mois**. Au moins l'un des symptômes 1, 2 ou 3 doit être présent :

1 - **Idées délirantes**

2 - **Hallucinations**

3 - **Discours désorganisé**

4 - Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

5 - Symptômes négatifs

B - Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur comme le domaine professionnel, relationnel, interpersonnel ou hygiène personnelle est significativement atteint et a diminué en comparaison avec la période précoce du trouble. (ou , quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint)

C - . Des signes continus du trouble persistent depuis **au moins six mois**. Pendant cette période de six mois les symptômes répondant au critère A (c-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles , les signes du trouble peuvent se manifester que par des symptômes négatifs, ou par

deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée par exemple des croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles ou dépressif caractérisé.

D - Un **diagnostic différentiel** a été posé pour exclure la possibilité qu'il s'agisse plutôt d'un trouble schizo-affectif, d'une dépression, d'un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques. Donc un trouble schizo-affectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E - Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (drogue, médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F - Si une personne a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de troubles de la communication qui ont commencé dans l'enfance, le diagnostic de schizophrénie n'est posé que s'il y a également des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes nécessaires pour diagnostiquer la schizophrénie, pendant une durée d'au moins un mois (ou moins si un traitement efficace est administré).

Annexe 2 : dessin de Monsieur H

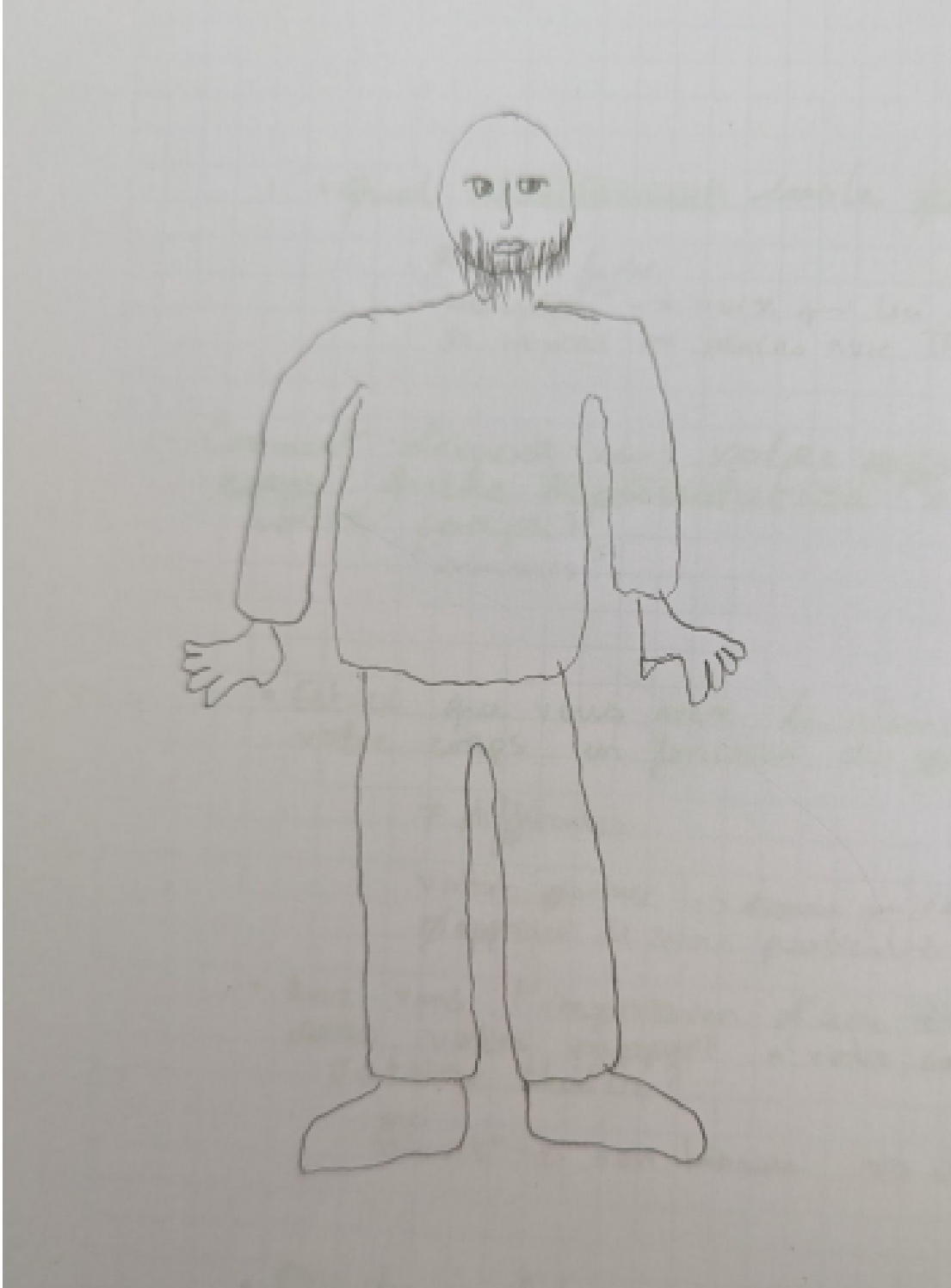


Table des matières

SOMMAIRE.....	4
Introduction.....	5
I. La schizophrénie.....	7
A. Présentation.....	7
1. Historique.....	7
2. Epidémiologie.....	9
B. Clinique.....	9
1. Etiologie.....	9
2. Sémiologie.....	11
a) Les symptômes positifs.....	12
b) Les symptômes négatifs.....	15
c) La désorganisation.....	15
d) Les troubles cognitifs.....	16
3. Les formes cliniques.....	17
4. Les critères diagnostiques.....	18
5. Les comorbidités.....	18
6. Les traitements et les prises en charge possibles.....	20
II. Conscience corporelle et schizophrénie.....	24
A. Qu'est-ce que la conscience corporelle?.....	24
1. La boucle sensation perception représentation.....	26
2. Les représentations du corps.....	28
a) Schéma corporel.....	28
b) Image du Corps.....	30
B. La perception du corps dans la maladie.....	33
1. Le défaut du Moi Peau.....	33
2. La place des angoisses archaïques.....	34
3. L'impact des symptômes positifs.....	37
4. Les troubles psychomoteurs.....	40
a) Le ralentissement psychomoteur.....	40
b) Le tonus et l'ajustement posturale.....	41
c) La désorganisation spatio-temporelle.....	42
d) La mimique et la gestualité.....	43
e) Le schéma corporel.....	45
f) L'image du corps.....	45
g) La motricité générale et la coordination.....	46
III. La médiation théâtre comme support du psychomotricien : clinique et lien théorique.....	49
A. Présentation de l'institution.....	49
B. La médiation thérapeutique et corporelle en psychomotricité.....	51

C. Le regard de la psychomotricité sur la médiation du théâtre d'improvisation en psychomotricité.....	52
1. Présentation de l'atelier théâtre d'improvisation.....	53
2. Cadre thérapeutique.....	55
3. Groupe thérapeutique.....	56
4. Mouvement et passage par l'acte.....	57
5. Le jeu : faire semblant et incarnation de personnage.....	61
6. Corps à corps.....	65
7. Le quatrième mur : vu et être vu.....	68
D. Etude de cas : Monsieur H.....	71
1. L'anamnèse.....	71
2. Le parcours médical.....	72
3. La prise en charge à l'hôpital de jour.....	73
a) L'entretien individuel et l'observation clinique.....	73
b) La place et le vécu de Monsieur H dans l'atelier théâtre d'improvisation.....	76
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	81
Sitographie.....	86
Annexe.....	87
Table des matières.....	90