



HAL
open science

Le tonus dans la schizophrénie. Intérêts de son étude en psychomotricité

Orlane Touin

► **To cite this version:**

Orlane Touin. Le tonus dans la schizophrénie. Intérêts de son étude en psychomotricité. Psychologie. 2023. dumas-04320250

HAL Id: dumas-04320250

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04320250v1>

Submitted on 4 Dec 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 TONUS DANS LA SCHIZOPHRÉNIE

Intérêts de son étude en psychomotricité

Touin Orlane

Née le 09 juillet 1994 à Beaupréau-en-Mauges (49)

Directrice de Mémoire : Mme DONGUY

Mai 2023

Remerciements

Après avoir emprunté plusieurs chemins, la fin de mon parcours universitaire est enfin arrivée.

Je remercie en premier lieu l'IFP de Bordeaux et son équipe pédagogique et administrative pour leurs enseignements qui m'ont offert la possibilité de m'accomplir.

Merci à ma maîtresse de stage et directrice de mémoire, Anne Donguy, pour la richesse de son enseignement, mais aussi pour le temps, les conseils, l'écoute, et les réflexions.

Merci à l'équipe du foyer pour leur accueil, ainsi qu'à l'équipe du CADA pour m'avoir fait confiance.

Merci aux pensionnaires, résidents et patients qui ont nourri mes réflexions durant ces années d'études.

Merci à mes amies et camarades futures psychomotriciennes, sans qui ces deux ans n'auraient pas eu la même saveur.

Merci à mes amis qui me suivent depuis deux ans ou depuis plus de dix ans, et qui, malgré les distances, sont d'un soutien indéfectible au quotidien.

Merci à ma famille, aussi large soit-elle, pour y avoir cru et pour la fierté. En particulier, merci à Ronan, Apolline et Cyril, sans qui cette aventure n'aurait jamais pu commencer. Merci d'y avoir cru avant moi.

Merci à Thomas, pour le soutien inconditionnel, la force au quotidien et la réassurance sans faille.

Sommaire

Remerciements	2
Introduction	4
PARTIE 1 - Le tonus	6
1. Définitions	6
2. Les variations toniques et les dimensions relationnelles du tonus à travers l'étude du développement psychomoteur	10
3. Et en psychomotricité, qu'est-ce qu'on en fait ?.....	24
PARTIE 2 - La schizophrénie.....	27
1. Présentation générale du trouble	27
2. La schizophrénie et les sphères psychomotrices.....	38
3. Conclusion des parties théoriques	46
PARTIE 3 - La psychomotricité dans la prise en charge tonique du patient atteint de schizophrénie	48
1. L'institution des rencontres	48
2. La prise en charge psychomotrice individuelle dans la schizophrénie	52
3. Illustration à travers deux étude de cas	60
Conclusion.....	79
Bibliographie	81
Annexes	85
Annexe 1. Critères diagnostiques	85
Schizophrénie.....	85
Trouble schizo-affectif	86
Annexe 2. Tableau récapitulatif du profil psychomoteur de patients atteints de schizophrénie.....	87

Introduction

Au cours de mon cursus précédant la psychomotricité, en psychologie, il m'avait été dispensé plusieurs cours sur la construction psychique d'une personne atteinte de schizophrénie. La notion qui m'avait à l'époque beaucoup questionnée était celle de l'autre, entité pouvant être vécue comme inexistante, menaçante et agressive. Loin des interprétations scénaristiques d'Hollywood, ces patients ne me sont jamais apparus comme dangereux, inquiétants, mais comme des personnes avec une histoire singulière et des bizarreries que je ne décodais pas. Ce regard pouvait engendrer une forme de fascination pour la maladie mentale, les hallucinations et la perception différente d'un monde qui me semble inaccessible.

Aujourd'hui, des années plus tard, il me fut possible d'effectuer un stage dans une institution accueillant ce public et de me former à la thérapie psychomotrice auprès de cette population. Mon stage de troisième et dernière année de psychomotricité s'est déroulé dans un centre de réadaptation et de réhabilitation psycho-sociale. J'y ai rencontré de jeunes adultes de 18 à 30 ans avec des troubles psychiques caractérisés comme graves et invalidants.

Ce stage s'est divisé en deux temps. Avant de pouvoir intégrer les séances de psychomotricité, j'ai d'abord connu une phase d'immersion dans l'institution. Être au milieu des pensionnaires, apprendre à les connaître. Cette période difficile m'a permis d'apprendre de mes forces et de mes fragilités. J'étais l'étrangère, l'inconnue qui se devait de trouver sa place dans l'institution. Être reconnue des jeunes accueillis impliquait d'affirmer qui j'étais, avec authenticité, d'entrer dans leur monde et de les laisser me le présenter.

La rencontre avec ces patients m'a interpellée et interrogée. En effet, si la schizophrénie est une pathologie où la perception de l'autre est altérée, je me suis questionnée sur la place qu'occupe la communication dans la relation à l'autre. Cette pathologie impliquant des codes sociaux différents des miens, la relation à l'autre en est bouleversée et remaniée. D'un point de vue expérientiel, il m'est arrivé de me questionner sur ces mots ou parfois ces non-mots « bizarres » prononcés par les patients rencontrés. En effet, j'ai pu remarquer que souvent les patients n'utilisaient pas les mots de manière claire, identifiée, ceux-ci ne faisant pas toujours sens, ni pour

le patient, ni pour moi. De plus, il me faut, au cours de ce stage, redoubler d'efforts pour entendre ce que les patients souhaitent communiquer. Réellement, ce que je ne comprenais pas dans la communication était cette dissonance entre la communication verbale et la communication non verbale.

Cette dernière est l'objet de l'étude du psychomotricien, par son approche du corps. Or, c'est celle qui me paraissait la plus illisible. Pour revenir à la source de la communication non verbale, il me fallait interroger le tonus. Avec ces questionnements, et au fur et à mesure des rencontres et de mes observations, je percevais chez les patients atteints de schizophrénie des particularités toniques qui ne me faisaient pas sens.

Problématique : comment le tonus est-il engagé dans la schizophrénie, et quelles réponses le psychomotricien y apporte-t-il ?

La célèbre phrase de Bateson, de l'école de Palo Alto « on ne peut pas ne pas communiquer » prenait alors une importance toute nouvelle. Ces patients communiquent à travers leur corps, tout autant, qu'avec leur langage. Me pencher sur cette question m'a alors paru nécessaire pour affirmer l'intérêt de la psychomotricité auprès de cette population.

Hypothèse 1 : L'appréciation du tonus joue un rôle important dans la compréhension du sujet atteint de schizophrénie.

Hypothèse 2 : L'ajustement tonique du psychomotricien est un support indispensable dans l'alliance thérapeutique auprès de ces patients.

Hypothèse 3 : L'approche psychomotrice, notamment à travers la relation thérapeutique, permet au sujet atteint de schizophrénie de mieux appréhender son individualité, sa singularité.

Pour répondre à ses questionnements, j'illustrerai le rôle primordial du tonus dans le développement psychomoteur, et l'importance de le prendre en compte dans la relation interpersonnelle. Je présenterai ensuite la pathologie schizophrénique, et finirai par argumenter l'impact de cette maladie sur le tonus et la relation à l'autre. Cette partie sera illustrée par quelques vignettes cliniques. Dans une partie clinique, j'exposerai mon lieu de stage. Ce dernier temps d'écrit permettra d'aborder la pratique du psychomotricien et ses outils. Deux études de cas viendront enrichir la réflexion et conclure cet exposé.

PARTIE 1 - Le tonus

Partie théorique

1. Définitions

1.1. Définition générale du tonus

1.1.1. Un peu d'étymologie

Le terme tonus vient du grec ancien tonos (τόνος) qui signifie tension. Le tonus musculaire est défini comme la réaction d'un muscle à son propre étirement. Selon le Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine, le tonus est un état de légère tension dans lequel se trouve le muscle strié au repos, ce qui lui donne une consistance caractéristique.

Pour Vulpian (1874), le tonus représente, selon l'action menée, une tension active, permanente, involontaire et variable dans l'intensité (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

1.1.2. Pourquoi étudier le tonus en psychomotricité ?

Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval définissent le tonus comme « le fondement même de la posture, du mouvement et des dynamiques d'interaction avec l'environnement et se trouve en cela au carrefour du psychique et du somatique » (2015). De ce postulat, le tonus a une importance primordiale dans les étapes de développement de l'enfant et implique d'avoir un regard sur l'organisation émotionnelle et affective du sujet.

La psychomotricité sollicitant les registres cognitif, moteur et psychoaffectif, l'observation de l'état tonique permet d'apprécier les schémas toniques et de se représenter comment les variations psycho-affectives impactent le corps (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

1.2. D'un point de vue anatomo-physiologique

1.2.1. La régulation de la tension musculaire

Lorsque le muscle n'est pas contracté, une activation d'unités motrices est présente involontairement. Ces unités sont recrutées par des tensions et des flexions provenant d'oppositions de rotations. Elles impliquent de petites structures anatomiques qu'on appelle schèmes de base. Les unités motrices sont indépendantes de l'expérience. Elles sont conditionnées génétiquement, et ne sont, en effet, ni pensées, ni adaptées, ni personnelles (Giromini et al., 2022).

L'activation d'unités motrices entraîne une contraction constante des muscles squelettiques. Le tonus musculaire ajuste donc une fermeté des muscles squelettiques. Cependant la force fournie ne permet pas une construction assez grande pour déclencher un mouvement (Tortora et Derrickson, 2016).

Le tonus musculaire est établi par des neurones de l'encéphale et de la moelle épinière excitant les neurones du muscle. Anatomiquement, la cellule réceptrice du muscle est en relation avec le motoneurone. Quand une fibre est trop étirée, les cellules du muscle envoient un signal d'alerte, et c'est le motoneurone qui inhibe l'étirement (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

Les différents neurones moteurs d'un muscle ne stimulent pas simultanément toutes les unités motrices. Si certaines sont contractées, d'autres sont relâchées, et ce, alternativement. Ceci permet la régulation tonique, en retardant la fatigue du muscle. Ajoutons que si plus d'unités motrices sont recrutées, plus la tension sera intense dans le muscle. Des gestes plus fins, plus précis sont alors possibles. Nous comprenons alors que tonus et motricité sont profondément liés (Tortora, Derrickson, 2016).

1.2.2. Les motoneurones

Il existe deux types de motoneurones qui innervent les muscles. Les premiers, les motoneurones α (alpha) sont responsables de la force du muscle. Ils sont en plus grand nombre et représentent environ 70% du total des motoneurones. Les seconds, les motoneurones γ (gamma) permettent le relâchement musculaire volontaire. Ils ont une fonction régulatrice des motoneurones α et, par conséquent, du tonus (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

1.3. Les différents tonus et leurs fonctions

1.3.1. Le tonus de fond

Ce tonus de base participe à la cohésion de l'ensemble du corps. Les différentes parties, appelées segments, sont maintenues entre elles par les fascias. La densité des tissus dépend du tonus musculaire. Les fascias et les articulations modelées par le tonus musculaire permettent de relier entre elles les différentes parties du corps. Nous sentons alors notre corps comme unitaire, lié (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

Cette sensation s'exprime en termes de contenance et de passivité (Robert Ouvray, Servant-Laval, 2015). C'est donc par la proprioception et son lien avec le tonus de fond que nous pouvons nous regrouper autour d'un centre interne et définir nos limites corporelles et psychiques. Le tonus est le soubassement du schéma corporel et du sentiment d'unité corporelle et d'individuation, grâce à la constitution de l'enveloppe tonique délimitée par la peau (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

1.3.2. Le tonus postural

L'activité tonique minimale que représente ce tonus est impliquée dans le maintien des postures et de leur équilibre. La posture est définie comme le maintien dans l'espace de dispositions relatives des différents segments du corps. Elle est associée à l'éveil et à la vigilance et est possible par de constantes oscillations des muscles et articulations qui ajustent leur fonction tonique.

Le tonus postural sous-tend notre façon d'être, c'est-à-dire notre manière de nous comporter physiquement et psychiquement. Les ajustements posturaux sont alors directement influencés par nos émotions, nos affects. Étymologiquement, le terme émotion vient du latin *ex movere* qui signifie « mettre en mouvement », ce qui nous indique préalablement un lien entre le mouvement, induit par le tonus, et la composante affective. En effet, les ajustements posturaux conditionnent des réactions toniques et affectives lors de nos interactions avec l'environnement. Pour Wallon (1942), « la posture est déterminée par l'organisation tonique spécifique du moment, ou tonus postural, lui-même sous-tendu par l'émotion » (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

La fonction antigravitaire et d'équilibration que soutient le tonus postural nous permet de lutter contre la pesanteur. Le système sensoriel vestibulaire, le repérage visuel et la proprioception organisent la musculature, par les différents appuis dont le corps dispose vis-à-vis de son environnement, dans le redressement axial (Coly-Layani, 2014).

Il existe une composante relationnelle dans la posture, et donc dans le tonus postural. En effet, le sujet s'oriente et s'ajuste corporellement dans son environnement, adaptant le développement de la qualité de présence. Ici, nous voyons bien que les sphères internes et externes sont intimement liées. La posture est à la fois interne et externe : c'est une forme d'expression des ressentis, et elle se donne à voir dans les interactions au monde. Nous pouvons donc l'associer avec l'activité perceptive (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

Le tonus postural est donc étroitement impacté par la sensorialité. L'intégration neurologique des informations reçues par la vision, l'audition, le sens vestibulaire et le sens proprioceptif, permet l'ajustement de l'action musculaire (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

1.3.3. Le tonus d'action

L'évolution de ce tonus contribue au développement de la motricité globale, de la communication verbale et non verbale (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015). Wallon décrit le tonus comme le vecteur d'une communication présente à la naissance. Il serait alors indicateur de la vie végétative qui offre au bébé la capacité de communiquer par des états toniques. Avec l'accès au langage, le tonus reste un mode de communication qui permet une compréhension concordante de la parole (Coly-Layani, 2014).

2. Les variations toniques et les dimensions relationnelles du tonus à travers l'étude du développement psychomoteur

2.1. L'importance des sensations dans le développement sensori-moteur

2.1.1. Les travaux de Bullinger

Les recherches de Bullinger ont apporté à la psychomotricité une importante grille de lecture du développement sensori-moteur. Ces travaux montrent que ce développement est principalement lié à la notion de sensation (Bullinger, 2007).

L'organisme est soumis à des flux sensoriels, qui proviennent de sources émettant en continu une information sensitive, et qui sont orientés vers un capteur. Dans l'ontogenèse des sens, c'est le flux gravitaire qui se développe en premier *in utero*. Le fœtus baignant dans le liquide amniotique n'est pas soumis à la gravité. C'est à la naissance qu'il se sent écrasé par le poids de la pesanteur. Ces flux gravitaires permettent alors au bébé l'organisation de ses mouvements, *in-* puis *extra-utero*. Bullinger (2007) précise que des moyens tonico-posturaux sont nécessaires pour composer avec ces flux gravitaires.

Vient ensuite le toucher, sens développé par les capteurs de la peau et de l'enveloppe corporelle. Ces sensations à la limite du dedans/dehors se transmettent au système nerveux central (SNC) par deux voies de transmissions :

- L'une que l'on qualifie d'archaïque, ou appelée aussi spino-thalamique. La transmission nerveuse est lente, les fibres sont de petits diamètres, et elle est au service des aspects qualitatifs de la transmission. Ainsi le (futur) nouveau-né ressent les sensations dyadiques de chaud/froid, d'agréable/désagréable, qui entraînent des réponses toniques à ces différentes stimulations. De Ajuriaguerra ajoute que la voie archaïque assure un arrière-fond tonique (Bullinger, 2007).
- La seconde est une voie récente, appelée aussi lemniscale. Elle fonctionne selon l'organisation somatotopique et sert une fonction quantitative dépendante de l'organisation segmentaire.

Le sens olfactif se développe lui aussi dans le ventre maternel. Il permet une habitude et une discrimination dès la naissance. Les odeurs connues ont une valeur

contenante pour le nouveau-né. Se développeront ensuite les différents sens, le visuel étant le dernier à se mettre en place sera efficient plusieurs mois après la naissance. Celui-ci participe à la sensibilité profonde par le développement de la perception spatiale du sujet (Bullinger, 2007).

2.1.2. La fonction proprioceptive

La proprioception est, pour Berthoz « le sens musculaire, celui du corps dans l'espace » (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015). Berthoz (1978) ajoute que c'est la coordination entre la sensibilité profonde et les flux sensoriels qui constitue la fonction proprioceptive (Bullinger, 2007). Celle-ci se modifie selon les interactions entre le sujet et son environnement. La sensibilité profonde signale les mouvements des capteurs sensoriels. Ces signaux intègrent des informations sur l'état de tension des muscles, leur position dans l'espace mais aussi la vitesse de déplacement des articulations (Berthoz, 1978, cité par Bullinger, 2015). La proprioception assimile au niveau du SNC l'intégration de la perception des états toniques, de la position et des mouvements de l'organisme (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

Le système sensoriel est dans une fluctuation continue et majoritairement inconsciente. Il occasionne l'ajustement postural par le recueil de données propres au corps dans son espace interne et externe. En effet, la proprioception permet le contrôle du tonus musculaire et de la position spatiale de notre organisme (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015).

La proprioception est l'une des bases de l'ancrage organique de notre identité. En effet, nous considérons que ce sens engage la conscience de l'intériorité. Ainsi, le sujet sait qu'il a un corps, par la sensation de mouvement (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015). De Ajuriaguerra (1972) décrit un mouvement évolutif du sentiment de soi qui s'inscrit grâce à trois processus : la structure motrice, la tonicité et la proprioception (Robert-Ouvray, Servant-Laval, 2015). Ces trois processus sont la charpente même de notre organisation corporelle et de notre psychisme. Ceci nourrit donc notre sentiment de soi, qui confère à toute personne, à travers son corps et son habitation, l'appropriation du sentiment d'exister en tant qu'individu, comme un être différencié de l'autre (Faget, 2015).

C'est, en premier lieu, par l'activation de ses différents systèmes sensoriels que l'enfant peut développer ses propres capacités d'organisation. Les stimulations

internes et externes vont être analysées par le corps et donner des indications au bébé sur ses états physiologiques internes. Ces derniers dépendent des émotions et sont issus de la mobilisation des unités motrices. Les articulations, les tensions et les rotations donnent des informations proprioceptives, intéroceptives connectées avec les stimulations extéroceptives (Giromini et al., 2022).

2.2. Le développement de la tonicité

Les sensations indiquent au bébé ce qui l'anime tant sur une réalité du monde interne que du monde externe. Il peut alors s'adapter, inconsciemment et involontairement. Bullinger définit deux modes de régulation, que tout enfant expérimente dans son développement sensori-moteur.

Évoquons tout d'abord la régulation du *tout ou rien*. Bien qu'elle soit la première régulation que connaît le nouveau-né, elle ne disparaît pas totalement avec le développement. Lorsque les autres systèmes sont débordés, c'est l'ultime recours dont dispose le sujet pour établir une régulation tonique.

Le second mode de régulation est lié au contrôle des flux sensoriels. Si les stimulations ne sont pas assez importantes, il n'y aura alors pas de variation tonique. A l'inverse, si les stimulations sont trop importantes, l'état tonique de l'enfant sera hors de son contrôle. La régulation limitera alors les activités tournées vers les objets et les échanges sociaux. Cette idée suppose la nécessité d'avoir une activité constante pour doser les flux sensoriels.

Ces derniers permettent une appréhension de ce qui se passe dans la régulation tonique de l'enfant. Afin de mieux cerner comment cette évolution se déroule, nous aborderons l'aspect neurodéveloppemental de la motricité et de la régulation tonique, qui sont étroitement intriquées.

2.2.1. Développement neurodéveloppemental de la régulation tonique

L'intégration de la motilité est possible par la maturation neurologique et la corticalisation progressive du système nerveux (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017). À la naissance, l'individu est en prise à une hypertonie généralisée et une hypotonie axiale. Les muscles fléchisseurs des membres axiaux sont plus toniques que leurs extenseurs, entraînant une flexion des membres sur le tronc hypotonique.

Cette bipolarité tonique primaire engendre un enroulement du dos, que l'on retrouve dès le septième mois de grossesse. Dans cette posture, le nouveau-né retrouve un état de tension globale similaire à une enveloppe tonique vibrante, comme il l'a connue *in-utero* (Robert-Ouvray, 2014).

L'enroulement constitue, selon Piret et Béziers, le mouvement fondamental. Il est le socle de toute la motricité à venir. Sa présence est évaluée lors de la naissance par le réflexe de Moro : le bébé est mis en situation de stress, il est déstabilisé. Le réflexe implique un écartement en pleurant des bras et des jambes qu'il regroupe dans un deuxième temps, se contractant toniquement. C'est le rassemblement par l'enroulement global qui est signe d'une bonne santé neurologique (Giromini et al., 2022).

Le bébé est mû par des mouvements spontanés (Robert-Ouvray, 2014). Il n'a pas encore la possibilité d'apprentissages moteurs et ses mouvements sont organisés par le cerveau réflexe, c'est-à-dire qu'ils ne servent aucune fonction. Nonobstant, l'intégration sensori-motrice des muscles et des articulations est possible grâce à la proprioception qui prépare à la motricité volontaire (Robert-Ouvray, 2014).

À cette période de la vie, il n'existe pas de préhension volontaire possible mais un réflexe des fléchisseurs de la main si la paume est excitée. Les régulations végétatives et les activités digestives régulent le comportement du nouveau-né. L'orientation affective est alors centrée sur la sphère bucco-linguale, source de jouissance par la satisfaction alimentaire. Les réactions motrices s'organisent sur un mode massif et sont donc diffuses et indifférenciées (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017).

Le processus neurophysiologique et la maturation du SNC permettent à l'hypertonie innée et à l'enroulement de diminuer au cours des six premiers mois (Robert-Ouvray, 2014). En effet, de deux à six mois, l'hypertonie des membres diminue pour laisser place au développement naissant du tonus axial (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017). La tonicité psychocorporelle se développe selon deux lois : la première, céphalo-caudale, qui implique le développement de l'axe à travers le déroulement et donc la constitution d'un axe fondateur de la psyché. La tonicité axiale naît de la sensation d'avoir un axe et d'être organisé autour de lui. Elle dépend de l'adossement que le bébé trouve contre le corps de sa mère, c'est-à-dire des appuis

et de leur perception (Potel, 2010). C'est parce que le bébé sent ses appuis, qu'il se sent en sécurité et constitue sa psyché (Lesage, 2021).

La seconde loi du développement de la tonicité psychocorporelle est proximo-distale, et permet la préhension d'objet (Potel, 2010). Le tonus axial permet en effet la motilité latérale (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017). Le bébé peut suivre le déplacement d'un objet, et tient compte du regard de son interlocuteur. Un réflexe d'équilibration apparaît et la préhension manuelle, puis oculo-manuelle, commence à se développer (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017). L'apparition du tonus axial est corrélée avec la possibilité de repousser. Repousser son corps et repousser l'objet sont initialement des réflexes, des tentatives d'équilibration et de redressement, mais qui montrent l'étendue de la motricité préexistante (Lesage, 2021).

Entre 6 mois et un an, l'hypertonie disparaît au profit d'une régulation tonique ajustée en développement. Les stations assise puis debout qui en découlent permettent l'expérimentation de la marche et une exploration volontaire des objets (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017).

Le tonus de fond est tributaire lui aussi de la maturation neurologique. En effet, la diminution progressive de l'hypertonie est dépendante par la maturation des systèmes sensoriels discriminatifs. Le tonus de fond est modulable, il n'est pas identique à lui-même tout le temps, et est conditionné perpétuellement en réaction à un contact, que celui-ci soit issu d'un objet externe ou interne. De ce fait, le ballant est influencé par des facteurs typologiques et émotionnels qui sont générés par la relation à autrui (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2018).

C'est donc par l'interaction avec le milieu humain que le nouveau-né va pouvoir adapter sa régulation tonique. Cet environnement est par conséquent un moyen de réglage pour l'enfant. Il suppose tout de même que celui-ci soit équipé pour susciter et recevoir des signaux dédiés à ce dialogue (Bullinger, 2007).

2.2.2. Le développement psychomoteur selon De Ajuriaguerra

De Ajuriaguerra, pionnier dans l'étude du développement psychomoteur, le décrit selon trois stades en fonction de la manière dont l'enfant établit une relation entre son corps, son psychisme et son environnement.

2.2.2.1. Le corps vécu

Le premier de ces stades est le corps vécu et est se développe de la naissance jusqu'aux trois ans de l'enfant. De Ajuriaguerra (cité par Robert-Ouvray, 2014) parle de bipolarité tonique innée pour définir la variation tonique présente dans la première phase du développement psychomoteur. Le bébé est dans une hypertonicité lorsqu'il est en état de besoin et en hypotonicité quand ces besoins sont satisfaits, il est donc soumis aux stimulations sensorielles internes et externes.

Le contrôle tonique dépend du développement du SNC qui entraîne, au cours de la première année de vie, une équilibration globale du tonus des muscles (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015). C'est à ce moment que l'enfant sort de la bipolarité primaire. Les tensions sont globalisées, les sentiments et les représentations s'unifient dans une enveloppe psychocorporelle naissante. Progressivement, par interactions valorisantes avec son environnement, l'enfant développe une capacité d'autocontrôle. Celle-ci lui permet de vivre la frustration sans effondrement. La fonction d'ajustement tonique s'en ressent plus assurée.

2.2.2.2. Le corps perçu

Le deuxième stade est celui du corps perçu. Il se construit entre 3 et 6 ans. Dans cette phase, le contrôle tonique est en lien avec la structuration perceptive. En effet, la tonicité corporelle requiert une maîtrise globale. L'enfant doit contrôler et inhiber les mouvements toniques involontaires résiduels de l'ancien stade. Les mouvements impulsifs sont alors progressivement régulés. L'enfant a besoin pour cela de ses sphères sensorielles et perceptives. C'est ce qui va aboutir à l'apprentissage de sa fonction d'acteur sur son environnement. Il s'emploie à choisir une stimulation et à adapter ses réponses tonico-motrices aux stimuli.

C'est à cette période, vers l'âge de 4-5 ans, que l'enfant peut faire l'expérience de la détente globale grâce au développement de son système nerveux s'étant développé. Cette possibilité de détente globale du corps dépend de l'intériorisation du schéma corporel (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015).

2.2.2.3. Le corps représenté

Ce dernier stade présenté par De Ajuriaguerra s'inscrit de 6 à 12-14 ans. C'est la perception qui devient support de représentation du corps. Bien que ces processus

soient à l'œuvre dès la naissance, c'est leur actualisation réelle et fondatrice qui est mise en avant ici. L'enfant a une image du corps qui devient opératoire, il peut contrôler la globalité de son corps et commencer à dissocier des relâchements de segments. Une topographie du corps émerge, c'est-à-dire que l'enfant peut se le représenter mentalement. Il y a donc une intervention de la sphère spatio-temporelle, qui permet à l'enfant de s'organiser. C'est aussi ce qui va engager l'acquisition de praxies, le mouvement étant intégré dans un espace-temps et rendu possible par la régulation posturale qui devient aisée (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2015). Ceci est cohérent avec le temps des acquisitions scolaires : l'enfant devient capable d'attention soutenue et de concentration, d'écriture, et d'apprentissages qui lui demandent un effort cognitif.

À travers ces stades, De Ajuriaguerra nous présente comment l'enfant passe de la sensation à la perception puis à la représentation de son corps dans un monde extérieur. Nous pouvons relever que les différents concepts inhérents à la psychomotricité entrent en jeu dans ces stades. En effet, les coordinations générales et fines, le schéma corporel, l'organisation spatio-temporelle, l'adaptation émotionnelle, la latéralité et les fonctions exécutives influencent et sont influencées par le développement tonique.

Comme le montre De Ajuriaguerra, l'enfant développe donc des compétences diverses et complémentaires. Or, à l'image de la célèbre phrase prêtée à Aristote, « l'homme est un animal social », le bébé, puis l'enfant, n'évolue pas seul. Le corps n'est pas donné au départ, mais il est le résultat d'une construction à travers les interactions fœtales puis *in-vivo*, grâce aux compétences que le bébé possède dans son patrimoine génétique, et aux interactions avec son environnement (Delion, 2010). Donc, un enfant devient sujet par l'interaction avec son environnement, et donc avec d'autres sujets. Les premiers à être en relation avec le bébé sont ses figures parentales. C'est, comme nous allons le voir, dans le lien parent-enfant et dans la relation interpersonnelle que le bébé est acteur de son développement psychomoteur.

2.2.3. Le tonus au service de la relation interpersonnelle

2.2.3.1. Le dialogue tonico-émotionnel

Le lien entre le bébé et sa mère commence bien avant la naissance. En effet, la vie intra-utérine a toute son importance dans le développement psycho-affectif. Tout

d'abord, les parois de l'utérus sont sensibles à une certaine tonicité. Ses parois vont donner au fœtus la contenance nécessaire au développement sensoriel du toucher. Les variations de tension utérine sont transmises au fœtus, induisant alors différentes sensations de tact et de cénesthésie (Ben Soussan, 2009).

À sa naissance, deux tâches incombent à ce petit d'homme (Bullinger, 2007). La première est de se développer et satisfaire ses besoins biologiques. La seconde est de répondre aux attentes de son milieu. Cela lui demande une plasticité et une adaptation aux différentes stimulations (Bullinger, 2007).

Pour Bullinger, le bébé naît donc compétent. Il peut s'exprimer et communiquer non verbalement grâce à la bipolarité innée. Le recrutement tonique, induit par des pleurs, est la seule réponse à la tension interne du bébé (Ben Soussan, 2009). De la même manière, pour Winnicott, le bébé a une constitution : il a des tendances innées au développement, une motricité et une sensibilité (Winnicott, 2006).

Comme le définit De Ajuriaguerra, à la naissance la motricité est la seule forme de contact psychosocial (Joly et Labes, 2018). L'état tonique du nouveau-né est un mode de relation. L'hypertonie est un système d'appel et d'alerte dirigé du bébé vers le parent (De Ajuriaguerra, dans Joly et Labes, 2018). Pour pallier à l'inconfort, le bébé se met en position de repli, protection posturale face au stress. Robert-Ouvray (2014) parle d'un pare excitation endogène. Par le corps, le bébé expérimente une première manière d'affirmer un *non* en réponse à la stimulation vécue comme désagréable (Robert-Ouvray, 2014).

Le contrôle tonique ne dépend pas de la volonté du bébé. Son immaturité neurologique ne lui permet pas de se relâcher toniquement et de se consoler psychiquement seul (De Ajuriaguerra cité par Robert-Ouvray, 2014). Il a alors besoin de l'adulte pour l'aider à ajuster ce qui le déborde. En effet, le contrôle tonique du bébé dépend des adultes qui prennent soin de lui.

Les sensations confortables font émerger un apaisement tonique qui détend le corps et un état émotionnel qui s'apparente à du bien-être. Lorsque les parents s'occupent de l'enfant, que leur ajustement est empathique et adapté toniquement et émotionnellement à ce que vit l'enfant, ce dernier peut lâcher la tension. Il change sa tonicité en faveur de l'hypotonie, où il peut écouter. La position qu'il adopte est alors un déroulement. La consolation lui permet d'accepter ce qui s'est vécu difficilement, il

peut affirmer un *oui* à la relation (Robert-Ouvray, 2014). Le bébé se sent alors compris, reconnu, entouré, soutenu dans ce qu'il ressent. Les affects agréables sont fondateurs d'une première affirmation de soi. De plus, les vécus, inconfortables et confortables, permettent au nouveau-né de se faire une première représentation au monde et de l'autre (Robert-Ouvray, 2014).

Les mouvements d'ouverture et de fermeture du tout petit sont ce qui lui permet de communiquer. L'enroulement et le déroulement de son axe lui donnent la possibilité d'interagir avec son environnement et de solliciter un rapprochement physique du parent.

Ainsi nous voyons comment la qualité du tonus du bébé est étroitement corrélée avec le développement psycho-affectif, par l'ajustement du parent à son enfant, et l'enfant en réponse aux soins apportés par son parent. De plus, l'individuation commence dès ces premiers soins. La consolation, le bordage émotionnel et la parole donnent du sens et abaissent les tensions (Robert-Ouvray, 2014). Petit à petit l'enfant peut développer un panel de réponses motrices en fonction des stimulations qu'il rencontre quotidiennement (Robert-Ouvray, 2014). Plus le petit expérimente, plus il est soutenu dans ce dialogue tonico-émotionnel, une estime de soi peut alors émerger. Progressivement, une unité est intégrée corporellement et psychiquement, il y a une unification psychocorporelle (Robert-Ouvray, 2014). Le tonus est donc une incarnation psychocorporelle de l'être au monde.

Ici, la relation est soutenante pour le bébé. Le lien tonique fonctionne et lui permet de s'ajuster. C'est le cas car les signaux extérieurs sont eux-mêmes ajustés (Bullinger, 2007). La qualité des interactions est primordiale dans la considération du dialogue tonico-émotionnel.

2.2.3.2. La qualité interactionnelle

Le corps en relation a de nombreuses fois été étudié. Nous pouvons par exemple citer l'étude de Spitz sur l'hospitalisme, ou celle de Harlow concernant le lien affectif. Ces expériences présentent la nécessité d'un environnement suffisamment bon pour construire un Moi harmonieux (Perez-Ferrer, 2021). La qualité du tonus du bébé est connectée avec la qualité relationnelle (Ben Soussan, 2009).

Lebovici définit trois niveaux d'interactions qui vont être constitutives d'un étayage pour le bébé (Blossier, 2009) :

- Les interactions corporelles qui correspondent à ces interactions toniques que nous définissons. C'est la façon dont le bébé est tenu, porté, touché. Ce sont les ajustements réciproques entre les postures des différents partenaires, et donc leur tonus musculaires respectifs qui s'articulent ensemble.
- Les interactions visuelles : ce sont les regards mutuels que les partenaires s'offrent. Ils induisent des affects du côté maternel, que le nourrisson capte et s'approprié dans la construction d'un moi.
- Les interactions vocales qui permettent l'expression du désir. Elles rejoignent la notion de cordon ombilical acoustique de Bowlby.

Le dialogue tonique avec le corps de l'autre, véhiculé par le *holding* et le *handling*, aide alors à donner du sens aux décharges motrices que connaît le tout petit (Ben Soussan, 2009). Progressivement le dialogue construit des moyens de régulations et de contenance des états émotionnels (Ben Soussan, 2009).

2.2.3.3. Le filtre relationnel

C'est par l'ajustement du dialogue tonico-émotionnel qu'une détente apparaît. La sensation a laissé place à la perception, une émotion. Mais pour accéder à la représentation, le tout petit a aussi besoin de ce dialogue tonico-émotionnel.

En effet, Wallon présente l'espace entre le nourrisson et son parent comme un lieu de fusion, imprégné d'une émotion forte qui a un effet simultané sur les états internes de l'organisme et sur les interactions sociales. La communication est dans un premier temps non médiatisée et répond à la loi du *tout, tout de suite* (Bullinger, 2007).

C'est à travers la théorie psychanalytique de Bion que nous pouvons élaborer cet accès à la représentation. L'enfant ressent donc et vit une expérience, mais il ne peut pas encore y mettre un sens seul. C'est en proposant des mots et des soins sur ce que vit l'enfant que le parent empathique lui offre cette possibilité de représentation (Robert-Ouvray, 2014). Le parent agit comme un filtre, il donne une valeur à une communication motrice et tonique du bébé.

Lorsque le bébé est envahi par les sensations désagréables, comme la faim, qu'il exprime par les pleurs et une hypertonie d'inconfort, rien n'a de sens, il ressent, perçoit, il est aux prises avec ces sensations débordantes, inorganisable, irréprésentable. Il ne les intègre pas comme une expérience sensée, et l'expression corporelle motrice témoigne de cet état submersif. Ce sont les *éléments-bêta* : le bébé

est dans un vécu désagréable (Bion, 2003). Ces éléments sont bruts, et inchangés. Ils sont ressentis pour des choses en soi, et ils sont alors envahissants pour le bébé car incontrôlables.

Le parent, en entendant son bébé pleurer, a une activation de son système nerveux au niveau du thalamus, son système d'alarme. Son tonus est lui aussi plus en alerte, en réponse au stimulus. Le parent, dans son empathie, met des mots et du soin sur ce que l'enfant ressent et vit comme désagréable. Il permet à l'enfant hypertonique d'ajuster son tonus et de connaître l'hypotonie de confort. Dès lors, l'enfant met en sens ce qu'il vit, et peut ainsi s'approprier ses sensations, et intégrer la création d'une chaîne qui fait sens pour lui : je suis inconfortable, je pleure, quelqu'un s'ajuste et répond à mon besoin, je suis confortable.

Par ses soins, l'adulte propose au bébé un discours partageable, ce que Bion appelle *éléments-alpha*. La fonction alpha opère en transformant les *éléments-bêta*, donnant sens au vécu du bébé (Bion, 2003). Selon la formulation de Bion, le parent prête au bébé son *appareil à penser les pensées*. Le parent les ayant rendues supportables, les sensations initiales sont alors transformées, détoxifiées, et le bébé va pouvoir en faire quelque chose (Potel, 2010). Il connaît ici les prémisses de la pensée qui est, initialement, essentiellement corporelle. Le bébé, en écho à ce qui lui a dit, peut entendre, digérer, et symboliser ces sensations en un souvenir, et ainsi s'approprier qu'il vit (Bion, 2003).

L'enveloppement, autant langagier que corporel par l'ajustement tonique, entraîne une intégration motrice (Robert-Ouvray 2014). Ainsi, l'enfant arrive petit à petit à penser sa motricité, intégrer la tension et son corps. Le bébé intériorise ainsi progressivement un dedans et un dehors, qu'il a une action sur son environnement. À ceci s'ajoute le temps entre la demande, les pleurs et la réponse du parent. C'est cet espace transitionnel, développé par Winnicott, ou le manque apparaît qui va aider à la construction du symbolisme et de la mise en sens.

De plus, pour Bullinger (2007), la prise de sens des fluctuations toniques à l'œuvre est reliée aux situations sociales, et se construisent à travers une contingence et une répétition des stimulations. L'interaction entre l'organisme et le milieu alimente l'activité cognitive et induisent le déploiement des signaux servant au réglage tonique de chacun des participants. Ainsi, par la continuité de soins qui permettent une

affectation du vécu, une représentation progressive s'opère (Bullinger, 2007). La motricité involontaire et non expressive, par le développement de la régulation tonique devient donc volontaire et sensée (Joly et Labes, 2018).

Tout est dans l'équilibre de cette interaction. Un ajustement sensori-tonique adéquat et adapté sera garant d'interactions optimales entre un individu et son environnement. À l'inverse, si un système de régulation se voit instable, l'état tonique fluctue alors ce qui entrave des activités cognitives difficiles car l'enfant n'est pas sécure intérieurement (Bullinger, 2007).

La stimulation est donc vécue comme une unité expérientielle. Robert-Ouvray (2014) nous rappelle les quatre paliers d'intégrations qui sont en jeu : tonique, sensoriel, affectif et représentatif. Un cadre psychique sécure apparaît chez l'enfant. Il peut alors gérer progressivement ses frustrations, car sa sécurité interne et émotionnelle le légitime, mais aussi parce que la posture de son parent est cohérente (Robert-Ouvray 2014). Pour Winnicott, par l'adaptation au besoin du bébé, le parent fournit un cadre sécure (*setting*) au bébé. À partir de ce sentiment de sécurité, le bébé pourra développer progressivement sa motricité, sa sensibilité et devenir acteur de son développement. Les sensations propres aux mouvements spontanés vont être ressenties et progressivement s'intégrer dans une motricité volontaire (Winnicott, 2006).

Par la sécurité interne, le corps du bébé et sa motricité lui permettent de rentrer en contact avec autrui et d'établir une relation nourrissante. La motricité peut *in fine* s'articuler dans une fonction apaisante, bouger est un plaisir, le bébé peut ressentir sans crainte ses émotions et être à l'aise avec son corps (Robert-Ouvray, 2014). Par ces expériences, le bébé, puis l'enfant, assimile que l'autre est nécessaire et qu'il ne peut pas vivre seul. Par l'état de détente et par l'étayage que lui procure l'attachement, il développe l'imaginaire, la curiosité, l'exploration. Ceci est aussi corrélé avec la maturation du cerveau préfrontal, siège de la socialisation.

2.3. De la relation interpersonnelle à l'individuation

2.3.1. Le tonus, fondateur de limites

Pour développer une incarnation psychocorporelle, il est nécessaire de se différencier de l'autre. L'intégration d'une limite entre dedans et dehors implique une

séparation entre soi et autrui. Nous interrogeons alors la place du tonus dans la construction d'une enveloppe psychocorporelle.

La membrane, la peau, permet la naissance d'un métabolisme, car elle représente la limite. Elle filtre et régule les échanges (Lesage, 2021). C'est parce que la gaine tonique peut se contracter et se détendre que la communication peut s'installer entre le nourrisson et le parent (Giromini et al., 2022). La tonicité accomplit la fonction organisatrice, contenante et limitante de l'organisme (Lesage, 2021).

Le dedans et le dehors apparaissent comme des constructions et on observe une influence réciproque entre l'interne et l'externe par les flux directionnels (Bullinger, 2007). L'enveloppe est vibrante naturellement, et fournit les sensations à travers les stimulations. Ce sont les premiers échanges corporels, émotionnels et langagiers qui vont être formateurs d'un filtre, d'une interface, entre les informations externes et internes (Bullinger, 2007). Puis le bébé, par l'intégration du dialogue tonico-émotionnel va pouvoir se contenir seul, par l'exploration et parce qu'il est soutenu par l'étaiyage.

Le monde physique exerce une pression à laquelle il faut répondre avec nuance continuellement par une adaptation tonico-posturale. Par la réaction de défense qu'est le regroupement, le bébé limite les échanges, il se protège. À l'instar de cette première motricité archaïque, le physiologique et le psychique se mettent en liaison pour servir une première ébauche d'une limite et donc d'une dynamique psychocorporelle (Lesage, 2021). Progressivement, le bébé développe sa motricité et des possibilités posturales. L'ajustement tonique le rend disponible aux échanges volontaires entre lui et les objets, mais aussi avec les individus. Il peut alors jouer avec des dialectiques : aller vers/repousser, prendre/lâcher, enrouler/dérouler (Lesage, 2021).

La fonction de pare-excitation soutient la réaction hypertonique au stress. Les angoisses de morcellement ou d'éclatement sont contenues par l'hypertonicité de l'enveloppe : on parle alors d'un moi tonique primitif. Celui-ci deviendra au cours du développement le Moi-Peau que définit Anzieu (Giromini et al., 2022). Le Moi-Peau est une représentation symbolique, une instance qui se base sur les expériences corporelles liées avec les limites physiques du corps. Une enveloppe corporelle vécue comme poreuse et déliée, implique la représentation non unifiée du Moi-Peau et une non contenance du psychisme.

Compte tenu de l'importance de la relation entre le tonus et l'individuation, nous pouvons questionner l'hypertonie et l'hypotonie. Celles-ci, en l'absence d'un trouble neurologique ou génétique, peuvent acquérir la valeur de symptômes qui résultent d'une relation psychocorporelle insécurisante et non contenant au moment de sa construction (Potel, 2010).

2.3.2. La relation interpersonnelle fondatrice d'une individualité

La diminution de l'hypertonie est, au cours du développement, soutenue par la maturation des systèmes sensoriels discriminatifs. Ceci permet alors la formation de mécanismes de projection et de distanciation de l'objet (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017). L'éprouvé sensoriel consent donc une différenciation et la construction d'une enveloppe à partir d'échanges réciproques (Potel, 2010). De ce fait, la relation entre le tonus et l'individuation apparaît progressivement chez le sujet selon sa maturation neurologique, les facteurs biologiques, psychologiques et son interaction avec l'environnement, avec l'autre. La construction de l'identité et de l'individuation n'est alors possible que parce que le bébé a pu être en relation avec l'autre, illustrant l'adage « *Un bébé seul, ça n'existe pas* » de Winnicott (1943).

Dans son adaptation aux besoins de son enfant, le parent lui permet d'avoir une vie peu perturbée par ses propres réactions à son environnement. *A contrario*, si on observe une carence dans ces possibilités d'adaptation, la réaction en réponse à la stimulation de l'environnement interrompt la continuité d'être (Winnicott, 2006). Un adulte, parce qu'il est tendu ou peu disposé à s'occuper du bébé, va lui transmettre ses tensions corporelles à ce dernier. De là, les sensations désagréables seront captées par le tout petit, et vécues comme des atteintes corporelles. Ces dernières risquent d'être alors délétères, notamment dans leur répétition, et peuvent influencer l'intégration du schéma corporel (Giromini et al., 2022). L'établissement d'une unité psychocorporelle repose dans cette idée sur un sentiment continu d'exister.

De plus, par la réaction de son environnement, l'enfant fait l'expérience du contrôle, il devient acteur de son développement. Il n'est pas que l'objet de ses figures parentales. L'environnement, autrement dit les parents, et le nourrisson s'influencent réciproquement dans un processus perpétuel de développement et de changement. L'interaction est la place d'un continuum d'échanges où chacun agit et réagit (Blossier, 2009). Navarro propose la notion de *somato-psycho-dynamique* en expliquant que le

biologique, le psychologique et l'environnement sont indissociables dans la construction d'une unité psychocorporelle (Ben Soussan, 2009).

3. Et en psychomotricité, qu'est-ce qu'on en fait ?

3.1. L'intérêt de l'étude du tonus

Le tonus est en lien avec le développement de tous les autres champs de la psychomotricité, et peut en être le support grâce à la maturation neurologique (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017). En effet, le développement de la régulation tonique est accordé avec celui de l'espace car l'enfant, en expérimentant son environnement, s'approprie son espace corporel et se construit une corporéité.

La notion de temps est elle aussi dans une relation d'interdépendance avec le tonus. Dans l'ajustement de l'environnement aux besoins du bébé, la confiance et la sécurité se développent et l'enfant peut intérioriser le temps d'attente lors de l'absence des parents, et non plus le vivre comme une disparition.

Le mouvement s'inscrivant dans une temporalité, l'ajustement tonique y est sensible. De plus, la régulation tonique est le support de coordinations générales et plus fines et complexes, et de dissociation.

Le développement tonique est évidemment soutenant du schéma corporel et l'image du corps. En effet, l'extensibilité, qui se modifie jusqu'à trois ans, précise la latéralité du sujet. On sait qu'elle est à cet âge déjà plus marquée à gauche chez un droitier par exemple (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017).

Le schéma corporel, en tant qu'intégration sensorielle et affective des formes anatomiques et de leur dynamique, est lié directement avec le tonus. C'est parce que les muscles sont en action, que la sensorialité est effective et efficiente que l'intégration affective peut se faire. La sécurité émotionnelle procure une enveloppe psychocorporelle souple et réceptive, permettant alors une homéostasie de sa construction interne. De ce fait, le sujet se développe dans une intégration proprioceptive de son anatomie (Giromini et al., 2022).

Le geste n'appartient au schéma corporel du sujet que s'il est impliqué dans une conscience et une affectation relationnelle. Dans le cas où le geste est fait mais sans cette dimension psychique, nous sommes plus simplement sur la preuve d'une

intégration motrice (Giromini et al., 2022). Le tonus, par ses composantes affectives et relationnelles, rend compte de la construction du schéma corporel dans le mouvement.

Nous pouvons dire que le tonus et sa régulation est ce qui occasionne le mouvement. La notion de mouvement est vaste et peut s'articuler autour de l'équilibre statique, la marche, mais aussi l'immobilité qui est composée de légères oscillations de réajustement tonique. Le tonus permet une qualité cinétique du geste (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017).

Le fonctionnement somatique et moteur nous donne la possibilité d'analyser l'expression de l'état affectif du sujet. De la même manière, l'état affectivo-émotionnel de la personne peut nous aider à appréhender le fonctionnement somatique et moteur. Ceci n'est en réalité possible que dans l'appréhension du développement commun et simultané des structures neurologique et psycho-affective (Ben Soussan, 2009). De plus, les épreuves d'extensibilité et de ballant, que nous utilisons dans nos bilans, sont aussi sensibles aux réactions émotionnelles du sujet. On peut observer notamment des paratonies dans les phases de relâchement tonique, ou bien des réactions de prestance (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017).

Parce que le tonus est « la toile de fond des émotions », il sert la communication, ainsi que l'établissement et le maintien de la relation (Potel, 2010). Il semble important de pouvoir en lire quelque chose, et de discerner comment il intervient au sein de notre pratique, tant du côté de la personne que nous accueillons que de notre propre côté de praticien.

3.2. L'étude du tonus en psychomotricité en milieu psychiatrique

Albaret et al. (2012), nous rappellent les caractères des troubles psychomoteurs, témoins des difficultés psychiatriques. En effet, ces troubles sont complexes car :

- Ils affectent différentes fonctions notamment au niveau perceptif, au niveau de l'interaction avec l'environnement et au niveau de la communication et des manifestations émotionnelles ;
- Ils se manifestent par des signes neurologiques doux, ce qui est la mise en évidence d'un dysfonctionnement cérébral ;

- Ils peuvent comprendre des difficultés psychopathologiques liées à des facteurs émotionnels, par exemple l'anxiété, mais aussi de troubles psychiatriques ;
- Ils requièrent une analyse pluridimensionnelle de l'étiologie.

Ces différents critères viennent nous présenter les troubles psychomoteurs comme l'expression de manifestations dans les pathologies psychiatriques. Au vu des différents enjeux du tonus dans les émotions, la relation avec l'environnement et la communication, ces critères nous permettent de penser que les troubles psychomoteurs peuvent être en lien avec des difficultés toniques. Mais ces particularités du tonus se manifestent de manière singulière selon chaque individu.

Dublineau définit une typologie psycho-affectivo-motrice selon quatre types de tonus retrouvés (De Ajuriaguerra dans Joly et Labes, 2017). Les deux premiers présentent le soma comme un bloc solide, où la typologie correspond à des patients ayant une pathologie psychique, tandis que les deux derniers relèvent de sujets dits subnormaux. Ces patients sont décrits comme tels :

- Type athlétique hypertonique : le sujet est fort, lent, inhabile, lourd, avec une musculature massive, une extensibilité réduite et un ballant diminué ;
- Type hypotonique : le patient est mou, inhabile, confus, avec une hyperextensibilité importante, une lordose, les pieds plats et un ballant très marqué ;
- Type dilaté : le sujet est décrit comme faible, agile, habile, avec une hyperextensibilité fréquente, un ballant variable mais diminué par des réactions de prestance ;
- Type longiligne : le patient est décrit comme ayant une musculature osseuse forte, agile, habile, une extensibilité correcte, un ballant souvent réduit par effet de prestance.

Cette typologie décrit chaque type de patient selon des caractéristiques de régulation tonique, mais aussi des composantes psychiques et émotionnelles qui font sens dans la description de troubles psychomoteurs.

PARTIE 2 - La schizophrénie

Partie théorique

1. Présentation générale du trouble

1.1. Historique bref de la pathologie et définition

E. Kraepelin, est le premier à décrire ce que nous appelons aujourd'hui schizophrénie. Ce sont les termes « démence précoce » que ce médecin de la fin du XIXème siècle met en avant. Ceci désigne principalement la progression déficitaire de la maladie (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine). Le terme *schizophrénie* est introduit par Bleuler en 1911 (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine). Étymologiquement, le terme vient du grec *schizein*, qui signifie scinder ou fendre, et *phren* qui se rapporte à l'esprit (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine). Ainsi nous comprenons, à travers ce terme, l'esprit comme scindé et non pas unifié.

Pour Bleuler, la schizophrénie se caractérise par l'importance d'une ambivalence dans trois domaines : l'affectivité, la volonté et la pensée. Cette ambivalence se résumerait à la difficulté du sujet, voire une impossibilité, à accéder à une psyché unifiée, et à maintenir une vie relationnelle (Gortais, 2010). La sémiologie que Bleuler a mis en avant pour définir la schizophrénie repose sur deux axes (Gortais, 2010) :

- La schizophrénie est un trouble et une carence du lien affectif ;
- Le sujet est en proie à un engourdissement psychique qui fait obstacle à un rassemblement des pensées.

La maladie est donc caractérisée par un défaut d'harmonisation des activités psychiques, et non pas par le côté démentiel défini par Kraepelin. On parle alors de *Spaltung* pour signifier le processus de scission opérant. Pour ce médecin psychiatre, la description du trouble s'articule autour d'une conception théorico-clinique et non pas d'une simple description sémiologique (Gortais, 2010).

Bleuler met en avant la schizophrénie comme un trouble anatomique cérébral ayant des répercussions psychiques. Ferenczi définit la transmission

transgénérationnelle de la psychose, notamment en questionnant l'importance du traumatisme dans l'enfance (Gortais, 2010).

La définition que nous retiendrons sera celle d'Ey. En 1974 il définit la schizophrénie comme une « catégorie de psychoses qui ont en commun un ensemble de troubles parmi lesquels prédominent : la discordance, l'incohérence idéo-verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations ainsi que de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments ; tous troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité » (Azoulay, 2010). Cette définition reprend l'ensemble des particularités qui sont exprimées chez nos patients. Le terme dissociation de la personnalité est ici à entendre au sens de la complexité pour le patient à avoir une cohérence entre corps et esprit.

1.2. Prévalence et Epidémiologie

Environ 1% de la population mondiale serait touchée par cette pathologie. En France, ceci représente 600 000 personnes. Hommes et femmes peuvent contracter la pathologie, mais les hommes semblent plus touchés par des formes plus précoces et invalidantes. Les populations vivant en milieu urbain, ou ayant un parcours d'immigration développent plus fréquemment cette pathologie (INSERM, 2020).

C'est au cours de l'adolescence que la schizophrénie se révèle généralement, entre 15 et 25 ans. Mais les symptômes prodromiques débutent le plus souvent plus tôt, sous une forme plus atténuée.

1.3. Sémiologie et Diagnostic

1.3.1 Triade symptomatologique

Loin du langage commun qui octroie un dédoublement de la personnalité en définition de la schizophrénie, cette pathologie regroupe plusieurs symptômes et signes cliniques. Dans une volonté de clarté, ils sont regroupés en plusieurs catégories : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation psychique. Ces trois groupes sont rarement présents simultanément (Fondation fondamentale).

Les symptômes positifs, sont quelque chose que les patients ont *en plus* (Fondation fondamentale). Les hallucinations sont le symptôme le plus connu. Ces hallucinations peuvent être définies comme des sensations et perceptions qui n'existent pas dans la réalité, qui n'ont pas d'objet (Lesur, 1995). Pour les patients ces sensations existent réellement, et peuvent toucher tous les sens du corps humain (Fondation fondamentale). Les plus rapportées par les patients sont visuelles et auditives, ces dernières peuvent être pour le patient agressantes, et menaçantes, car elles s'intrusent dans l'univers mental de la personne (Lesur, 1995). De plus, elles peuvent s'associer au délire.

Le délire est aussi un symptôme positif fréquent de la schizophrénie. Il peut se définir comme des idées, des convictions personnelles erronées par rapport à la réalité (Fondation fondamentale). Il se réfère donc à des croyances et coupe le patient de tout raisonnement logique (Lesur, 1995). Le délire peut résulter des hallucinations mais aussi de l'interprétation inexacte de faits réels (Lesur, 1995). Ceci peut entraîner un sentiment de persécution, de malaise intense, de sentiment de perte de contrôle de son individualité. Ceci crée une perte des limites psychocorporelles, et donc ce peut être très angoissant pour le patient (Lesur, 1995).

Au cours d'une séance, Monsieur V. nous raconte une de ses premières expériences délirantes, avant que le diagnostic de schizophrénie ne soit posé. Il conduisait sa voiture, la nuit pour rentrer du travail. Voyant les phares des véhicules en face qui se rapprochaient de lui, il les interpréta comme le fait qu'elles fonçaient sur lui, qu'elles étaient dirigées pour lui foncer dessus. À cette perception interprétative, en réalité les automobilistes étaient sur leur propre côté de la route, s'ajoute ici un sentiment persécutif. Monsieur V. a vécu dans sa réalité propre une volonté de la part de l'autre de lui faire du mal. Il peut dire au cours de l'entretien que ce délire était très angoissant. Il a pu s'arrêter sur le bas-côté et appeler ses parents pour qu'ils viennent le chercher. Ceci présente pour lui le début d'une perte d'autonomie et nous montre comment le délire peut impacter le quotidien de ces patients.

La deuxième catégorie de signes cliniques, les symptômes négatifs, peut se définir comme ce que le patient a *en moins*. Ceci peut se référer à des difficultés dans les interactions sociales, ou un émoussement affectif. Peuvent s'ajouter une apathie

et une anhédonie (Fondation fondamentale). La communication s'en ressent impactée aussi et l'émotivité est réduite. De ce fait, le patient est souvent en retrait, et s'isole progressivement de ses différents cercles affectifs (INSERM, 2020).

La troisième catégorie est la désorganisation, qui est rapportée comme la perte de la cohérence de la pensée (Fondation fondamentale). Il n'y a pas toujours de lien logique entre les idées dans les discours du patient. Ces derniers sont vagues, illogiques, voire incompréhensibles (Lesur, 1995). Ne pas penser de manière organisée empêche le sujet de raisonner, d'organiser et de planifier aussi ses actions. Ceci a de grandes répercussions pour le patient qui n'est pas autonome pour tous les actes de la vie quotidienne, lui demandant un effort d'attention (Fondation fondamentale).

Les fonctions cognitives peuvent donc être modifiées. En effet, dès 1911, Bleuler définissait dans cette pathologie une altération mnésique, attentionnelle et exécutive (Franck, 2009). On observe aussi chez ces patients un trouble du contrôle moteur, qui est mis en relation avec un syndrome d'influence. Autrement dit, les patients attribuent cognitivement leurs actes et pensées à autrui ou à une force extérieure (Franck, 2009).

Illustration de la désorganisation de la pensée.

Il arrive fréquemment au cours des séances que Monsieur S. utilise des mots qui ne prennent pas sens dans notre code langagier commun. Après la proposition d'une mobilisation passive, Monsieur S. tente de décrire son vécu de cette expérience. Il dit alors se sentir « inerte ». Notre réaction face à ce mot est en premier lieu la surprise. Pour nous, ce terme fait référence à quelque chose d'inanimé, de non vivant. Nous demandons au patient de nous expliquer ce que signifie l'inertie pour lui. Ce terme dans son langage se réfère à quelque chose de « lourd, qui est ancré dans le sol ». Finalement, ce paralogisme traduit d'une désorganisation de la pensée, et une fonction symbolique du langage pas ou peu opérante. Ici, Monsieur S. par sa désorganisation, n'est pas dans le partage d'un code commun entre lui et nous.

Pour conclure, les difficultés rencontrées par les patients peuvent être éprouvantes, tant corporellement que psychiquement. Les personnes atteintes de

schizophrénie sont des individus qui souffrent (Lesur, 1995), et il apparaît nécessaire d'appréhender au mieux la maladie pour pouvoir les accompagner au plus proche de leurs besoins.

1.3.2. Diagnostic

La schizophrénie est souvent difficile à diagnostiquer et, souvent, elle est déjà installée depuis plusieurs années quand le diagnostic est posé. L'apparition peut se faire de manière brutale, mais dans trois quarts des cas c'est une maladie qui apparaît de façon progressive (INSERM, 2020). Les symptômes prodromiques sont atténués, souvent associés à des difficultés cognitives, et signent un état mental à risque d'évolution vers un trouble schizophrénique (INSERM, 2020). Aujourd'hui, on classe cette maladie dans les pathologies du neurodéveloppement (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine) et on considère qu'elle est à la fin du développement du trouble (Godfryd, 2023).

Les critères diagnostiques de la schizophrénie du Manuel Diagnostique des Maladies Mentales (DSM-V) sont présentés en annexes. Godfryd (2023) définit différentes formes cliniques de schizophrénies :

- La schizophrénie paranoïde est la plus fréquente. Elle est considérée comme la plus complète, prenant les trois signes cliniques de manière massive.
- La schizophrénie hébéphrénique a un début insidieux et progressif, marqué par une asthénie, des plaintes hypocondriaques.
- La catatonie est plus rare et est essentiellement constituée de troubles psychomoteurs discordants.
- La schizophrénie simple permet le maintien d'une façade sociale par des aspects procéduraux, mais elle sclérose progressivement la vie affective et sociale du sujet.
- La schizophrénie dysthymique, ou schizo-affective, associe une symptomatologie bipolaire, par l'émergence d'alternance de troubles maniaques et dépressifs.

1.5. Etiologies

La schizophrénie est apparentée à une origine multifactorielle et est difficilement explicable. Comme pour beaucoup, si ce n'est pas toutes les pathologies

psychiatriques, la présence de facteurs de risques suit un modèle bio-psycho-social. Des facteurs individuels et psychologiques peuvent entrer en compte dans ce diagnostic. Dans la petite enfance, sont souvent identifiés des troubles précoces du développement. Des difficultés scolaires, des particularités linguistiques, dans les compétences sociales, ou des anomalies dans les relations interpersonnelles sont retrouvées dans cette période (Bourgeois, 2017). Mais ces précurseurs sont discrets et peuvent parfois ne pas être détectés.

1.5.1. L'importance de la période adolescente

L'adolescence est une période de vulnérabilité, notamment expliquée par la plasticité du cerveau. La plasticité correspond à la capacité du cerveau à se restructurer selon les événements et les expériences vécues. Dans cette période charnière, la maturation du cerveau n'est pas encore finie et différentes régions cérébrales se réorganisent. Le lobe frontal se développe le plus, permettant l'avènement de l'esprit critique, des fonctions exécutives telles que le raisonnement ou le jugement.

Cette plasticité cérébrale pourrait être impactée par la perturbation des processus neuronaux, conséquence de l'exposition à certaines situations stressantes, des atteintes infectieuses, ou encore à des substances (INSERM, 2020). Les symptômes négatifs, notamment la réduction de langage, la motricité spontanée et la moindre expression gestuelle, sont corrélés avec une baisse de l'activité frontale (Bourgeois, 2017). De plus, les hallucinations auditives pourraient être expliquées avec une trop grande activité cérébrale des zones du langage et une difficulté d'attribution du langage intérieur dépendant d'une baisse de l'activité neuronale frontale (Bourgeois, 2017).

Les processus neuronaux fragilisés seraient donc plus susceptibles de développer un trouble psychiatrique. Or ce développement anatomique atypique n'est pas la seule raison pouvant expliquer la pathologie.

1.5.2. La génétique

Selon l'INSERM, deux types de prédispositions génétiques à la maladie existent. Premièrement, un léger sur-risque de développer une schizophrénie serait engagé par des variations génétiques. Secondairement, des mutations de gènes

jouant un rôle sur la plasticité cérébrale sont décrites comme ayant un impact majeur sur le risque de développement de la pathologie. Ceux-ci sont corrélés avec d'autres troubles neuro-développementaux, les troubles précoces du développement favorisant l'apparition d'un trouble schizophrénique (INSERM, 2020).

C'est dans ce contexte de présence de facteurs de prédisposition génétiques que les facteurs nocifs de l'environnement jouent un rôle.

1.5.3. L'environnement

Selon l'INSERM (2020), deux facteurs de risques environnementaux sont établis et peuvent précipiter l'apparition d'une schizophrénie. Le premier paramètre est celui du stress. Il altère les mécanismes biologiques de structures cérébrales, notamment l'hippocampe, le cortex préfrontal et l'amygdale. Bourgeois (2017) rapporte qu'un psychotraumatisme pendant l'enfance en augmente le risque.

Le second paramètre est lié à la consommation de substances psychogènes, en particulier le cannabis, qui accentuerait le risque de développer une schizophrénie par quatre (Bourgeois, 2017). Le THC présent perturberait la maturation cérébrale en agissant sur les récepteurs qu'il active. Ces récepteurs sont très actifs dans les régions où la plasticité est importante à l'adolescence (INSERM, 2020).

D'autres aspects sont à prendre en compte mais leurs rôles dans l'apparition de la schizophrénie ne sont pas aussi marqués. Nous pouvons énoncer ici la qualité du sommeil, la nutrition par exemples.

1.6. Modèles explicatifs

1.6.1. Interprétation psychanalytique

Selon Freud, la schizophrénie renverrait à une régression narcissique, qui engendrerait une indifférenciation entre soi et l'objet. Les symptômes positifs seraient alors convoqués par le psychisme pour se raccrocher à la réalité, en reconstruisant une réalité propre au sujet. Ceci serait alors en lien avec le concept d'inanité, qui met en avant que la relation à l'objet ou à l'autre est vide de sens (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Searles parle de l'angoisse dans la schizophrénie témoignant de la sensation de ne plus exister en tant qu'être humain. On évoque à ce sujet les angoisses de

morcellement, et d'anéantissement. Winnicott nomme aussi l'angoisse d'effondrement, c'est à dire que le Moi n'est plus unifié (Haouzir et Bernoussi, 2020).

1.6.2. Interprétation systémique

Pour Bateson, la schizophrénie est en relation avec des troubles de la communication au sein du système familial. Le sujet atteint de schizophrénie serait alors le symptôme de cette défaillance systémique. La notion de double lien propre à l'approche systémique signe des injonctions paradoxales dans ces familles. La schizophrénie serait une répercussion psychique répondant à ces paradoxes car le sujet est dans un entre-deux constant (Haouzir et Bernoussi, 2020).

En étant porteur du symptôme, la personne atteinte de la pathologie a une fonction. Ici, on considère que le trouble supporte une homéostasie qui est mise en difficulté par les dysfonctionnements familiaux. Cette représentation ne permet pas de traiter le trouble mais de rendre compte de la difficulté interactionnelle familiale dans l'installation de la pathologie (Haouzir et Bernoussi, 2020).

1.6.3. Interprétation phénoménologique

Les auteurs référents de ce courant, Husserl, Binswanger ou encore Minkowski, soulignent l'aspect existentiel de la pathologie dans la vie du sujet. Pour Jaspers (1913, cité par Bourgeois, 2017), les « symptômes sont des développements en continuité de la personnalité antérieure ». Ces patients ne nous permettent pas une compréhension du trouble car celui-ci résulte d'une fracture avec la continuité existentielle. L'appréhension de la pathologie étudie la fonction transcendantale que chacun connaît. On se rapproche alors des particularités de l'existence pour comprendre ce qui est la continuité ordinaire d'existence (Bourgeois, 2017).

1.6.4. Les modèles cognitivistes

Ces modèles axent l'interprétation du trouble sur la difficulté de traitement de l'information. Pour Frith, il y a une désorganisation du contrôle volontaire dans la pathologie, entraînant une incapacité du patient à exercer un contrôle interne sur son action. Ce n'est que par l'observation des effets concrets de l'action, soit après son accomplissement, qu'il pourrait analyser son action (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Par cette non conscience de son action propre, le sujet pourrait alors l'attribuer à une force extérieure. La production d'hallucinations et de délires serait dans cette approche signes de troubles du traitement de l'information. Pour Frith, les hallucinations auditives correspondraient à une interprétation d'un discours que le patient ne perçoit pas comme lui appartenant, car il n'a pas conscience de son intention d'action (Haouzir et Bernoussi, 2020).

1.6.5. Les neurosciences

L'avènement des neurosciences a pu mettre en avant un dysfonctionnement du système dopaminergique. On observe en imagerie une hyperactivation de la voie méso-limbique, le circuit de la récompense. Cet hyperfonctionnement entraînerait l'apparition de symptômes positifs. D'un autre côté, il y aurait aussi une hypoactivation de la voie mésocorticale qui est impliquée dans le fonctionnement des fonctions exécutives (Haouzir et Bernoussi, 2020).

De plus, des anomalies cérébrales sont reconnues pour être associées à la schizophrénie. Des irrégularités au niveau des substances blanche et grise impacteraient la propagation des messages nerveux (INSERM, 2020). La densité neuronale serait réduite, ainsi que le nombre de cellules nerveuses, d'environ de 10-30% (Bourgeois, 2017).

1.6.6. Les implications en psychomotricité

La psychomotricité est une pratique où les connaissances théoriques sont concordantes avec les expériences vécues corporellement. Une connaissance des différents courants d'analyse de la pathologie, quels qu'ils soient, est importante. Il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble de ce qu'implique la pathologie pour pouvoir adapter et ajuster notre pratique.

Les courants s'articulent et se complètent. Ils intègrent une vision globale du sujet, et offrent différents outils de compréhension. Ceci met en exergue la possibilité pour le psychomotricien de s'ajuster au plus près de ce que le patient exprime de son vécu. L'approche psychomotrice s'exerçant dans la relation à l'autre permet donc d'appréhender la pathologie sous différentes formes, qui ensemble contribuent à la qualité du soutien du patient.

1.7. Traitements et Prise en charge

1.7.1. Traitement médicamenteux

Le traitement de première intention est basé sur la prescription d'un antipsychotique de 2ème génération, avec un dosage progressif. Le traitement est chronique et est maintenu *a minima* deux ans après un premier épisode psychotique, et 5 ans s'il y a eu deux épisodes (INSERM, 2020). L'objectif est ici de réguler l'apport en dopamine tant sur l'hyperactivation que sur l'hypoactivation des structures cérébrales concernées (Haouzir et Bernoussi, 2020). Les antipsychotiques atténuent les symptômes positifs et réduisent les rechutes (INSERM, 2020).

Sur le plan moteur, ces traitements ayant des effets sur les circuits dopaminergiques peuvent entraîner des effets indésirables. On peut alors observer une akinésie, une hypomimie, une bradykinésie, une perte de mouvements automatiques, comme le ballant lors la marche, qui font penser à un syndrome parkinsonien (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Lors de résistance aux antipsychotiques, les électroconvulsivothérapies peuvent encore être proposées aux patients.

1.7.2. L'approche psychosociale

Les traitements médicamenteux ne font effet que sur les symptômes positifs. L'approche psychosociale concerne davantage les symptômes négatifs et la désorganisation psychocorporelle (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Le processus de rétablissement peut être fortement impacté dans la schizophrénie. Cette pathologie entraîne un handicap psychique, et c'est ce que l'approche psychosociale tente de pallier, en permettant à la personne de progresser pour atteindre ses objectifs de vie. Ceci est fondé sur les capacités du patient, et s'opère de manière fonctionnelle en améliorant son quotidien via l'apprentissage par compensation ou par remédiation (INSERM, 2020). Cette restructuration du traitement neuronal vise la possibilité pour le sujet d'adapter ses stratégies de *coping* (Franck, 2009).

On définit communément la réhabilitation psychosociale comme « le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté » (Cnaan, 1988, cité par Haouzir et Bernoussi, 2020). En

pratique, cette approche tente de lier un aspect médical avec un aspect social, et peut s'articuler autour de différents axes tels que la remédiation cognitive ou l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

1.7.3. Les différentes thérapies individuelles

Le traitement médicamenteux et l'approche psychosociale sont complémentaires des thérapies individuelles et servent un objectif commun. Les différents types de thérapies qui peuvent être proposées ont tous une importance selon la forme de la maladie, la participation de l'entourage et les possibilités propres à chaque patient (Haouzir et Bernoussi, 2020).

L'objectif des psychothérapies individuelles est de diminuer les symptômes négatifs et de mettre en place des mécanismes servant à rétablir une homéostasie psychologique. L'une des conditions indispensables de cette prise en charge est la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient. Celle-ci s'appuie sur la confiance, l'alliance thérapeutique pour servir l'acceptation par le patient de sa situation (Haouzir et Bernoussi, 2020).

L'une des approches que l'on peut mettre en avant est celle des ateliers d'expression. L'expression médiatisée des conflits que vit le patient atteint de schizophrénie sous-tend une forme de communication qui permet d'explorer des solutions de soulagement (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Les thérapies cognitivo-comportementales sont parfois engagées dans la prise en charge de ces patients. Elles ont pour objectif de changer les comportements, attitudes et pensées dysfonctionnelles par conditionnement (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Le sujet n'est pas seul, son entourage se doit d'être pris en compte et sollicité dans son accompagnement thérapeutique. De plus, chaque cas de la pathologie est unique, et il convient au thérapeute de s'adapter et de s'ajuster en fonction de son patient. C'est là tout le sens du terme *clinique*, qui signifie « près du lit du malade ».

1.8. Évolution : pronostic et devenir

L'évolution de la schizophrénie peut être variable. Un tiers des cas présentera une schizophrénie dite résiduelle. Les symptômes sont moindres, et légitime une vie

en autonomie, une vie sociale et affective retrouvée. Un autre tiers évolue avec des récurrences, et le tiers restant évolue sur un mode continu de la schizophrénie, qui peut s'avérer devenir déficitaire et accentuer les symptômes (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine).

L'évolution à 5 ans est pronostique de l'évolution sur le long terme. De ce fait, il est important d'avoir un diagnostic et un traitement dès les premières manifestations (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine).

L'espérance de vie est réduite de 10 à 15 ans (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine), souvent en lien avec une fréquence deux fois plus élevée de tentative de suicide que dans la population générale (INSERM, 2020). Les maladies somatiques, notamment cardiaques, pulmonaires ou cancéreuses sont, chez ces patients, peu prises en compte, ce qui réduit aussi l'espérance de vie (Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine).

De plus, le pronostic dépend de l'engagement du patient dans sa prise en charge, tant dans l'observance de son traitement que dans son implication dans ses thérapies complémentaires. La qualité de l'entourage constitue un facteur important de bon pronostic (INSERM, 2020).

1.9. Conclusion

Par cette présentation, nous pouvons réaliser que la schizophrénie est une maladie complexe, qui fait intervenir de nombreux enjeux et acteurs. L'objectif global de la prise en charge est de permettre au sujet un épanouissement et une possibilité d'évolution répondant à ses projets de vie.

Pour préciser comment ceci s'opère en pratique, nous allons désormais pouvoir aborder les enjeux de la schizophrénie sur les sphères psychomotrices.

2. La schizophrénie et les sphères psychomotrices

Après avoir présenté la schizophrénie et ce qu'elle engageait pour le patient, nous allons envisager comment cette pathologie impacte différentes sphères psychomotrices. Pour cela, nous nous appuyerons sur une étude de Treillet et al. (dans le Corre et al., 2022), développant des éléments sémiologiques à partir d'un examen psychomoteur standardisé. Les auteurs ont établi un profil psychomoteur des

différents patients rencontrés dans leur étude. Un tableau récapitulatif est présenté en annexe.

2.1. Généralités de l'impact de la schizophrénie sur le psychocorporel

2.1.1. Le tonus

Le tonus de fond est le plus souvent caractérisé par une hypertonie constante, mais variable en fonction des patients et des zones mobilisées, notamment lors d'épreuves de ballant et d'extensibilité. Cette hypertonie est présente sur la musculature de l'axe et des membres, surtout au niveau proximal (Treillet et al., 2022). De manière générale, la décompensation psychique induite par la schizophrénie entraîne une tension musculaire. Mais il est rapporté que le sujet n'en a pas conscience (Defiolles-Peltier, 2010). C'est en partie pour cette raison, que beaucoup de patients sont hypertoniques et nous laissent cette impression d'étrangeté dans le mouvement et dans le contact.

Le tonus postural est d'intensité variable et impacte l'axe et les ceintures scapulaires et pelviennes. Chez certains patients, on observe un effondrement progressif de la posture et une incapacité à ajuster le tonus selon la situation, marquant une tendance à l'hypotonie (Treillet et al., 2022). On observe aussi fréquemment une dysharmonie entre les plans antérieur et postérieur, qui est évocatrice d'une difficulté de coordination et de régulation du tonus (Treillet et al., 2022).

Le tonus d'action donne l'impression de mollesse, parfois même de nonchalance chez ses patients. Ceci est marqué par une hypertonie axiale et une hypotonie distale. La régulation tonique étant disharmonieuse, les patients peuvent nous donner un effet de brusquerie comme une sensation de grande inhibition (Treillet et al., 2022).

2.1.2. La perception des sensations

La cinesthésie englobe les sensations intéroceptives, extéroceptives mais aussi la perception globale du corps. Elle est perturbée dans la schizophrénie, notamment par les particularités sensorielles qui affectent le patient (Treillet et al., 2022). L'extéroceptivité se trouve bouleversée par une abrasion sensorielle. Ceci

s'observe par la difficulté du patient atteint de schizophrénie à parler de ses sensations et à les classer selon qu'elles soient agréables ou désagréables. On observe aussi une perception altérée des points d'appui corporel : les zones citées sont larges au détriment de points d'appuis précis (Treillet et al., 2022).

L'extéroceptivité peut aussi être affectée par l'hypersensibilité d'un ou plusieurs sens. Il en va de même pour les hallucinations, qui sont désagréables et inquiétantes (Treillet et al., 2022).

Monsieur P. présente fréquemment des moments d'absence, qu'il associe à une sur-stimulation de l'environnement. Celle-ci se produit quand l'environnement est trop bruyant, avec une luminosité artificielle trop forte, et que Monsieur P. est entouré de trop de monde, qui semble être envahissant pour lui. Ce vécu témoigne d'une enveloppe poreuse, et donc qui n'est pas contenante, ni pare-excitatrice.

L'intéroception est altérée et engendre une diminution de la perception des fonctions physiologiques. Le patient paraît souvent déconnecté de ses éprouvés et semble perplexe. De plus, un défaut d'appréciation de la température peut être souligné par une tenue vestimentaire inadaptée à la météo (Treillet et al., 2022).

L'intensité du tonus et sa répartition sont difficilement perçues par le patient atteint de schizophrénie. Ceci impacte alors la structuration du schéma corporel, et donc les relations interpersonnelles. L'intégration des sensations est donc particulière chez ces patients. Les perceptions intéro- et extéroceptives sont difficilement évaluées par les sujets. Il reste important de préciser que ces sensations sont fortement associées à des états d'angoisse. (Treillet et al., 2022).

Monsieur P. lors de proposition de respiration s'inquiète fréquemment de savoir si de l'air est dans son ventre qui gonfle quand il inspire. Il faut lui expliquer que l'air est présent dans les poumons mais que c'est l'appui du diaphragme sur les viscères qui induit le mouvement de gonflement. Voir son ventre gonfler pour Monsieur P., sans sentir le mouvement de respiration qui est végétatif, est angoissant. Il ne se représente pas le fonctionnement de son corps, ses sensations et le vécu ne font pas trace d'expériences, pas sens. De ce fait, l'étayage est important pour lui.

2.1.3. La gestion des émotions et les défenses psychiques

Comme évoqué plus haut, le patient atteint de schizophrénie est sensible à des hallucinations. Ces intrusions bouleversent le rapport au corps et à ses sensations, impliquant une altération profonde du vécu du sujet (Franck, 2009). Ces manifestations angoissantes peuvent amener le patient à se montrer méfiant et peu communicatif (Franck, 2009).

La perturbation des mouvements affectifs pose alors la question des particularités dans le rapport à l'objet mais aussi le rapport à l'angoisse interne (Azoulay, 2010). Le patient atteint de schizophrénie connaît alors une affectivité et une expression des émotions qui s'apparentent à une discordance entre le corps et l'esprit (Azoulay, 2010). Pour répondre à ces particularités affectivo-émotionnelles, les patients ont recours à des mécanismes de défenses psychiques. Ces défenses permettent de réduire ou supprimer tout ce qui peut mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu (Laplanche et Pontalis, 1967). Les conflits internes sont alors portés vers l'extérieur et agissent comme protection de l'individu, de son image de soi et du corps. Azoulay (2010), énonce trois de ces mécanismes de défense dans la schizophrénie:

- Le déni, qui est un effort pour substituer la réalité indésirable, une réalité plus conforme au désir du sujet. Dans la schizophrénie, le déni de la réalité porte autant sur la réalité interne que la réalité externe.
- Le clivage du Moi permet au sujet d'échapper aux conflits internes et de trouver une issue économique à un conflit psychique.
- La projection est définie par Laplanche et Pontalis (1967) comme une opération par laquelle un fait neurologique ou psychologique est déplacé et localisé à l'extérieur (dans un objet, une personne, des sentiments par exemple).

Illustration du déni

Monsieur S. a prévu une opération des voies nasales, ce qui va le dispenser de sport pendant un mois. L'intervention approchant, il dit ne pas avoir peur. Or dans son comportement au sein de l'institution, il fait en sorte de remplir son emploi du temps de manière intense, se couchant tard, se fatiguant et faisant beaucoup de sport par anticipation de ne pas pouvoir en faire. La veille de son opération, en

préparant son sac pour l'hôpital, il ne pense pas spontanément à prendre son nécessaire de toilette ou des vêtements. Son comportement retranscrit un conflit psychique que Monsieur S. ne peut pas exprimer. Il est alors dans le déni car sa réalité interne, qui n'est pas dicible, est peut-être perçue comme angoissante en réponse à une anticipation d'un événement qui n'est pas anodin et, lui aussi, potentiellement angoissant.

Illustration du clivage

Monsieur A. se présente comme quelqu'un de respectueux des règles, qui s'intègre et est gentil. Pour autant, il a pu être harceleur par le passé. Il identifierait une part de lui qui pourrait être qualifiée de bonne et une part de méchanceté, mais qui n'est pour autant pas objectivement pathologique. Dans son aménagement psychique, Monsieur A. clive complètement ces deux parties de lui, qui ne peuvent coexister : il est l'un ou l'autre. Il se présente comme « bon », occultant une autre réalité, celle de son comportement destructeur. Ceci lui permet de se protéger d'un sentiment angoissant d'être jugé par l'autre, tout en lui permettant de rester en lien avec la réalité. La limite que ceci pose est que Monsieur A. est dans une valorisation de soi, avec un sentiment de supériorité.

Illustration de la projection

Monsieur A. est le plus souvent passif dans sa thérapie psychomotrice. Il se plaît à être plutôt du côté du jeu verbal que de l'expérience psychocorporelle qui peut le mettre en difficulté. Il se doit d'être dans une posture qui le valorise. Quand le sujet de ce moindre investissement est latent dans la discussion, il peut lui arriver de projeter des idées sur la thérapeute en lui prêtant des « arrière-pensées ». Les pensées qu'il projette sont en réalité les siennes mais elles sont indicibles et inexprimables consciemment. Son investissement corporel et émotionnel lui est coûteux et il est plus économique psychiquement de le questionner en interpellant la psychomotricienne.

2.1.4. Les coordinations

La coordination, de manière générale, est altérée dans la schizophrénie. On note des perturbations dans la programmation et la planification du geste. C'est

surtout spatialement que le geste est mal organisé, en particulier par rapport aux repères corporels, impactant la qualité et la précision.

De plus, le mouvement est aussi altéré dans sa temporalité, il apparaît fréquemment avec saccades et ralentissements moteurs. Qualitativement, les praxies manquent de précision. Treillet et al. (2022) relève chez ses patients l'importance de la fréquence d'échopraxies, de maniérismes et de stéréotypies. De la même manière, le ralentissement psychomoteur affecte la motricité globale et fine.

Monsieur N. est fréquemment de service en binôme, lorsque je mange au foyer. Presque systématiquement, au moment de débarrasser les pichets d'eau, Monsieur N. tente de saisir dans une main trois anses de pichets, ou plus. Il arrive fréquemment que l'un d'eux se renverse, parce que Monsieur N. ne planifie pas son geste, et est sujet à des tremblements qui saccadent son mouvement, ainsi que des échopraxies. Cela a un effet dans sa relation à l'autre, puisqu'il met plus de temps à faire ses tâches quotidiennes, impactant aussi l'image que les autres pensionnaires ont de lui, aucun ne voulant plus être en binôme avec Monsieur N.

2.1.5. Les limites psychocorporelles

Pour Pankow (1969), l'image et la représentation du corps dans la schizophrénie ne sont pas caractérisées par une unité, mais plutôt par un ensemble de parties non reliées entre elles. La reconstruction et la délimitation du corps se présentent au patient comme difficilement accessibles. Il apparaît alors qu'une vision de soi comme un tout, une entité, n'existe pas dans les représentations psychiques (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Le Moi-Peau étant une enveloppe psychique qui assure l'intégrité de la personne en lui octroyant des frontières psychocorporelles, on peut imaginer l'altération de ses fonctions dans la schizophrénie. En effet, les limites du moi sont poreuses, comme inconsistantes. De ce fait, la contenance est peu efficiente, et les limites entre le dedans et le dehors sont fragiles. Cette particularité de la fonction contenante induit que l'expérience ne fait pas trace pour le sujet, il a des difficultés d'incarnation dans son vécu et son histoire (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Oury (cité par Delion, 2010) considère que le problème-clé de cette pathologie est celui de la délimitation entre soi et l'autre. Pour Anzieu, le patient atteint de

schizophrénie n'est pas protégé de l'angoisse, sa contenance du Moi n'est pas structurée. Les limites du corps sont floues, et leur délimitation est impossible, de ce fait, le psychique ne peut s'y intégrer, et le sujet ne peut pas s'incarner (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Le Moi est donc fragile, l'individuation et la subjectivation sont atypiques. Ces patients ont d'importantes difficultés à se représenter leur corps, comme si ce dernier était morcelé (Treillet et al., 2022). Selon la théorie de Winnicott, l'intériorisation du *handling* maternel a été mal élaborée, et ce serait cette défaillance qui engendrerait des angoisses de morcellement (Haouzir et Bernoussi, 2020).

Par la représentation du corps n'ayant pas de limite franche avec l'environnement, une limite poreuse, l'enveloppe pare-excitative, censée les protéger contre les stimulations externes, se trouve endommagée (Haouzir et Bernoussi, 2020). Ceci peut aller jusqu'à aller à l'expérience d'une perte de frontière entre soi et le monde extérieur, une différenciation précaire entre soi et autrui (Farrer, 2009, cité par Treillet et al., 2022). On retrouve alors chez ces patients des angoisses d'intrusion (Treillet et al., 2022).

A partir de tous ces éléments nous pouvons présenter le Moi comme déstructuré et considérer que la conscience de soi est pour le patient fragile. De ce fait, l'affirmation de soi est souvent peu efficiente. Ainsi nous remarquons que conscience et affirmation de soi sont reliées à l'image du corps (Treillet et al., 2022).

2.2. La schizophrénie dans le rapport à l'autre

2.2.1. Être dans la réalité

L'inscription dans la réalité est modifiée par une désynchronisation entre les fonctions psychiques et motrices (Treillet et al., 2022). L'affirmation de soi étant fragile, la prise en compte de l'autre en est modulée et ambivalente. Dans les relations interpersonnelles, l'expression tonique peut parfois prendre le pas sur l'expression verbale. Ceci se caractérise par des mouvements involontaires de faibles amplitudes des membres ou de la tête, mais aussi des aberrations posturales et gestuelles, pouvant détériorer l'équilibre relationnel (Treillet et al., 2022).

De plus, au niveau interpersonnel, il est important de noter un trouble fréquent de la théorie de l'esprit, c'est-à-dire dans la reconnaissance des émotions d'autrui

(Treillet et al., 2022). Le manque d'expressivité de ces patients rend la compréhension des émotions complexe et ils peuvent rapidement nous sembler non empathiques. Leur accès à la lecture des émotions d'autrui étant perturbé, des difficultés relationnelles peuvent en émerger.

En considérant la fonction d'expressivité émotionnelle du tonus, ainsi que les atypicités impliquées dans la schizophrénie, il apparaît que cette pathologie l'influence sur plusieurs niveaux. Or, le tonus étant aussi un moyen de communication, il est intéressant d'identifier en quoi son atypicité influence les interactions.

2.2.2. La place du tonus dans la rencontre avec la schizophrénie : une illustration

La communication verbale avec le patient atteint de schizophrénie est parfois complexe : elle peut aller du mutisme au discours doté de paralogismes. À travers cela, le psychomotricien cherche à entendre le patient. Mais quand le discours trompe ou nous décontenance, le tonus lui, donne d'autres indications sur ce qui anime le patient.

Monsieur N. semble hypertonique quand il marche, il n'y a pas de ballant. Il est souvent présent dans le jardin de l'institution, proche de la salle de psychomotricité, à désherber la verdure environnante. Il ne me dit pas bonjour spontanément, n'engage jamais la discussion. Quand je m'approche physiquement c'est comme s'il m'ignorait et ne prêtait pas attention à ma présence. Puis, c'est lorsque je le questionne sur ses activités journalières, lorsque je tente d'entrer verbalement en contact avec lui, que Monsieur N. tourne tout son corps vers moi, et non pas uniquement la tête comme si ses segments n'étaient pas dissociés, et me fixe. Son regard est d'une part intrusif, ses yeux sont perçants et il cligne peu des yeux. D'autre part, il me fait ressentir une forme de défense, comme si moi-même je l'intrusais. C'est comme si mes interrogations étaient agressives et mettaient Monsieur N. dans une crainte. Dans ces instants, son corps se fige en hypertonie, il semble surpris qu'on puisse s'adresser à lui. Il baisse ensuite le regard, laissant penser qu'il a identifié son interlocuteur et, les yeux baissés, Monsieur N. répond très succinctement, de manière factuelle, avec une tonalité monocorde et un volume bas de sa voix, et aucun échange n'est mis en avant par le patient. Quand il a

répondu, la tête baissée, il peut regarder brièvement son interlocuteur par-dessus ses lunettes avec méfiance, ou détourner complètement le regard. Ses mains tremblent alors massivement, des paratonies envahissantes sont présentes. On sent alors dans l'échange une gêne et un inconfort prédominant pour le patient. Pour ma part, il m'aura fallu quelques échanges pour m'habituer à ce processus de communication un peu particulier et tenter d'être la moins intrusive possible. En effet, initialement, mon propre tonus, engagé dans cette particularité de communication, devait être par l'effet de surprise encore plus angoissant ou persécutant pour le patient. C'est en analysant ceci, et en identifiant ce qui pouvait peut être se jouer pour Monsieur N. que ma posture s'est quelque peu modifiée, essayant d'être le plus rassurante et contenante possible verbalement et corporellement.

À travers cet exemple, nous voyons comment de petits moments quotidiens peuvent être vécus par le patient comme une éventuelle persécution. La discussion verbale, limitée dans son contenu et sa durée, ne nous renseigne que trop peu sur son état actuel. La rencontre est alors portée par le tonus. L'hypertonie qui caractérise habituellement ce patient implique de s'adapter dans notre discours. En effet, elle semble nous indiquer un état affectivo-émotionnel vécu comme persécuté et angoissant pour le patient. Le corps parle alors pour Monsieur N., sa voix se faisant peu entendre.

De plus, cette particularité tonique n'est certainement pas sans influence du traitement médicamenteux du patient. Mais ici, ce qui nous intéresse n'est pas tant pourquoi ces difficultés sont présentes, beaucoup de facteurs rentrent en compte, mais ce qu'elles retranscrivent pour lui. Les fluctuations du tonus de Monsieur N. nous permettent de penser des difficultés de régulation émotionnelle, et engage un ajustement de notre posture de soignant.

3. Conclusion des parties théoriques

Pour conclure cette partie, nous appréhendons un peu mieux comment la pathologie et la question tonique s'articulent. Il apparaît alors clairement que la schizophrénie a une influence sur de nombreuses sphères psychomotrices. Dans cette pathologie, les sensations sont floutées et désorganisées du fait des

particularités neuronales mais aussi par la présence de symptômes invalidants. Cette pathologie où les sensations corporelles ne sont pas toujours perçues et donc ne sont pas représentées, ne soutient pas une expression claire des émotions. De ce fait, le sujet, au-delà de se retrouver dans un clivage entre corps et esprit, a une relation biaisée à soi, au monde et à l'autre.

En tant que psychomotriciens, nous exerçons une profession qui s'axe sur la relation interpersonnelle. Par quels outils, ce thérapeute du corps et de l'esprit peut-il alors tenter d'accompagner ces patients? A travers deux études de cas, nous nous emploierons à articuler les différentes composantes théoriques énoncées jusqu'alors et la pratique clinique.

PARTIE 3 - La psychomotricité dans la prise en charge tonique du patient atteint de schizophrénie

Partie théorico-clinique

1. L'institution des rencontres

1.1. Présentation générale de l'institution

L'institution dans laquelle mon stage s'est déroulé et qui a nourri la réflexion de ce projet est un centre de réadaptation psycho-sociale. Ce lieu de vie accueille de jeunes adultes, entre 18 et 30 ans, en situation de difficultés psychiques qualifiées graves.

Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire comprenant différents secteurs de métiers : soignants (avec des éducateurs, des infirmiers, une psychomotricienne, une neuropsychologue, un médecin psychiatre, un psychologue), social (avec une assistante sociale), des agents de vie quotidienne (incluant une maîtresse de maison, un cuisinier, des personnes d'entretien des locaux, veilleurs de nuit) ainsi qu'un secteur cadre et administratif. Cette équipe permet aux pensionnaires, par une présence étayante et contenante, de s'inscrire dans un parcours de soin.

L'objectif de cette institution est de proposer un accueil qui prolonge les soins psychiatriques, hors des murs de l'hôpital. Ceci s'accompagne aussi de l'assistance dans la réinsertion socio-professionnelle. L'institution se situe donc entre l'hôpital psychiatrique, milieu fermé et la vie sociale ouverte. Son environnement se veut contenant, sécurisant pour les patients.

Quatorze jeunes peuvent être accueillis au sein de cet établissement, chacun ayant son espace, dans une chambre individuelle ou double. Ce collectif est organisé sous la forme d'une hospitalisation complète et libre, d'une durée administrative de trois ans. Lors de la fin de l'offre de soin de cette institution, les pensionnaires ont différentes possibilités d'orientation, grâce au travail en réseau avec d'autres structures médico-sociales. De plus l'institution dispose d'un service de suite, qui

s'ajuste au plus près du parcours individuel de chacun, notamment à travers la mise à disposition d'appartements associatifs. Ces derniers permettent progressivement aux patients d'axer leur prise en charge vers une autonomie complète. Il va de soi, que ceci s'inscrit dans le souhait, le rythme du patient et son investissement propre dans sa prise en charge.

Des fermetures du foyer ont lieu un weekend par mois, mais aussi lors de vacances. Les jeunes accueillis peuvent ainsi sortir des murs et s'inscrire dans une vie sociale dans le milieu ordinaire. L'accompagnement est individualisé, participant ainsi à une restauration identitaire.

Les suivis avec les différents professionnels de santé sont possibles en fonction de la demande des patients, et soutenus par l'équipe. L'institution propose des ateliers thérapeutiques où chaque pensionnaire peut s'inscrire comme il le souhaite. Dans certains de ces ateliers, un engagement sur un cycle entier est sollicité par les deux professionnels encadrants. Dans certains autres, une venue plus ponctuelle est possible.

L'équipe soignante anime quotidiennement des ateliers et médiations diverses et variées. Ces derniers, par l'expérimentation, l'ouverture des champs d'intérêt et l'implication psychocorporelle, soutiennent la prise de conscience de soi, la parole libre et sans jugement. Parmi ces médiations on peut notamment retrouver :

- Un atelier *expression*, axé autour de l'art, la peinture, le dessin ;
- Un atelier *Fanzine*, où chacun peut faire découvrir ses goûts musicaux ;
- Un atelier *d'équithérapie*, à travers une médiation animale ;
- Un atelier *écriture* ;
- Un atelier *couture* ;
- Un atelier *randonnées*, plus ponctuel dans l'année mais où les résidents peuvent s'échapper le temps d'une journée des murs de l'institution ;
- Un atelier *musique*, où les pensionnaires peuvent découvrir et prendre plaisir à jouer d'un instrument ;

- Un atelier *musique*, où les pensionnaires peuvent découvrir et prendre plaisir à jouer d'un instrument ;
- Un atelier *question de société*, où les participants débattent de sujets actuels qu'ils choisissent ;
- Un atelier *jeux de société* ou *jeux vidéo* ;
- Des ateliers *sport* : un atelier badminton est organisé toutes les deux semaines et un atelier de sport adapté hebdomadaire.

L'institution s'inscrit dans un espace-temps singulier. Dans un premier temps, le pensionnaire qui vient d'arriver connaît le plus souvent une phase de découverte où il peut choisir dans quel(s) atelier(s) il veut s'inscrire. Progressivement, les repères spatio-temporels se structurent pour chacun des accueillis. C'est dans ce cadre structurant et contenant que chacun prend ses marques et peut se permettre de se développer dans son individualité.

L'équipe est donc impliquée dans le parcours de soin du patient mais il en va de même pour ce dernier. En effet, la possibilité de s'inscrire dans la vie institutionnelle est offerte à chaque pensionnaire. Ceci concerne des temps de réunions où les patients peuvent débattre et être entendus sur différents sujets (règles de vie, hygiène, difficultés relationnelles par exemple). Les temps de repas sont très importants et, par binôme, les pensionnaires ont un service à effectuer.

Soignants et soignés se retrouvent dans ce lieu où chacun participe donc au soin et à la vie institutionnelle. De son côté, l'équipe soignante travaille et s'inscrit dans une réflexion collégiale qui se rapproche de la psychothérapie institutionnelle.

1.2. Les apports de la psychothérapie institutionnelle

La psychothérapie institutionnelle provient d'une réflexion de plusieurs professionnels psychanalystes, notamment Tosquelles et Ey, à partir des années 1940. L'objectif de cette pratique est de se centrer sur l'humain et au plus près de la vie quotidienne du citoyen. Ceci revient à l'idée première des asiles qu'Esquirol avait

développée, où les patients étaient intégrés dans la ville et dans les actes de la vie citoyenne. Ici, les difficultés psychopathologiques sont travaillées à travers les approches psychothérapeutiques et articulées avec l'approche institutionnelles qui traite les difficultés sociales des personnes accueillies (Delion, 2021). Pour servir cet objectif, la psychothérapie institutionnelle s'appuie sur différentes notions qui tendent ensemble à amener le patient en psychiatrie vers une autonomie.

1.2.1. Le transfert

L'analyse du transfert est l'un des piliers de la psychothérapie institutionnelle. Issu de la psychanalyse, il désigne le processus par lequel les désirs inconscients du patient sont projetés sur la relation avec le thérapeute (Delion, 2021).

Dans le cas de la psychose, le sujet a un rapport à soi et au monde singulier. Pour Delion, la difficulté du patient repose sur l'impossibilité d'établir un transfert avec un seul thérapeute. L'intérêt alors de la psychothérapie institutionnelle est d'avoir une équipe accueillant entièrement le transfert. Chacun des intervenants peut alors être à l'écoute du patient de manière parcellaire, à l'instar de sa construction définie comme non unifiée (Delion, 2010). Par le travail en équipe, la réunification se fait alors progressivement. De cette manière l'objectif est d'être au plus près du patient, pour l'aider progressivement à s'édifier comme une unité psychocorporelle (Delion, 2021).

Le patient, dans le transfert, investit son environnement. Mais pour que ceci fonctionne, il y a une condition qui est celle de pouvoir circuler librement.

1.2.2. La liberté de circulation

Plus le patient va pouvoir multiplier ses rencontres et ses possibilités de transfert, que ce soit avec l'équipe soignante, les autres patients mais aussi son entourage familial et des rencontres externes à l'institution, plus il va pouvoir réactualiser sa problématique propre (Delion, 2021). C'est à la découverte de ce qui l'entoure, par les expériences, que le patient va pouvoir investir et mobiliser ses compétences, capacités, et désirs.

Pour expérimenter, il est nécessaire d'avoir l'opportunité de le faire. C'est dans cette idée qu'intervient la possibilité de circuler librement dans et hors des murs de l'institution. De ceci émerge alors pour le patient la potentialité de se découvrir, de s'investir.

L'accueil des patients se doit d'être intégré dans des espaces différenciés et non réductibles les uns des autres, afin de leur proposer un panel de choix et donc de représentation et d'expériences. C'est par le *setting*, l'espace-temps cadrant, proposé par la psychothérapie institutionnelle qu'une continuité de soin est possible. Celle-ci supplée à la continuité d'exister, celle-là même qui est fragilisée chez le patient atteint de schizophrénie (Delion, 2021).

La psychothérapie institutionnelle prend en compte les dimensions sociales et thérapeutiques. La rencontre du patient avec le soignant n'a de sens que dans l'inscription d'un projet individuel au sein de la structure collective. Chacun a ici une responsabilité dans la prise en charge (Gortais, 2010).

C'est dans ce cadre que s'inscrit la rencontre entre la psychomotricité et les patients. Le travail auprès de jeunes en situation de problématiques psychiques graves est à penser dans une relation thérapeutique. C'est par cette vision que nous allons aborder la prise en charge individuelle de la schizophrénie en psychomotricité. Nous tenterons ainsi de d'approcher comment le tonus et ses particularités inhérentes à la pathologie sont à intégrer dans notre prise en charge.

2. La prise en charge psychomotrice individuelle dans la schizophrénie

Le but de la psychomotricité auprès de patients atteints de schizophrénie est de les aider à s'individuer, en travaillant sur la restauration d'une unité psychocorporelle. L'intention est donc de changer les comportements d'adaptation, l'image de soi, de son corps et du sentiment de soi du patient. Pour mener à bien ces objectifs, la thérapie psychomotrice s'appuie sur différentes qualités impliquées dans la relation thérapeutique. Ces apports théoriques sont des limites sécurisantes et contenantantes pour aider le patient à développer sa subjectivité, en lui permettant d'accéder à des voies de symbolisation, à travers la mise en pensée du corps et de ses expériences.

2.1. L'importance du cadre

Le cadre est ce qui va sécuriser et contenir. Dans la pathologie schizophrénique, la défaillance des systèmes contenantants implique de prendre en compte le *setting* comme part importante de la thérapie psychomotrice C'est cet

espace-temps propre qui va faire en sorte que le patient s'implique dans le soin et dans la relation thérapeutique. Selon Potel (2010), pour que le cadre soit garanti comme thérapeutique, il doit, selon cette auteure, remplir plusieurs conditions.

Les conditions d'espaces sont les premières nommées et elles doivent être concrètes. L'espace est le réceptacle des expériences sensorielles et motrices et le psychomotricien se doit d'accueillir le patient dans un lieu offrant ces possibilités (Potel, 2010). En illustration de ce propos, présentons l'espace dans l'approche clinique du stage. Chaque pensionnaire est reçu dans la salle de psychomotricité. Les vitres donnant sur l'extérieur sont recouvertes d'un papier occultant. Ainsi, le patient peut être à l'intérieur et voir l'extérieur mais il ne peut pas être vu depuis cet extérieur. Il arrive fréquemment, notamment en début de suivi, que les patients viennent tester la visibilité de l'intérieur depuis l'extérieur. Ce moment hors du temps de séance, est un moyen pour le pensionnaire de s'approprier l'espace de la psychomotricité, d'en tester les limites physiques et donc sa contenance. La salle est suffisamment grande et équipée pour pouvoir se mouvoir à l'intérieur, et expérimenter diverses activités. Lors des séances, la porte est fermée mais pas à clef. Ceci permet au patient de s'inscrire dans un cadre sécurisant et pour autant de savoir qu'il a la possibilité de partir s'il en ressent le besoin.

Les conditions de temps définissent le cadre selon une durée suffisante des séances et une régularité pour que le patient les intègre comme un repère (Potel, 2010). Les séances au centre de réadaptation psycho-sociale ont une durée d'environ 45 minutes. Elles ont lieu une fois par semaine et, même absent, le patient conserve son rendez-vous car c'est un temps qui lui appartient. Les retards comme les absences sont nommés et interrogés.

Les conditions peuvent aussi être matérielles. Pour Potel (2010), cette condition se formalise sous l'idée que le psychomotricien implique dans ses suivis ses propres sensibilité et investissement sensoriel. Par l'engagement de son organisation psychocorporelle, le thérapeute sert l'imagination et la qualité des interactions (Potel, 2010).

Les dernières conditions que nous pouvons évoquer sont celles qui se réfèrent à l'encadrement. Elles concernent la manière dont chaque psychomotricien pose son propre cadre (Potel, 2010). Pour donner un exemple, au-delà des règles

précédemment citées, d'autres sont annoncées à chaque début de suivi. L'une d'elles est de ne rien détruire dans cet espace. De la même manière, faire mal à l'autre, que ce soit envers soi-même, ou bien du thérapeute vers le patient ou réciproquement, est interdit. Une sécurité physique et psychique est ainsi garantie. De la même manière, la confidentialité est expliquée au patient. La psychomotricité place le lien, la relation au cœur du processus thérapeutique. La thérapie se doit alors d'être sans jugement de valeur et reposer sur la confiance (Potel, 2010). La dernière règle est celle de s'impliquer dans la thérapie et de se mobiliser dans le soin.

Ainsi, en réponse aux différentes conditions que Potel évoque, les suivis psychomoteurs s'inscrivent dans un contrat. Les pensionnaires s'en saisissent et les intègrent rapidement, ce qui contribue à la représentation de l'espace-temps de ces séances hebdomadaires, autant pour les patients que pour l'équipe soignante. Les règles implicites comme explicites créent cet espace d'échange où le patient s'inscrit dans une réalité (Pous, 1995).

2.2. Qualité de présence du psychomotricien : un ajustement tonique

2.2.1. Les qualités propres au thérapeute en psychomotricité

Selon Pous (1995), une thérapie corporelle auprès de patients atteints de schizophrénie doit être animée par trois caractéristiques :

- Elle doit répondre à un soin psychique ;
- Cette réponse doit être médiatisée, l'espace est garant des limites psychiques et corporelles de chacun des participants ;
- La réponse à la demande de soin doit être globale, concerner l'ensemble du corps. Même si une plainte est localisée sur un segment, il convient alors de remettre des représentations dans l'ensemble du corps et de l'unité psychocorporelle du patient.

Pour répondre à cela, le psychomotricien a plusieurs possibilités d'action dans sa boîte à outils. La première est de mettre au service de la thérapie, sa connaissance de lui-même, que cela concerne les sphères sensorielles, psychologiques et motrices.

La thérapie s'adresse à une personne et non pas à un malade. Pour Binswanger, la qualité de présence joue un rôle central dans la prise en soin. Un

respect mutuel et libre d'*a priori* est la base d'une co-présence et d'une co-construction des séances (Gortais, 2010). Nous développons ainsi l'alliance thérapeutique, la collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute, déterminant l'adhésion au soin.

Être psychomotricien c'est aussi engager son corps, ses émotions et son imaginaire (Potel, 2010). Le psychomotricien, par le travail de son propre corps et de ses qualités d'expression corporelle, développe une qualité de présence corporelle. Celle-ci tient compte de plusieurs composantes, à savoir : son positionnement dans l'espace, ses appuis, sa tonicité, les caractéristiques de sa voix (mélodie, rythme). C'est par son corps qu'il peut accueillir les expressions corporelles des patients (Potel, 2010).

Defiolles-Peltier (2015) repère la nécessité d'une écoute empathique. Celle-ci ne se formalise pas uniquement du point de vue psychique. En effet, l'écoute empathique s'exprime par une disponibilité tonique, sensorielle et posturale. Elle est aussi en relation avec le vécu émotionnel propre au psychomotricien, à son ressenti du corps du patient. Cependant, ce qui caractérise cette empathie c'est de ne pas être fragilisée par ce que le patient nous évoque (Defiolles-Peltier, 2015). Ceci peut faire référence aux notions de transfert et de contre-transfert.

Le psychomotricien se doit aussi de contenir ce qui n'est pas organisé, car cette désorganisation engage une menace d'inexistence ou de déconstruction. La contenance du psychomotricien est sa capacité à faire appel à son corps et à son appareil psychique. Cela engage donc une réflexion permanente sur son travail de thérapeute (Potel, 2010). Le comportement, l'attitude du thérapeute permet le respect du cadre, sa sécurité interne et externe. Ses ressources psychiques sont une force sur laquelle il s'appuie pour garantir la qualité de sa présence. C'est dans cette dynamique psychique et relationnelle que le psychomotricien, par un ajustement tonique, peut apaiser et protéger le patient de ses angoisses, en l'accompagnant dans la mise en mots de ce qu'il traverse. Ainsi, le psychomotricien doit développer une manière de recevoir, de faire ses propositions, par son adaptation au patient (Potel, 2010).

La schizophrénie est une pathologie qui peut sembler irreprésentable pour le tout-venant. En effet, tant ce trouble peut paraître abstrait, pour le psychomotricien se représenter ce qui se passe pour le patient est impossible. Nous ne savons rien de ce

que vit le patient atteint de schizophrénie, en dehors de ce qu'il nous laisse entendre. Nous pouvons nous représenter la pathologie que comme lui-même peut nous la partager. Nous ne pouvons prendre pour acquis nos connaissances, et notre profession implique d'accepter de ne pas savoir et de faire nous aussi l'expérience de la séance.

Illustration par le récit d'Arnhild Lauveng concernant l'importance de la posture du thérapeute et de la relation avec celui-ci (p.137).

« Mon interlocuteur jouait un grand rôle aussi [...]. J'étais extrêmement vulnérable et j'avais de grandes chances de presque tout comprendre de travers. Dans ce genre de situation, je n'aurais jamais osé interagir avec une personne que je ne sentais pas assurée et prévisible, ou dont je n'étais pas certaine à cent pour cent qu'elle ne voulait que mon bien. Si la moindre once de doute ou d'incertitude subsistait, je préférerais la psychose. »

2.2.2. Ce que le psychomotricien met en jeu dans la thérapie psychomotrice

La thérapie psychomotrice appréhende le corps anatomique, du corps perçu, et du corps vécu, qui s'inscrit dans un éprouvé de l'être au monde (Gortais, 2010). La proprioception, l'axe corporel, les appuis du corps permettent une prise de conscience du corps, car ces exercices abordent le renforcement des limites et des repères spatiaux de son corps dans l'espace.

Dans la réactualisation du dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien offre la possibilité de rejouer le *holding*.

Le patient peut alors s'appuyer sur la transmission des sensations du corps du thérapeute pour arriver à sentir le sien (Defiolles-Peltier, 2015). Pour Winnicott, le thérapeute en relation avec ces patients est dans une ambivalence de ses propres éprouvés. Il est alors dans un contre-transfert de haine, du fait que le sujet lui renvoie ses propres craintes (Gortais, 2010). D'autre part, il y aurait une volonté de soutenir le patient. L'objectif est alors selon Winnicott de reconnaître et de ne pas dénier les éprouvés qui se jouent. Si tel était le cas, le thérapeute rejouerait une faillite de l'environnement par un déficit de *holding* (Gortais, 2010). Ce dernier ne serait plus

contenant, ce qui serait délétère compte tenu de la symptomatologie des patients en charge.

En tant que professionnel du corps et de la psyché, du psycho et du moteur, le discours n'est pas notre seul outil de compréhension du patient. Le langage dans la schizophrénie peut ne pas être compris. La communication peut alors se baser sur le corporel, notamment à travers la lecture du tonus.

2.2.3. Les enjeux toniques de la relation thérapeutique

La relation est un processus qui s'installe plutôt par une implication, tant corporelle, motrice, que psychique. Parce que le psychomotricien engage son corps, ce dernier est aussi médiateur. Il faut alors doser ses sollicitations pour permettre une fonction de pare-excitation. Par cette fonction contenante, le patient peut déployer ses propres représentations (Touchard dans Le Corre et al., 2022).

Pour Corraze (2011, cité par Touchard dans Le Corre et al., 2022), il est nécessaire que le thérapeute s'ajuste toniquement pour servir la communication. Ceci permet alors de mettre du sens dans une communication partagée, et ainsi une compréhension mutuelle pouvant restaurer le lien dans une pathologie qui désorganise. Il est nécessaire d'inscrire le soin dans une relation ajustée (Touchard, dans Le Corre et al., 2022).

La communication non verbale occupe une place importante dans nos accompagnements. Dans la lecture du tonus en premier lieu, nous pouvons percevoir comment se sent le patient émotionnellement. La cohérence entre ce qui est dit verbalement et ce qui est communiqué toniquement peut nous paraître disharmonieuse. C'est quand il y a une dissonance entre ces deux éléments que nous sommes interpellés et que nous questionnons ce qui se passe pour le patient (Touchard, dans Le Corre et al., 2022).

Le dialogue s'impose comme une relation entre la fonction tonique (tonico-posturale et tonico-motrice) et les émotions. Par le dosage des stimulations, et la fonction contenante qu'il implique, le patient peut vivre ses ressentis en sécurité. Au fur et à mesure, il peut les reconnaître comme siens, les contenir à son tour et les inscrire dans son vécu psychocorporel (Touchard, dans Le Corre et al., 2022).

De la même manière, le psychomotricien, parce qu'il a une unité psychocorporelle, se doit d'être congruent entre sa fonction tonique, ses émotions et son discours. Si une discordance se fait sentir par le patient, elle peut conduire à une ambiguïté, et être potentiellement source d'inquiétude pour lui (Touchard, dans Le Corre et al., 2022). A travers notre ajustement tonique, postural, émotionnel, rappelant le *holding*, nous contenons en nous ce qui est déstructuré, délié, menaçant pour le patient. Par sa posture, et son unité propre, le psychomotricien résiste au processus pathologique qui est destructeur. Nous permettons de mettre en sens et de transformer des éléments angoissants et destructifs, des *éléments-bêta* en *éléments alpha*, qui prennent sens pour le patient (Touchard, dans le Corre et al., 2022). En lien avec la théorie de Bion, la réflexion permanente du thérapeute induit de prêter son psychisme au patient. Nous lui offrons notre *appareil à penser les pensées* pour qu'il puisse se saisir de l'occasion d'intégrer ses expériences vécues (Potel, 2010).

De Ajuriaguerra définit l'empathie tonique comme « la capacité d'être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps » (Defiolles-Peltier, 2000). Le psychomotricien se met suffisamment en contact avec l'émotion de son patient pour l'appréhender mais en régulant les éprouvés. Cette empathie est anatomiquement retrouvée dans l'activation des neurones miroirs, ce qui engage l'adaptation de notre communication à notre patient et à ses états (Touchard, dans le Corre et al., 2022).

2.3. De l'importance de passer par le corps : la place de l'expérience

Dans nos séances de psychomotricité, la verbalisation est importante et peut s'articuler en différents temps. Le premier est l'installation du patient dans la séance. Comment va-t-il ? Qu'est ce qui se passe pour lui en ce moment ? Ce sont des questionnements qui paraissent anodins mais qui lui permettent de s'ancrer, de prendre possession de l'espace et de ce temps qu'on lui offre, qu'il accorde à son soin. Comme un rituel, un autre temps de verbalisation s'installe avant de finir la séance, marquant la séparation. Il sert la mise en mots de ce qui se passe au moment présent pour le patient. Comment ce qui s'est passé durant cette séance fait sens pour lui ? Mais entre ces deux temps de verbalisation, que s'est-il passé ?

En fonction de ce qu'apporte le patient de ses problématiques actuelles, une mise en corps est proposée par le psychomotricien. À partir de la psyché, du discours,

nous venons solliciter le psycho et le moteur. Cette mise en mouvement engage un éprouvé corporel. C'est parce qu'il y a ce temps corporel que la psyché prend sens. Pour Pireyre, « mettre le patient en situation de se (re)connecter avec son corps, c'est lui donner l'occasion d'exprimer, de mettre des mots sur des perceptions, des émotions, voire des représentations. C'est ouvrir une porte et lui donner accès à une petite partie de son monde intérieur » (Defiolles-Peltier 2015).

Dans la schizophrénie, il n'est pas rare que les sensations anciennes qui s'actualisent empêchent la sensation présente d'émerger. La notion de perception du corps dans le moment présent, comme par exemple avec les exercices de respiration, permettent une continuité d'existence (Defiolles-Peltier, 2015). C'est notamment dans ce projet que la thérapie psychomotrice prend sens : elle réveille ce sentiment de continuité.

Le corps vécu dans la schizophrénie n'est pas toujours présent, les limites ne sont pas toujours intégrées. Le corps reste cependant le lieu de rencontre et de prise en charge du patient atteint de schizophrénie (Delion, 2010). Par sa fonction de pare-excitation, le psychomotricien est garant de l'absence d'agression extérieure au sein de ses séances. C'est à partir de cette assurance, que le patient peut s'attarder sur ce qui se passe à l'intérieur de son corps (Pous, 1995). Les limites du corps peuvent être retrouvées, selon Pankow, en reposant sur un travail des soins du corps et du rapport tactile. De cette manière, le patient peut apercevoir les contours et en dire quelque chose (Haouzir et Bernoussi, 2020). La mise en mot du vécu corporel induit une distanciation progressive entre les éprouvés et leurs représentations. Le patient peut dès lors différencier ce qui est propre à soi de ce qui ne l'est pas (Touchard, dans le Corre, 2022). Le processus de soin à travers les médiations est support de l'expression et soutient une inscription symbolique. En effet, passer de nouveau par un mode de symbolisation plus primitif, comme le toucher, le contact, la sensorialité, est une nécessité dans le processus de re-construction de soi (Potel, 2010).

La psychomotricité s'organise entre communication verbale et non verbale. La communication corporelle est jouée par des médiations qui sont des propositions répondant au discours préétabli dans la relation. La médiation est ce qu'il y a d'intermédiaire dans la relation, c'est ce qui code cette alliance thérapeutique par une fonction organisatrice (Potel, 2010).

3. Illustration à travers deux études de cas

3.1. Étude de cas : Monsieur S.

3.1.1. Présentation générale

Monsieur S. est âgé de 22 ans quand je le rencontre. Il a intégré le centre de réadaptation psycho-sociale à la fin de l'année 2020, arrivant avec un diagnostic de schizophrénie déjà posé. C'est un jeune homme grand, élancé, les cheveux bruns et courts, une barbe, qui laisse penser qu'il est plus âgé qu'il ne l'est réellement. Son regard nous donne l'impression d'un ingénu, qui interroge et cherche à découvrir ce qui l'entoure. Monsieur S. a de soif de découvertes, lui qui a un parcours de vie atypique. Ce patient est le cadet d'un frère avec qui il entretient des rapports apaisés aujourd'hui mais qui, dans l'enfance, étaient très conflictuels, où des bagarres émergeaient, et Monsieur S. voulait « détruire » son frère. Il décrit ces conflits comme découlant de la différence des relations avec leur père : son frère partageait des moments de complicité à travers les jeux vidéo avec leur père, moments desquels Monsieur S. se sentait exclu, n'ayant pas l'âge d'y jouer. Son dossier médical relate, dans l'enfance, une personnalité hyperactive avec opposition, mais aucun diagnostic ne fait état de trouble durant cette période.

Monsieur S. témoigne de harcèlement scolaire. En seconde, ses parents se séparent, et le patient part vivre chez son père. Cette situation familiale coïncide avec des consommations récurrentes de cannabis. Le parcours scolaire s'en voit bousculé, entraînant l'isolement et la perte de lien avec la réalité. Il explore d'autres consommations psychédéliques, et les délires deviennent récurrents. Ses parents l'aident du mieux qu'ils peuvent pour le sortir de ces consommations, et les conflits entre Monsieur S. et son père sont de plus en plus importants. Son père meurt dans un accident de la circulation alors que Monsieur S. n'a que 17 ans. Cet épisode est aujourd'hui douloureux pour le patient, ce qui n'était pas mentionné comme tel par le passé, mais pour autant il regrette son incapacité à le pleurer.

Lors d'une attaque de panique, à l'âge de 18 ans, Monsieur S. a demandé lui-même une hospitalisation psychiatrique. L'association des consommations, du traumatisme du décès paternel et à la pathologie qui évoluait depuis deux ans, lui a fait prendre « un chemin d'où il pensait ne pas revenir ». Le diagnostic de

schizophrénie est posé, et c'est à ce moment que Monsieur S. décide d'agir pour sa santé, d'arrêter la consommation de cannabis et d'intégrer le foyer afin de se soigner.

Aujourd'hui, il peut lui arriver de vivre des phobies d'impulsions à thématique d'automutilation, où il doit résister à l'envie de sauter d'un pont ou de la voiture en marche par exemples. Ses idées délirantes ont pu être persécutives, et un mécanisme d'interprétation peut ponctuellement se mettre en place en faveur d'idées de toute puissance.

Dans la structure, c'est un jeune homme qui s'implique dans les différentes activités proposées, notamment les ateliers *questions de société* et *expression*, qu'il apprécie particulièrement car il peut affirmer ses idées qui sont souvent très tranchées. Son emploi du temps est rempli par diverses activités hors des murs : sport de combat, musculation, course à pied, méditation, théâtre. Ces activités sont pour Monsieur S. toujours référées à la question de la performance et de la force. Ce qu'il énonce comme de la méditation s'apparente plus à de la mise en hyperventilation du corps. De la même manière, Monsieur S. peut se conditionner à faire des jeûnes, à contrôler de manière inadaptée ses apports caloriques journaliers. Pour lui, tout est propice à être dans la maîtrise, et ce contrôle s'exprime par l'anéantissement de l'autre, notamment dans les sports de combat.

3.1.2. Observations cliniques

La structure tonique de Monsieur S. n'était pas très facile à appréhender au premier regard. Il se présente comme quelqu'un ayant un axe peu apte à l'enroulement, son tronc est rigide et droit. Sa posture évoque un tonus de fond très élevé, voire une hypertonie. De la même manière, son tonus postural est important et quand Monsieur S. est assis, ses différents segments ne semblent pas osciller en vue d'une rééquilibration. Pour autant, son tonus d'action ou ses coordinations au quotidien n'en paraissent pas affectés.

Le tonus musculaire est le porteur de l'histoire affective du patient (Defiolles-Peltier, 2010). Par son vécu, Monsieur S. s'est forgé, en guise d'enveloppe, une carapace tonique. Defiolles-Peltier (2010), parle de bouclier anti-émotion, pour décrire ce phénomène, dans le cas d'une souffrance trop importante. De cette hypothèse, l'hypertonie, comme l'hypotonie, expriment la destruction psychocorporelle et une lutte contre toute stimulation affective (Defiolles-Peltier, 2010). De plus, au niveau

sensoriel, la musculature en hypertension permet la création de perceptions cénesthésiques. L'un influence alors l'autre pour pouvoir lutter contre ce sentiment de vide, et donc ce besoin de remplissage que connaît Monsieur S. (Pous, 1995). Dans le cas de Monsieur S., ceci peut expliquer ses expressions faciales et corporelles pauvres. Nous pouvons connecter cette idée avec le fait que le patient regrette de n'avoir jamais pu pleurer le décès de son père.

Dans le cas de Monsieur S., cette hypertonicité impacte fortement sa relation à l'autre, celui-ci étant décrit par le patient comme inutile. Les limites de son corps sont fortifiées et le patient est dans une véritable scission entre soi et l'autre. Mais qu'est-on sans l'autre ? La relation est alors déniée, mais ceci n'est pas mis en lien consciemment avec la carapace tonique forgée par le patient. Au foyer, c'est quelqu'un qui partage peu d'activités avec les autres pensionnaires. Hors de ces murs, il peut tenter des socialisations mais qui ne sont pas toujours adaptées. Il va par exemple suivre des conseils tirés d'internet pour aborder de jeunes femmes dans la rue. Si ces dernières répondent favorablement au compliment qu'il fait et qu'une conversation s'engage, Monsieur S. ne sait pas comment réagir. La vidéo fait foi pour lui de maîtrise, et l'imprévisible qu'implique la relation à l'autre est alors difficilement géré par le patient. De la même manière, bien qu'ayant conscience de la raison de sa présence dans l'institution, la relation aux soignants est investie quand elle a une utilité performatrice à travers les ateliers proposés, mais Monsieur S. ne sollicite que très peu les soignants quand c'est nécessaire.

Cette volonté de maîtrise s'articule aussi avec la question de la temporalité. Bien que cette dernière soit intégrée par le patient, elle engage sa qualité de vie au quotidien. Quand je le rencontre pour la première fois en séance, Monsieur S. cherche constamment à remplir son emploi du temps. Toute activité est surinvestie temporellement, comme s'il n'avait pas de temps à perdre. Aucun temps libre n'est alors accepté, tout est programmé.

L'espace semble bien intégré par le patient, mais semble autocentré compte tenu de sa carapace tonique. Le schéma corporel est intégré sur le plan somatognosique, mais la régulation tonique est particulièrement impactée, tout comme son enveloppe psychocorporelle. Monsieur S. a une relation à son image du corps fluctuante. Par période, il va chercher à tout prix à prendre de la masse musculaire et donc manger à outrance. Dans d'autres phases, il va chercher à en

perdre le plus possible, quitte à se priver de nourriture, ce que nous pouvons rapprocher du questionnement de la force et de la maîtrise recherchée par le patient. De la même manière la représentation de soi par un dessin fait apparaître comment la schizophrénie est installée chez ce patient : sur une silhouette de face, le patient se représente physiquement, à travers des éléments repérables comme les siens (cheveux, épaules musclées, ventre gras, grosses jambes, selon ses termes et qui correspondent à sa vision d'une perfection du corps). Puis sur une autre feuille, un modèle de dos, il représente des émotions de différentes couleurs qu'il localise à divers endroits du corps. Ces émotions sont donc déniées, dans une zone qui n'est pas accessible à la vue, dans la représentation de dos.

Sur le plan cognitif, Monsieur S., présente un Haut Potentiel Intellectuel, qui peut justifier ses élaborations cognitives et la conscience de son trouble. Les fonctions exécutives et intellectuelles semblent être une ressource pour le patient. Le langage est parfois teinté de paralogismes, qui nous amènent à questionner sa relation au symbolique. Cependant, Monsieur S. est dans une volonté d'apprendre. Il est en recherche de connaissances, c'est un jeune homme curieux. Les limites du corps étant fortifiées par sa carapace tonique, Monsieur S. est dans une recherche de remplissage par la connaissance intellectuelle du monde. De ce fait, c'est une personnalité qui est tout le temps en mouvement. Ces sur-investissements l'animent, il peut très difficilement supporter le temps où il ne fait rien. Ces investissements peuvent s'analyser en rapport avec la question de l'angoisse du vide (Pous, 1995), Monsieur S. voulant toujours remplir son emploi du temps comme il remplit son corps et cherche à remplir sa tête de connaissance. Nous sommes ici dans une *plainte du côté du moins*, du côté du manque qu'il faut remplir (Pous, 1995).

3.1.3. Les séances de psychomotricité

3.1.3.1. Les objectifs de soin en psychomotricité

Monsieur S. a sollicité et débuté les séances de psychomotricité depuis mars 2021, soit plus d'un an et demi quand j'intègre ces temps. Chaque semaine, il arrive à l'heure et investit pleinement la séance. Monsieur S. aspire à une perfection qui ne lui permet pas d'envisager son unité psychocorporelle autrement que par la force et la maîtrise.

Le soin est axé actuellement sur le lâcher prise. Cette orientation passe par l'expérience de mobilisations passives qui engendre aussi un abaissement des fortifications toniques mises en place par le patient, par l'impression et l'expression des émotions. Ceci a pour plus grand objectif l'accompagnement dans le développement d'un l'être social, qui partage des codes sociaux et qui s'inscrit dans la société.

3.1.3.2. Evolution au fil des séances

Les séances avec Monsieur S. se déroulent en deux temps. Une fois que le patient est ancré dans l'espace-temps, un discours s'engage sur comment il se sent, comment s'est passée sa semaine.

Depuis le début de la prise en charge, Monsieur S. ne se laissait pas toucher physiquement par la psychomotricienne. Les sensations corporelles étaient refusées et pouvaient être perçues comme envahissantes, l'autre était vécu comme imprévisible. Le toucher était alors d'un autre genre, il était distanciel. La voix et le regard étaient les canaux privilégiés de contact avec Monsieur S. (Defiolles-Peltier, 2010). Au fil des séances, le cadre de la psychomotricité fut intégré par le patient et, il y a quelques mois, il a pu accepter d'être touché en ma présence. Des mobilisations passives sont fréquemment proposées, et Monsieur S. peut même désormais les demander. Ce nouveau toucher, qui implique un contact médiatisé, est devenu alors contenant et enveloppant, se rapprochant du dialogue tonico-émotionnel (Defiolles-Peltier, 2010). À travers les séances de psychomotricité, l'implication de Monsieur S. ne s'inscrit pas dans une performance. En effet, l'enjeu des médiations proposées n'est pas la compétence, mais la relation et la communication (Potel, 2010). C'est ce que le patient vient chercher, inconsciemment, dans ces séances.

Les mobilisations passives impliquent un relâchement tonique de la part de la personne qui les reçoit. Pour ressentir ce qui se passe en nous dans cette médiation, il faut alors accepter de lâcher prise. Lors de la première expérience de mobilisations passives d'un bras après l'autre, aucune résistance n'apparaît et le ballant est marqué, Monsieur S. accepte de se laisser faire, de ne pas être dans le contrôle. Il n'est pas à ce moment-là dans sa tête, dans l'intellect, mais il est attentif à ce qui se passe, soutenu par une recherche de sensations en termes de connaissance, il peut alors recevoir la sensation et l'accepter. Dans cette proposition, le patient a pu sentir un

abaissement de son tonus. Il peut mettre des mots sur ses perceptions, et dire que le premier bras mobilisé est plus *clair* que l'autre. Ce terme laisse sous-entendre que Monsieur S. est dans une mise en mots imageante du ressenti, sans pouvoir encore le préciser sensoriellement. Le questionnement de la psychomotricienne ramène Monsieur S. dans l'analyse intellectuelle. Puis, avec un étayage d'identification et de discrimination perceptive, il exprime sentir son bras comme plus léger et plus froid que le membre non mobilisé. Ainsi, il revient dans la sensation, et sa perception. D'une rencontre à l'autre, les propositions de mobilisation passive continuent. On peut observer chez Monsieur S. un abaissement de la volonté de contrôle et de maîtrise sur le temps de la psychomotricité. Ceci se traduit une régulation tonique qui s'ajuste à l'exercice.

Lors d'une séance, Monsieur S. évoque qu'il commence à concevoir intellectuellement que la surprise peut être envisagée. Il conscientise une possibilité émotionnelle dans sa vie quotidienne. La proposition corporelle qui lui est faite repose alors sur cette idée. La surprise est donc proposée en expérimentation. Les yeux fermés, Monsieur S. nous laisse toucher ses mains à tour de rôle, à travers l'utilisation d'une balle, sans savoir qui de la psychomotricienne ou moi-même effectue la proposition. Puis, sans l'avertir, nous effectuons la même proposition, les deux balles et les deux mains en simultané. À ce contact, Monsieur S. esquisse un sourire. Le cadre sécurisé, porté par l'espace-temps et par la posture soignante, lui permet d'expérimenter la surprise et donc la non maîtrise de la situation avec plaisir.

Les variations de sensations ont évolué entre les rencontres. Le toucher était en premier lieu impossible, le patient ayant besoin d'intégrer les séances, de s'y incarner et construire une l'alliance thérapeutique. Puis le toucher par le contact a pu s'installer, faisant apparaître une forme de *holding*. C'est par la répétition de ces expériences que la possibilité de la surprise a émergé. Enfin, la confiance grandissante, ce toucher s'est vu médiatisé par des tissus, laissant la possibilité au patient de se représenter un espace partagé. Ces séances de psychomotricité, en tant que moyen d'expérimenter en sécurité interne, psychique et externe par le *setting*, a permis de rejouer le dialogue tonico-émotionnel.

Monsieur S. apprécie ces moments où il peut s'autoriser à ressentir dans la relation avec l'autre. Il fait le lien entre ce qu'il dit de son quotidien et les propositions qui en découlent. Cependant, certaines émotions, comme la peur, restent banalisées.

Par exemple, une opération de la cloison nasale approchant, Monsieur S. nie la possibilité d'avoir mal. De manière générale, on note chez ce patient une résistance à la douleur élevée. Le corps n'est pas perçu, du moins en partie, ce qui pourrait renvoyer au sentiment de ne pas exister, par l'absence de sensations (Pous, 1995). De cette hypothèse, la perception du corps ne peut passer que par la douleur (Pous, 1995), ce qui s'observe chez Monsieur S. notamment par la mise en acte de sport de combat dont il a pu revenir avec une entorse de la cheville. Cette question de la douleur est liée au déni de ses émotions. Monsieur S., dans ses blessures, est dans un aménagement psychique de déni, qui va jusqu'à la non reconnaissance de l'angoisse.

Pour lui présenter qu'une tension interne, telle que le stress à l'approche de l'opération, peut avoir une influence sur la manière de vivre une situation douloureuse, une proposition lui est faite. Monsieur S. contracte son biceps, et une pression est faite sur son bras. La même pression est effectuée sur le bras mais sans qu'il le contracte. Le patient regarde son bras, et fait remarquer qu'une marque a été laissée. Cette possibilité de faire remarquer la trace laissée peut être comprise comme lui permettant de questionner le cadre et notre position de psychomotriciennes. En effet, l'une des règles initiales étant de ne pas se faire mal, et Monsieur S. pouvant interroger ce cadre, nous émettons l'idée que ce *setting* est intégré pour lui, tant sur le plan spatio-temporel qu'au niveau de la posture professionnelle. D'autre part, cette manière de détourner l'attention sur autre chose que l'expérience supposément proposée, montre que Monsieur S. reste dans le déni. Pour lui, en situation de stress il n'y a pas de lien entre la réalité psychique interne qui l'anime et la réaction corporelle. La possibilité d'évolution de cet aspect prend donc forme progressivement pour ce patient mais reste ponctuelle. Les émotions qui pourraient être angoissantes ou vécues comme preuves d'une faiblesse peuvent être parfois niées par le patient.

Succédant à ce questionnement sur la gestion du stress potentiel, toujours en vue de l'opération de Monsieur S., nous lui proposons une autre mise en mouvement du corps en contraction et décontraction. Cette proposition engage d'abord les chevilles, puis les fessiers, les poings, et finalement le corps entier. Monsieur S. relève qu'il est difficile de ne contracter qu'une partie du corps, car cela lui demande un ajustement de sa régulation tonique. Le patient expérimente alors une diffusion

tonique malgré lui, et se saisit de cette sensation pour mettre en mots un apaisement tant psychique que corporel au moment du relâchement tonique.

La maîtrise qui était avant la manière d'être et d'habiter son corps, s'est petit à petit apaisée. Monsieur S. se laisse la possibilité d'intégrer de la sensation et de l'émotion. Il module et nuance plus qu'auparavant. Ceci se présente aussi dans son discours. Il peut nous raconter qu'au cours d'un atelier *Questions de société*, il a pu débattre avec l'animateur. Son discours s'adapte et Monsieur S. peut désormais inclure l'autre dans un débat et non plus dans un combat. L'altérité et les avis divergents contribuent alors à part entière à la construction du symbolique. En effet, dans ses échanges, Monsieur S. inclut l'avis de l'autre, le prend en compte et s'en nourrit. Il entre alors dans un langage commun, dans un code partagé avec l'autre. Il se constitue une unité psychique.

Cette unification est possible car les limites corporelles sont de mieux en mieux intégrées par le patient. L'enveloppe est plus contenante et permet donc au patient d'expérimenter des sensations, des émotions, de se les représenter et les symboliser. Par ce biais, il peut entrer en communication et partager un langage commun. Monsieur S. peut aussi être à la recherche de l'autre, notamment ses pairs au foyer. La rencontre avec l'alter n'est plus décrite comme inutile mais comme l'intérêt principal de ses différentes activités.

Progressivement, il développe la possibilité d'être dans la nuance. De la même manière, son emploi du temps s'allège, et Monsieur S. peut envisager des temps libres, qu'il appelle maintenant des *temps de loisirs*. Cette particularité langagière présente bien comment les activités intensives sont pour lui une contrainte qu'il s'impose et qui servent son bouclier anti-émotion. Ses temps de loisirs, Monsieur S. peut les passer à être dans sa chambre et ne rien faire. Ces changements s'étendent à des modifications dans son organisation temporelle. Monsieur S. peut alors alléger son emploi du temps sans ressentir un vide, ce que l'on peut interpréter comme un renforcement de ses limites psychocorporelles du côté d'un Moi contenant et sécurisant. Il a, petit à petit, moins besoin de sa carapace tonique pour se sentir sécurisé et contenu.

3.1.3.3. Conclusion

Monsieur S. est un jeune homme avec beaucoup de ressources et qui, progressivement, arrive à intégrer des expériences corporelles. La psychomotricité a eu pour effet, avec le travail en équipe au sein de l'institution, durant les quelques mois où je l'ai rencontré, de permettre à Monsieur S. de mieux se connaître. Il s'affirme dans son corps et dans sa psyché, en apprenant à lâcher prise. Ce long processus est possible car Monsieur S. est impliqué dans sa prise en charge.

Le patient a conscience de son parcours, il verbalise que la schizophrénie est une difficulté. Mais il peut admettre petit à petit qu'il a une part sombre, sa pathologie, et une part claire, qui lui laisse l'espoir d'un mieux-être. L'autonomie, pour ce patient, évolue à grands pas, il a pour projet d'intégrer un appartement associatif à la fin de son accueil dans la structure. Cette idée lui était impensable il y a quelques mois, Monsieur S. planifiant de rester en foyer toute sa vie : il peut donc construire des projets sur l'avenir. En intégrant ces changements, il accepte aussi de laisser une place à l'imprévu et à l'inconnu. Avec le travail corporel qui s'expérimente en psychomotricité, nous pouvons penser que les limites corporelles qui étaient alors constitutives et constituées d'un état hypertonique et protectrices d'émotions, se sont remaniées. Monsieur S., qui est alors dans un processus de changement, où l'hypertonie, qui est toujours présente et fait partie d'un état postural, peut désormais s'assouplir témoignant de l'intériorisation progressive d'une enveloppe corporelle plus sécurisante et contenant, en cours de psychisation. Monsieur S. est donc capable de vivre au quotidien de nouvelles expériences qui peuvent laisser apparaître des émotions désagréables sans s'effondrer psychiquement.

Lors de la dernière séance en ma présence, une mobilisation passive des bras a été sollicitée par le patient. À la fin de la proposition, Monsieur S. peut décrire ce qu'il a vécu par cette expérience sensorielle : il se dit détendu mais il, au cours de la proposition, « a traversé une forme d'angoisse ». Les mots ici témoignent de toute l'importance de ce qui s'est joué pour le patient. Il a traversé, c'est-à-dire qu'il ne s'est pas senti envahir et sa régulation émotionnelle s'est ajustée à la régulation tonique. Il y a dans ces mots, l'idée d'un passage, autrement dit, d'un lâcher prise, d'une émotion qui ne se manifeste pas par un envahissement psychique. Il n'a pas cherché au cours de cette proposition à contrôler ce qui se passait en lui et a même pu l'analyser et le percevoir. La verbalisation fait partie alors d'une représentation et d'une symbolisation

que Monsieur S. fait de ce qu'il vient de vivre. Le travail du thérapeute, par ses interprétations à partir de connaissances théoriques, permet à ce patient de devenir la *mère suffisamment bonne* de son propre corps (Pous, 1995). En effet, petit à petit, Monsieur S. comprend, entend, soigne, connaît de mieux en mieux son corps.

Son autonomie se développe aussi au-delà du cadre de la psychomotricité, notamment au sein de la famille de Monsieur S. Par son inscription naissante dans une symbolique, le patient peut s'affirmer dans son unité psychocorporelle. Son individuation apparaît, et c'est notamment quand il parle de sa mère que ceci apparaît aussi. Il peut s'affirmer face à celle-ci, de manière adaptée et dans une relation apaisée. En assurant son statut d'adulte, il devient sujet de son corps, de sa psyché. Cet investissement narcissique sert de base pour mettre du sens sur ce corps (Pous, 1995). La schizophrénie suppose un long processus de rétablissement, et Monsieur S., ponctuellement et de plus en plus, parvient à rassembler sa psyché et son soma dans une enveloppe sécurisée. Les émotions deviennent intégrables dans son vécu psychocorporel et sa carapace tonique prend la forme d'une tonicité adaptée.

3.2. Étude de cas : Monsieur P.

3.2.1. Présentation générale

Monsieur P. a 26 ans lors de notre rencontre. C'est un jeune homme voûté par une cyphose et qui semble souffrir dans un corps non incarné. Monsieur P. a toujours vécu avec sa famille : ses parents sont très présents dans sa vie au quotidien. Il a un frère de 8 ans son cadet.

Dès son plus jeune âge, Monsieur P. a subi plusieurs interventions chirurgicales dans la prise en charge d'une cardiomyopathie congénitale. A l'âge adulte, de multiples luxations de l'épaule droite, qui est hyperlaxe, lui ont aussi valu plusieurs opérations. Un syndrome de Marfan fut suspecté, mais à ce jour aucun examen diagnostique ne permet d'affirmer ou d'infirmer cette hypothèse diagnostique. Aucune autre anomalie somatique n'est connue dans ses antécédents, cependant Monsieur P. a, par le passé, fréquemment consulté l'hôpital lors d'accès hypochondriaques.

À deux reprises, suite à des tentatives de suicide, Monsieur P. est hospitalisé en psychiatrie. Un traitement par neuroleptique et thymorégulateur est alors prescrit.

En 2020, le diagnostic de trouble schizo-affectif est posé, une pathologie psychique associant des manifestations bipolaires et d'autres schizophrénique. Nous nous appuyerons sur les signes cliniques des classifications présentées en annexe pour développer la symptomatologie de Monsieur P.

Concernant le versant bipolaire dépressif de la pathologie de Monsieur P., on retrouve une forte tristesse, une anhédonie et une asthénie. Au niveau maniaque, on observe une tachypsychie fluctuante et intensifiée le soir, un discours décousu et une fuite des idées. Concernant les symptômes positifs se référant à la schizophrénie, des idées délirantes de persécutions peuvent être décrites par Monsieur P. avec une faible adhésion à celles-ci, excepté lorsqu'il consomme du cannabis, ce qui renforce ce sentiment persécutif.

En 2021, il intègre le foyer où j'effectue mon stage.

3.2.2. Observations cliniques

Lors de nos premières rencontres, Monsieur P. m'apparaît comme quelqu'un de « mou » et nonchalant, tant par sa posture que par le manque d'expressions corporelles et émotionnelles. S'ajoutant à une hypertonie axiale et une hypotonie distale, nous pouvons percevoir Monsieur P. comme n'incarnant pas son corps. Au fur et à mesure de mes observations, je constate que c'est en réalité quelqu'un qui présente un tonus de fond élevé, et qui semble avoir des difficultés de régulation tonique, notamment concernant le relâchement, et une spasticité des mains. En effet, on remarque chez Monsieur P. des paratonies conséquentes, laissant supposer une tension importante dans ses membres supérieurs. Celles-ci pourraient alors être liées à une angoisse, qui envahit le corps et provoque des raideurs dans les muscles (Defiolles-Peltier, 2010) comme pour se sentir exister. À ceci s'ajoute, lors d'observations plus fines, une rigidité du tronc qui le maintient dans une posture toujours statique et fixe, ce qui laisse penser à une hypertonie axiale. Le plus souvent, je le croise dans les couloirs, immobile, debout. L'enroulement cyphotique de Monsieur P. est rigide et postural. Sa cyphose incarne en réalité une tension interne forte, intrinsèquement nourrie d'une expression affectivo-émotionnelle.

Son axialité, malgré sa cyphose, lui permet d'être libre de ses mouvements. Cependant ces derniers sont proximaux et lorsque quelqu'un l'appelle, c'est tout le

corps de Monsieur P. qui se retourne, et pas uniquement sa tête. Nous pouvons alors questionner la dissociation des différents segments.

On remarque chez ce patient un ralentissement psychomoteur global : son tonus d'action est lent et peu précis, ses coordinations sont efficaces dans sa vie quotidienne mais font penser à des difficultés d'initiation du mouvement. Ses gestes de motricité fine sont corrects, mais là encore le temps d'exécution est ralenti. Nous pourrions aussi rapprocher ceci d'une kinésiophobie, qui amène Monsieur P. à mesurer chacun de ses mouvements. De plus, il exprime peu d'émotions corporellement et verbalement.

Monsieur P. arrive souvent en retard : sur le chemin de la salle de psychomotricité, il s'arrête acheter à manger sans penser que cela le retardera. Nous pouvons nous questionner sur la notion de temporalité en lien avec des difficultés attentionnelles, des difficultés de rythmes étant relevées dans le bilan ergothérapeutique (évalué en 2020). La gestion de l'espace ne semble pas le mettre en difficulté au quotidien, il peut aisément se déplacer seul dans la ville qu'il connaît. Mais on note un besoin de réassurance lorsqu'il doit planifier un trajet.

La représentation du schéma corporel de Monsieur P. est efficace mais son image du corps est fortement altérée. Il ne perçoit son corps que comme défaillant et responsable de ses maux. En effet, ce qu'il estime être ses difficultés sont toujours retranscrites en termes de particularités somatiques et non pas psychiques.

Au niveau cognitif, on retrouve chez Monsieur P. des insuffisances attentionnelles, notamment une labilité de l'attention divisée et soutenue, ainsi que des difficultés mnésiques à court et long terme. La vitesse de traitement est ralentie par ces troubles attentionnels mais est aussi perturbée par des idées de persécutions et de méfiance. Au niveau de sa cognition sociale, il y a une plainte significative de la théorie de l'esprit avec une difficulté de compréhension des intentions et ressentis d'autrui. Ceci amène Monsieur P. à sous- ou sur-interpréter les situations sociales, impactant fortement son quotidien.

Aujourd'hui, Monsieur P. présente une symptomatologie anxio-dépressive et obsessionnelle autour de symptômes physiques et de nombreuses plaintes fonctionnelles. Cette hypocondrie peut s'analyser à partir de la question de la *plainte du côté du plus* (Pous, 1995). Le caractère pénible ou douloureux des sensations est

ici mis en avant et accapare le psychisme et les investissements de Monsieur P. (Pous, 1995). Il a une conscience du trouble partielle, imputant ses difficultés au traitement ou exclusivement à l'aspect somatique de sa pathologie. De plus, l'estime de soi est fragile.

La vie au foyer implique d'incarner le soin, de s'y impliquer. Or, Monsieur P. est plus souvent dans l'évitement de l'investissement de l'institution. Il participe à peu d'ateliers, uniquement l'atelier *Questions de société*, mais il ne s'y engage pas dans la régularité. De manière générale, ses activités sont principalement occupationnelles et rarement investies émotionnellement. Monsieur P. rencontre le psychiatre et le psychologue de l'institution de manière récurrente mais il lui arrive d'oublier de se rendre à ces rendez-vous. Quand il n'est pas présent au foyer, le patient va souvent voir sa famille, ou des amis. Quand il en revient, il est manifestement anxieux, envahi d'angoisse, et parfois sous l'emprise d'une consommation de cannabis. L'espace-temps de la psychomotricité est le seul dans lequel il s'investit, non sans difficulté.

3.2.3. Les séances de psychomotricité

3.2.3.1. Les objectifs de prise en charge psychomotrice

Au vu de la problématique de Monsieur P., les séances de psychomotricité sont soutenues par l'équipe encadrante et soignante, même si c'est à sa demande que s'est installé le suivi. Monsieur P. vient en séance de psychomotricité à raison d'une fois par semaine depuis juin 2021.

L'axe principal de travail en psychomotricité avec ce patient est de lui permettre, par l'expérience, de saisir qu'il a un corps malade, mais qu'il n'est pas ce corps malade. Pour sortir de l'hypocondrie qui le personnifie, ceci s'effectue de manière opérationnelle notamment dans la possibilité de retrouver un corps plaisir, ressentant et percevant. Ainsi le but est la valorisation de la subjectivité et l'individuation de Monsieur P.

3.2.3.2. La prise en charge psychomotrice

La séance de psychomotricité hebdomadaire de Monsieur P. au foyer, est l'une des seules activités qu'il investit. C'est un lieu repéré par le patient. Il lui arrive souvent d'arriver en retard, ce qu'il explique par une envie de ne pas honorer son rendez-vous. Cependant, on note qu'il vient sans sollicitations et qu'il se saisit du temps de séance

qui est le sien, parfois même en ayant des difficultés pour en repartir. C'est donc un espace-temps qui le sécurise et le cadre, où il peut évoquer « des sujets qui le stressent » et où il « peut déstresser ». Les contenus abordés sont donc source d'anxiété, mais la contenance offerte par le cadre des séances offre la possibilité à Monsieur P. de ne pas être envahi par ses angoisses.

Au début de suivi, Monsieur P. souhaitait venir en psychomotricité avec l'espoir d'une réparation fonctionnelle de son corps. Dans de nombreuses séances, Monsieur P. met en avant dans son discours beaucoup de problématiques somatiques. Il se plaint couramment de la forme de ses mains, de ses palpitations cardiaques, et de ses épaules fragiles. Ses questionnements ne sont pas que physiques. Le déni, entretenu par le discours parental récusant la pathologie psychiatrique, l'empêche de considérer ses difficultés comme psychiques. De même, il peut évoquer ses problèmes de mémoire et d'attention, mais sans concevoir qu'ils puissent être dus à sa pathologie, illustrant la symptomatologie schizophrénique. En effet, on peut émettre l'hypothèse que le psychisme et le corps de Monsieur P. sont indépendants. Cette dissociation se traduit par une impression de non-incarnation chez ce patient, son corps ne semblant pas habité. Ce clivage retranscrit la typologie même de la schizophrénie : Monsieur P., inconsciemment, se protège par une dissociation corps/esprit franche en réponse à des angoisses.

Pour ce patient, le corps est perçu comme douloureusement défaillant, et serait alors à réparer, à corriger. Potel (2010) souligne que les souffrances narcissiques nécessitent de passer par le corps. Ici, la symbolisation qu'implique la sensorialité habilite « une reprise de soi ». En effet, Monsieur P., dans les séances de psychomotricité engage petit à petit la construction d'une estime du corps et une estime de soi plus valorisée. Lors de l'exécution de mouvements, Monsieur P. a pu s'étonner de ne pas avoir mal à l'épaule, prenant soudainement conscience d'une non fragilité de son corps, tel un *insight*. Il réfère ses sensations à une analyse mentale sans les percevoir corporellement. Pour Treillet et al. (dans Le Corre, 2022), la difficulté à s'inscrire dans la réalité peut s'illustrer par une désynchronisation des fonctions psychique et motrice, ce qui impliquerait « un manque d'union de l'être psycho-moteur ». Cette hypothèse, par réciprocité, permet de supposer que la manière d'être comme un corps non incarné de Monsieur P. témoigne d'une altération de la subjectivation.

Lors des rencontres, il s'installe dans un fauteuil dans un premier temps. Quand la discussion engagée l'angoisse, ce jeune homme, parce qu'il en a fait l'expérience dans de précédentes séances, peut désormais solliciter des propositions axées sur la relaxation et la respiration. Il apprécie notamment de s'allonger sur le canapé, et a besoin d'étayage pour choisir la position qui lui convient le mieux. Le plus souvent, à sa demande, il est recouvert d'un plaid, et peut dire qu'il a l'impression qu'il est « momifié ». Des coussins d'appuis sont ajoutés à ses pieds et sous ses genoux, tandis que d'autres lestent ses jambes et sa poitrine. Se pose la question de ses limites corporelles, le travail respiratoire étant l'outil privilégié d'échanges entre intérieur et extérieur du corps.

Premier témoin qu'un être est vivant, et qui renvoie à des sensations archaïques de vie, la respiration signe aussi la possibilité de la mort (Defiolles-Peltier, 2010). Monsieur P. peut alors rapporter des angoisses de morcellement face à l'incompréhension du fonctionnement du corps. Il questionne régulièrement sur la présence d'air dans le ventre. Il est nécessaire de l'aider à se représenter que le remplissage des poumons, est induit par l'abaissement du diaphragme qui lui-même appuie sur les viscères, et que c'est pour cette raison que le ventre paraît visuellement et interoceptivement plus gonflé (Defiolles-Peltier, 2010).

Toujours dans la position allongée, est ajoutée une proposition d'un scan corporel et d'une visualisation qui s'articule à partir des sensations. Monsieur P. se saisit de ces propositions et bouge souvent ses membres pour chercher les sensations au niveau de ses appuis. Progressivement, on observe un net abaissement de son tonus de fond, ses paratonies se stoppant. Monsieur P. n'en dit rien, et on peut se demander s'il se rend compte de l'arrêt des tremblements. Cependant, il est capable de dire qu'il se « sent détendu », pouvant alors percevoir une « détente et une souplesse ». Ces instants sont propices pour que Monsieur P. évoque ses angoisses avec plus de sérénité.

Ma présence dans les séances de psychomotricité fut questionnée en amont avec le patient. Il l'accepta mais avec la crainte que nous soyons « plusieurs sur lui », dans un registre persécutif. Lorsque je suis revenue après une absence de deux semaines, j'ai pu remarquer un changement d'attitude chez Monsieur P. En effet, il était beaucoup plus méfiant, comme si je l'intrusais de nouveau dans son espace. Son

tonus de fond était alors élevé et ses paratonies, qui avaient tendance à s'apaiser jusqu'alors, étaient d'autant plus présentes.

Existe fréquemment chez ce patient une dissonance entre son discours et son attitude, sa communication non verbale. En effet, Monsieur P. peut dire qu'il va bien, qu'il est en pleine forme. Or, corporellement, il est dans une attitude laissant paraître l'inverse : le dos est enroulé, la tête baissée et son visage est quelque peu fermé. Interrogé sur cette discordance, le patient n'imagine pas que nous puissions la voir. C'est parce que nous l'identifions pour et avec lui, qu'il peut réellement se poser la question de son état psychocorporel. Il finit toujours par admettre qu'en effet il y a des choses qui le préoccupent. Monsieur P. ne s'assume pas dans une individualité, sa corporalité étant peut unifiée et fragilisée. De ce fait, pour se définir, il a besoin de s'appuyer sur la parole de l'autre. Il n'a pas conscience d'exister en tant qu'individu, et seul le discours proposé par l'autre sur l'expression inidentifiable de son ressenti lui donne corps. Monsieur P. est rarement sujet mais plus aisément objet de l'autre. De la même manière, lorsqu'il ne s'inscrit pas dans les activités, Monsieur P. se présente en position d'objet pour justifier son absence. Le patient n'est pas suffisamment constitué dans son unité psychocorporelle pour se détacher de l'autre. Cependant, il peut parfois s'affranchir de la contrainte institutionnelle, en arrivant en retard par exemple. Est-ce volontaire ou non ? Quoi qu'il en soit, Monsieur P. peut se sentir suffisamment sécurisé pour interroger le cadre et le moduler. Ceci suppose que la posture du professionnel est intégrée et vécue comme non attaquante envers son sentiment d'unité.

Nous pouvons interroger sa régulation tonique particulière en lien avec sa perception et son image du corps : les mouvements ne sont que très peu dissociés. Les sensations ressenties par Monsieur P. ne lui permettent pas d'accepter ce qui se passe pour lui corporellement. Monsieur P. est donc une personne anxieuse, qui a une peur intense d'avoir mal. La douleur est la seule perception identifiable de son corps. Defiolles-Peltier (2010) la nomme comme une somme de sensations cénesthésiques où s'éprouve le patient. Dans ce cas, celui-ci a besoin de soins basés sur une régression thérapeutique, c'est-à-dire un retour à un stade affectif et mental antérieur. La déstructuration dans laquelle est pris Monsieur P. nous amène en tant que professionnels à nous adapter au plus proche de ce dont il a besoin et peut se saisir. Ici, ce sont les propositions de respiration, renvoyant aux premières sensations

du corps né et instaurant une différenciation entre dedans et dehors, entre soi et autrui, qui font le plus sens pour notre patient.

L'angoisse laisse peu de place aux sensations et aux perceptions qui pourraient être valorisantes, du fait de leurs implications sensorielles différentes et inconnues. Au fur et à mesure des séances, Monsieur P. pourra dire que la perception des battements de son cœur est à la fois rassurante car prouve qu'il est en vie, mais aussi inquiétante car il anticipe une anomalie délirante de ce muscle. La peur et l'anxiété sont donc au premier plan chez ce patient et parasitent son image du corps. L'un des objectifs de travail est d'offrir à Monsieur P. un lieu où il peut se poser psychiquement et corporellement, et ainsi faire l'expérience d'un soma sans douleur, voire plaisant.

Les postures et le tonus élevé de Monsieur P. traduisent ses angoisses envahissantes. Sans minimiser l'impact des neuroleptiques, nous pouvons tout de même considérer qu'elles sont sources de tensions. Les moments où il peut s'étonner de ne pas avoir mal lui permettent de connaître son corps non plus comme défaillant mais comme autrement que simplement de la douleur. Il intègre alors qu'il peut se mouvoir sans souffrir. Nous l'accompagnons dans l'émergence d'une symbolisation, qui jusque-là était fragile, devient ponctuellement accessible par les éprouvés corporels (Potel, 2010).

Lors de ces séances, Monsieur P., par le relâchement tonique, est plus enclin à un relâchement psychique. Il peut alors évoquer des sujets qui l'animent. Ses questionnements portent souvent sur sa présence au foyer. Monsieur P., ayant une conscience partielle de son trouble, cherche à se définir comme « normal ». Or, cette normalité revendiquée est cautionnée par sa famille qui est dans le déni de la pathologie schizophrénique. D'un autre côté, il y a l'injonction de soin incarnée par l'institution. Cette dissonance semble le positionner dans un conflit de loyauté, et nous pouvons supposer que l'étayage discordant entre la famille et le foyer se fige dans un clivage inconscient pour Monsieur P. Ceci ne contribue pas à une affirmation de soi, et donc une subjectivation au quotidien.

Mais cette affirmation de soi tend à se déployer au sein des séances de psychomotricité. Monsieur P., à travers des propositions de respiration et de jeux, parvient à se poser. Ceci est propice à une interrogation de lui-même et de son vécu

désagréable et inconfortable. Avec un étayage suffisant, le patient met en mots ses sensations. Nous convoquons alors des termes qui visent à se rapprocher au plus près de ce qu'il vit et ressent dans son inconfort. La perception et la représentation peuvent alors se faire progressivement avec un accompagnement verbal. De cette manière, nous lui offrons la possibilité de s'approprier la situation. Nous lui prêtons notre *appareil à penser les pensées*. Autrement dit, par notre présence, notre posture, et notre étayage soutenu par notre unité psychocorporelle, nous transformons son discours brut en un discours entendable. Ici, les *éléments-bêta* deviennent des *éléments-alpha*. À travers ces propositions, Monsieur P. peut se rendre compte, par la comparaison de son état d'arrivée en séance et en fin de séance, qu'il agit sur la situation.

3.2.3.3. Conclusion

Par cette proposition psychomotrice, son corps peut devenir un corps plaisir. Monsieur P. peut désormais se réapproprier ses sensations et les utiliser hors des séances, ce qui n'était pas le cas précédemment. Les angoisses du patient sont encore bien présentes, et le travail de l'équipe est engagé parallèlement dans un accompagnement familial soutenant.

La thérapie psychomotrice avec ce patient est un processus qui prend du temps, et nécessite un réajustement constant en fonction de l'avancée de Monsieur P. Aujourd'hui les problématiques de consommation de cannabis et d'alcool ont un rôle important dans la prise en charge globale de Monsieur P. Ces prises de substances étant corrélées avec ses états de mal-être, ses angoisses, mais aussi son ennui, il est important de pouvoir aider le patient à les arrêter. L'objectif premier de ces consommations est, selon les dires du patient, de rechercher des sensations, mais aussi de faire passer l'inconfort et l'angoisse. Paradoxalement, Monsieur P. est dans le déni du lien entre la prise de substance et l'exacerbation de ses angoisses. Progressivement, par l'approche du corps, il prend ponctuellement conscience de ce qui se passe pour lui.

Pour Monsieur P., le tonus est le reflet de ses angoisses. Il est indispensable, au cours des propositions corporelles, de l'aider à prendre conscience de son abaissement tonique et de son apaisement psychique. Par rapport à sa difficulté à s'inscrire pleinement dans l'institution, les séances de psychomotricité sont l'une des

rare possibilités de travail actuellement avec Monsieur P. Il s'en saisit malgré une fluctuation de son désir propre qui le fait hésiter à venir en séance. Dans ces moments, on observe une harmonie entre sa communication verbale et sa communication non verbale, les paratonies s'étant arrêtées sur ce temps de séance.

Conclusion

À travers les études de cas de Monsieur S. et Monsieur P., nous avons tenté d'illustrer comment se joue l'implication tonique en psychomotricité. Celle-ci se manifestant différemment selon les patients, il est important d'accueillir la subjectivité de chacun. De ce fait, la présentation du tonus faite dans ce mémoire est non exhaustive.

Au cours de l'exercice de notre profession, aucun cas ne ressemble plus à un autre qu'à lui-même. Chacun des pensionnaires rencontrés a sa spécificité tonique, même si on observe fréquemment chez ces patients atteints de schizophrénie une hypertonie marquée. La spécificité tonique est une manière d'expression de la pathologie, ainsi que le reflet de l'histoire propre du sujet. Les notions de conscient et d'inconscient sont fortement liées à cette question tonique. Le tonus est une mise en scène du corps, que les patients rencontrés illustrent à travers le manque de sensation ou la présence excessive de sensation douloureuse (Pous, 1995).

D'autre part, l'expression de l'émotion et du vécu de ces patients peut être difficilement entendable, et laisser l'environnement démuné (Pous, 1995). De ce fait, le travail de psychomotricien nécessite une représentation de ses limites propres. Se connaître est, à mon sens, le point clef d'un travail épanouissant et d'un accompagnement de qualité. Ceci suppose une remise en question constante de ce que nous savons de nous, de l'autre, de la maladie, en acceptant les remaniements que cela implique.

Il est donc nécessaire d'accepter de ne pas comprendre, tout en se référant à la théorie pour mettre du sens et plutôt qu'affirmer, toujours supposer. « Ce que je dis des médecins, c'est que ce sont les seuls à être autorisés à témoigner de l'enfer psychiatrique alors que malgré leurs hautes compétences et toutes leurs qualités d'écoute de ceux qui souffrent, tant qu'on a pas vécu la folie dans sa chair, c'est un peu comme la plupart des tortures et violences que recèlent ce monde, on ne sait pas pleinement ce que c'est, ni ce que ça représente. » (Polo Tonka, 2013, p. 18). Ayant modestement approché la maladie schizophrénique, j'ai conscience qu'elle me réserve encore bien des surprises.

La rencontre de ces deux jeunes patients m'a permis d'articuler des connaissances théoriques sur le tonus et la schizophrénie afin d'élaborer une pratique psychomotrice adaptée. Il convient de s'affirmer dans sa propre unité psychocorporelle pour proposer un travail thérapeutique suffisamment étayant et contenant pour le patient. Parce qu'engagés corporellement, nous sommes impliqués dans une communication. Pour qu'elle soit claire, sans mésinterprétation possible, nous nous devons d'être en lien avec nous-même. Cela est fondamental pour notre authenticité et notre individuation. « C'est en expérimentant sa propre limite que le psychomotricien devient thérapeute » nous précise Potel (2010). Mon apprentissage de cette profession ne sera jamais réellement fini et ma pratique sera toujours à parfaire, car elle dépend de chacune des personnes accompagnées.

Les relations humaines ne m'auront jamais autant questionnée et apporté que durant ces deux années de formation de psychomotricité, en particulier au cours de ce stage. Avant d'être malade et de devenir nos patients, toutes les personnes que j'ai pu rencontrer sont des individus, avec leurs ressources et leurs fragilités. La schizophrénie n'est pas réductrice d'une personnalité.

La psychomotricité s'inscrit dans la reconstruction et la réappropriation d'une unité psychocorporelle. Avoir un corps permet d'y loger une pensée. Avec ces patients, la diminution des angoisses peut être la résultante d'un travail corporel. Mon objectif, à travers le métier de psychomotricienne, est de permettre à ces personnes d'être actrices de leur vie, et de retrouver une place de sujet dans la relation à l'autre, et dans la cité.

Pour conclure, j'espère pouvoir apporter à ce métier et à nos patients autant qu'ils m'auront apporté.

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

Bibliographie

Académie Nationale de Médecine (consulté le 1/01/2023). Tonus musculaire. Dictionnaire de l'Académie de Médecine. <http://51.68.80.15/search/results?titre=tonus%20musculaire#>

Académie Nationale de Médecine (consulté le 01/01/2023). Schizophrénie. Dictionnaire de l'Académie de Médecine. <http://51.68.80.15/search/results?titre=schizophr%C3%A9nie>

Albaret J.-M., Corraze, J., Soppelsa, R. Ledoux Golly, V. (2012). Psychiatrie et psychomotricité. *Entretiens de psychomotricité*.

American Psychiatric Association (2015). Mini DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par M.-A. Crocq, J. D. Guelfi; 5e éd.). Elsevier Masson.

Azoulay, C. (2010). Chapitre 5. Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. Dans Chabert, C. (dir.). *Traité de psychopathologie de l'adulte. Les psychoses* (pp. 235-306). Paris, Dunod.

Ben Soussan, P. (2009). Le tonus, un rite de passage et un jeu de langage. Dans Boutinaud, J. et Rodriguez, M. (dir.). Dans *Thérapie psychomotrices et recherches. Le tonus dans tous ses états*. (Vol. 157, pp 36-46).

Bion, W. (2003). Chapitre 3. *Aux sources de l'expérience*. Presses Universitaires de France (pp. 24-26).

Blossier C. (2009). Hypertonie et difficultés d'ajustement postural comme révélateurs des troubles des interactions précoces chez le jeune enfant. *Thérapie psychomotrice et recherches* (vol. 157).

Bourgeois, M.-L. (2017). *Que sais-je? Les schizophrénies*. Presses Universitaires de France.

Bullinger, A. (2007). Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche. Erès.

Coly-Layani, S. (2014). Mémoire de psychomotricité. Une approche psychomotrice en service d'oncologie : expérience de la relaxation auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein. Médecine humaine et pathologie. dumas- 01017546

Defiolles-Peltier, V. (2000). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Editions Grego (2è ed.; pp. 163-270).

Defiolles-Peltier, V. (2015). Intériorité et Schizophrénie. Dans Boutinaud, J. et Rodriguez, M. (dir.). *Thérapie psychomotrice et recherches. Corps et intériorité. Prendre forme au fil du temps* (vol. 182, coll. 48, pp. 38-47).

Delion, P. (2010). *Le Corps retrouvé: Franchir le tabou du corps*. Hermann (pp. 25-36; 81-88; 113-117)

Delion, P. (2021). Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur. *Le Carnet PSY* (vol. 246, pp. 26-37).

Faget, M. (2015). Mémoire de psychomotricité. Quand le corps n'en fait qu'à sa tête... Réflexions sur la place du tonus dans la prise en soins de patients atteints de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington. Médecine humaine et pathologie. dumas-01194924

Fondation FondaMental (site internet). *Schizophrénie*. Visité le 15 avril 2023 à l'url : <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/schizophrenie/la-maladie>

Franck, N. (2009). Chapitre 5. Apports des sciences cognitives au traitement de la schizophrénie. Dans Franck, N., Hervé C., Rozenberg, J.-J. (dir.). *Psychose, langage et action. Approches Neuro-cognitives* (pp 89-99). De Boeck Supérieur.

Godfryd, M. (2023). Chapitre X. Les schizophrénies. Dans *Que sais-je ? Les maladies mentales de l'adulte* (pp. 80-97). Presses Universitaires de France

Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S. et Gatecel, A. (2022). Chapitre V. Une théorie du développement psychomoteur. Dans : Françoise Giromini (dir.), *La psychomotricité* (pp. 52-74). Paris: Presses Universitaires de France.

Gortais, J. (2010). Chapitre 4. Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie. Dans Chabert, C. (dir.). *Traité de psychopathologie de l'adulte. Les psychoses* (pp. 175-233). Paris, Dunod.

- Haouzir, S. & Bernoussi, A. (2020). Chapitre 3. Comprendre les schizophrénies. *Les schizophrénies: De la naissance du concept aux avancées neuroscientifiques actuelles* (pp. 67-144). Paris: Dunod.
- Haouzir, S. et Bernoussi, A. (2020). Chapitre 6. Comprendre la prise en charge des schizophrénies. *Les schizophrénies: De la naissance du concept aux avancées neuroscientifiques actuelles* (pp. 169-200). Paris: Dunod.
- INSERM (2020). *Schizophrénie. Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Sur INSERM, à <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
- Joly, F., Labes, G. (2018). *Corps, tonus et psychomotricité*. Vernazobres Grego.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1967). Défense. Dans *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e ed., pp. 108-111). Quadrige. PUF.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1967). Projection. Dans *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e ed., pp. 343-345). Quadrige. PUF.
- Lauveng, A. (2019) *Demain j'étais folle. Un voyage en schizophrénie*. Ed. Autrement
- Lesage, B. (2021). Tonicité : modulation, accordage, expressivité et rencontre. Dans B. Lesage, *Un corps à construire: Tonus, posture, spatialité, temporalité* (pp. 119-174). Toulouse: Érès.
- Lesur, A. (1995). *La schizophrénie. La comprendre pour mieux la vivre*. Prelapse.
- Perez-Ferrer, C. (2021). *Mémoire de psychomotricité. Avoir un corps, être un corps : la corporéité à l'épreuve de la schizophrénie*. Sciences de l'Homme et Société. dumas-03322995
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir* (2e éd.). Erès.
- Pous, G. (1995). *Thérapies corporelles des psychoses*. L'Harmattan
- Robert-Ouvray, S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. Dans *Le journal des Psychologues* (vol.316, pp. 16-21).
- Robert-Ouvray, S., Servant-Laval, A. (2015). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. Dans Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.-M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 Concepts fondamentaux* (pp. 161-200). De Boeck Supérieur.

Tortora G., Derrickson. B. (2016). Chapitre 8.5. La régulation de la tension musculaire. Dans *Manuel d'anatomie et de physiologie humaine* (2 e ed, pp. 210-212).

Treillet, L et al. (2022). Chapitre 5 Eléments de sémiologie psychomotrice à partir d'un examen psychomoteur standardisé. Dans Le Corre et al. (dir). *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (pp. 116-164).

Tonka P. (2013) Dialogue avec moi-même. Un schizophrène témoigne. Broché

Touchard, A. (2022). Chapitre 7 Projets et cadre thérapeutiques. Les spécificités de la relation psychomotrice. Dans Le Corre et al. (dir). *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (pp. 207-218). De Boeck Supérieur.

Winnicott, D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot & Rivages.

Annexes

Annexe 1. Critères diagnostiques

Schizophrénie

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM - V

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). 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 (ex. aboulie, diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passée d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les symptômes répondent au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présent pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

D. Un trouble schizoaffectif, 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 (par exemple une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

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

Trouble schizo-affectif

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - DSM - V

A. Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de schizophrénie.

B. Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins 2 semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).

C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une autre affection médicale.

Deux types de ce trouble:

- Type bipolaire : lorsqu'un épisode maniaque fait partie du tableau clinique. Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent aussi être observés.
- Type dépressif: si seuls les épisodes dépressifs caractérisés font partie du tableau clinique

Ce trouble peut être associé à de la catatonie, et il est défini différents niveaux de sévérité.

Annexe 2. Tableau récapitulatif du profil psychomoteur de patients atteints de schizophrénie.

Ce tableau synthétise les éléments psychomoteurs relatifs à la schizophrénie. Il permet d'esquisser un profil psychomoteur des sujets qui en sont atteints. Ceci est à titre indicatif, et des variations interindividuelles font fluctuer les résultats.

Ce tableau provient d'une étude de Treillet et al. (2022) portant sur l'établissement d'une échelle standardisée.

<i>Tonus</i>	
Fond	Hypertonie d'intensité variable plus marquée au niveau proximal, parfois différence haut/bas du corps/peu de relâchement aux mobilisations
Postural	Hypertonie d'intensité variable axiale et des ceintures/parfois flexibilité cireuse ou catalepsie
Cinétique	Variation entre hyper- et hypotonie/Dysharmonie/Hypotonie davantage présente au niveau distal
Harmonie gestuelle	Saccades et variation du tonus/Diminution de l'amplitude
Régulation énergie	Peu de modulation, tout ou rien/globalement indépendante par rapport au contexte
<i>Organisation gestuelle</i>	
Equilibre statique	Troubles marqués en appui monopodal yeux ouverts ou yeux fermés
Equilibre dynamique	Troubles moyens à importants avec difficulté de stabilisation
Coordination	Troubles dès les gestes simples (programmation et réalisation)/mauvaise organisation/parfois nécessité de passer de l'automatique au volontaire, ce qui altère les coordinations

Praxo-gnosie	Perte précision geste/ Difficulté de déploiement du geste / Aberration ponctuelles/ Stéréotypies, maniérismes possibles
Schéma corporel	Orientation par rapport au corps difficile/ Fragilité marquée de la réversibilité / Connaissance du corps perturbée
Représentation spatiale	Troubles moyens à importants/Limites parfois absentes ou déstructurées/Transparences/Aberration de position ou nombreuses erreurs
Perception/ adaptation au rythme	Difficultés de perception des frappes rapprochées au test inspiré de M. Stambak/Difficultés augmentant au fil des items/Persévérations possibles
Ralentissement	Intensité marquée pour motricité globale et fine/verbale également
Inhibition	Présence variable/parfois marquée voire intense (stupeur)
<i>Cénesthésie</i>	
Sensations	Troubles majeurs : désorganisation/Abrasion, hypersensibilité, hallucinations/perplexité/Défaut d'intégration/Défaut de hiérarchisation
Perception du corps	Altération importante/Difficultés majeures d'appréciation du tonus et des fonctions physiologiques/Fragilité de la proprioception aux tests spécifiques
<i>Image du corps</i>	
Conscience de soi	Troubles importants/ Altération de la distinction réel-non réel, soi-autrui/Dissociation « psycho-motrice »/Perplexité
Image de soi	Perturbation de l'estime et de l'affirmation de soi/Tendance à la polarisation sur la méfiance et le jugement/ Incohérence/Confusions/Dimension relationnelle abrasée/ Altérations possibles de l'enveloppe avec transparences ou

	béances éventuelles à la représentation de soi ou de l'espace
Emotions	
Expression spontanée	Réduction importante de l'ensemble de l'expression/ Désorganisation des mimiques/Dysharmonie des canaux expressifs (facial, tonique, respiratoire)
Expression volontaire	Troubles majeurs de l'expression faciale/Perte de l'expressivité gestuelle
Perception	Perturbation importante du ressenti et de l'identification/Caractérisation difficile de la valence positive ou négative/possible aptitude
Reconnaissance sur autrui	Reconnaissance visuelle et auditive perturbée potentiellement sur l'ensemble des émotions
Régulation	Réduction de la régulation/Prédominance d'angoisses/ Débordement ou vide émotionnel/Possibilité de décalage dans le temps entre stimulation-perception-expression/ Stratégie de suppression inefficace/Perturbation des fonctions de : communication, organisation, adaptation/ Défaut d'empathie
Autres	
Instabilité	Variable
Impulsivité	Présente dans le geste ou sur le versant relationnel
Disponibilité	Fluctuante voire difficile à maintenir
Respiration	Altérations souvent en lien avec les angoisses

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	4
PARTIE 1 - Le tonus	6
1. Définitions	6
1.1. Définition générale du tonus	6
1.1.1. Un peu d'étymologie.....	6
1.1.2. Pourquoi étudier le tonus en psychomotricité ?.....	6
1.2. D'un point de vue anatomo-physiologique.....	7
1.2.1. La régulation de la tension musculaire	7
1.2.2. Les motoneurones.....	7
1.3. Les différents tonus et leurs fonctions	8
1.3.1. Le tonus de fond.....	8
1.3.2. Le tonus postural.....	8
1.3.3. Le tonus d'action	9
2. Les variations toniques et les dimensions relationnelles du tonus à travers l'étude du développement psychomoteur	10
2.1. L'importance des sensations dans le développement sensori-moteur .	10
2.1.1. Les travaux de Bullinger.....	10
2.1.2. La fonction proprioceptive	11
2.2. Le développement de la tonicité	12
2.2.1. Développement neurodéveloppemental de la régulation tonique	12
2.2.2. Le développement psychomoteur selon De Ajuriaguerra.....	14
2.2.2.1. Le corps vécu.....	15

2.2.2.2. Le corps perçu	15
2.2.2.3. Le corps représenté	15
2.2.3. Le tonus au service de la relation interpersonnelle	16
2.2.3.1. Le dialogue tonico-émotionnel	16
2.2.3.2. La qualité interactionnelle	18
2.2.3.3. Le filtre relationnel.....	19
2.3. De la relation interpersonnelle à l'individuation.....	21
2.3.1. Le tonus, fondateur de limites	21
2.3.2. La relation interpersonnelle fondatrice d'une individualité	23
3. Et en psychomotricité, qu'est-ce qu'on en fait ?.....	24
3.1. L'intérêt de l'étude du tonus.....	24
3.2. L'étude du tonus en psychomotricité en milieu psychiatrique	25

PARTIE 2 - La schizophrénie..... 27

1. Présentation générale du trouble	27
1.1. Historique bref de la pathologie et définition.....	27
1.2. Prévalence et Epidémiologie	28
1.3. Sémiologie et Diagnostic	28
1.3.1 Triade symptomatologique	28
1.3.2. Diagnostic	31
1.5. Etiologies	31
1.5.1. L'importance de la période adolescente	32
1.5.2. La génétique.....	32
1.5.3. L'environnement.....	33
1.6. Modèles explicatifs	33
1.6.1. Interprétation psychanalytique	33
1.6.2. Interprétation systémique	34

1.6.3. Interprétation phénoménologique.....	34
1.6.4. Les modèles cognitivistes	34
1.6.5. Les neurosciences	35
1.6.6. Les implications en psychomotricité	35
1.7. Traitements et Prise en charge.....	36
1.7.1. Traitement médicamenteux.....	36
1.7.2. L'approche psychosociale	36
1.7.3. Les différentes thérapies individuelles.....	37
1.8. Évolution : pronostic et devenir.....	37
1.9. Conclusion.....	38
2. La schizophrénie et les sphères psychomotrices.....	38
2.1. Généralités de l'impact de la schizophrénie sur le psychocorporel	39
2.1.1. Le tonus	39
2.1.2. La perception des sensations.....	39
2.1.3. La gestion des émotions et les défenses psychiques.....	41
2.1.4. Les coordinations	42
2.1.5. Les limites psychocorporelles.....	43
2.2. La schizophrénie dans le rapport à l'autre	44
2.2.1. Être dans la réalité	44
2.2.2. La place du tonus dans la rencontre avec la schizophrénie : une illustration	45
3. Conclusion des parties théoriques.....	46

PARTIE 3 - La psychomotricité dans la prise en charge tonique du patient atteint de schizophrénie **48**

1. L'institution des rencontres	48
1.1. Présentation générale de l'institution	48
1.2. Les apports de la psychothérapie institutionnelle	50

1.2.1. Le transfert	51
1.2.2. La liberté de circulation	51
2. La prise en charge psychomotrice individuelle dans la schizophrénie	52
2.1. L'importance du cadre	52
2.2. Qualité de présence du psychomotricien : un ajustement tonique.....	54
2.2.1. Les qualités propres au thérapeute en psychomotricité	54
2.2.2. Ce que le psychomotricien met en jeu dans la thérapie psychomotrice	56
2.2.3. Les enjeux toniques de la relation thérapeutique	57
2.3. De l'importance de passer par le corps : la place de l'expérience	58
3. Illustration à travers deux étude de cas	60
3.1. Étude de cas : Monsieur S.....	60
3.1.1. Présentation générale	60
3.1.2. Observations cliniques	61
3.1.3. Les séances de psychomotricité	63
3.1.3.1. Les objectifs de soin en psychomotricité.....	63
3.1.3.2. Evolution au fil des séances.....	64
3.1.3.3. Conclusion	68
3.2. Étude de cas : Monsieur P.....	69
3.2.1. Présentation générale	69
3.2.2. Observations cliniques	70
3.2.3. Les séances de psychomotricité	72
3.2.3.1. Les objectifs de prise en charge psychomotrice	72
3.2.3.2. La prise en charge psychomotrice	72
3.2.3.3. Conclusion	77
Conclusion.....	79

Bibliographie	81
Annexes	85
Annexe 1. Critères diagnostiques	85
Schizophrénie.....	85
Trouble schizo-affectif	86
Annexe 2. Tableau récapitulatif du profil psychomoteur de patients atteints de schizophrénie.....	87