Académie d'Orléans -Tours Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013 N°

Thèse pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

GUILLARD Alexandre Denis Né le 4 septembre 1982 à Orléans

Présentée et soutenue publiquement le 5 mars 2013

Intérêt des prises en charge à médiation corporelle dans la schizophrénie.

L'immersion subaquatique comme outil thérapeutique : Réflexion à partir de cas cliniques

<u>Jury</u>

Président de Jury:

Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres du jury:

Monsieur le Professeur Vincent CAMUS Monsieur le Professeur Michel WALTER Monsieur le Docteur Pierre-Guillaume BARBE

Monsieur le Docteur Henry BROSSEAU

Résumé en français

L'observation des malades dans les différents lieux de soins, atteste de la manière pathologique dont le patient schizophrène vit généralement son corps. Les préoccupations corporelles sont multiples et récurrentes dans la schizophrénie, indiquant fréquemment la mise en péril de l'unicité de la conscience du corps. Le corps, lieu de souffrance, peut également constituer le vecteur d'une demande de soins quand la parole ne suffit pas. Le corps du malade schizophrène nous semble dans cette mesure, représenter une cible thérapeutique privilégiée, ainsi qu'une authentique porte d'entrée vers la possibilité d'un échange.

L'idée de « soigner l'esprit à travers le corps » a traversé les siècles, faisant de l'hydrothérapie une technique de choix dans le traitement de la folie. Notre pratique de la plongée en bouteille avec des malades schizophrènes, s'inscrit dans la lignée de ces « approches à médiation corporelle » dont certaines dimensions thérapeutiques semblent à ce jour, avoir été délaissées.

L'immersion subaquatique est pratiquée à la Clinique de Freschines (41) de manière originale, depuis plus de quinze ans. Notre récent travail de suivi clinique, a permis de faire émerger un certain nombre d'éléments de réflexion psychopathologique, appuyant l'intérêt thérapeutique d'une telle technique dans la prise en charge de la schizophrénie.

Le milieu subaquatique, de par ses propriétés spécifiques, constitue un espace particulièrement adapté à la problématique schizophrénique. Il favorise l'instauration d'une relation « vraie » avec le malade, point de départ d'une possible régression. La mise en place d'une telle relation, semble également facilitée par l'aisance avec laquelle la majorité des patients évolue sous l'eau. Cette aisance quasi naturelle, pourrait témoigner de l'existence d'un accès privilégié à une mémoire océanique primitive.

Les immersions répétées ont permis de « remettre en route» la machine corporelle chez plusieurs de nos malades. La mobilisation du corps dans son ensemble, encouragerait l'intégration d'une expérience de soi plus cohérente. Grâce à une conscience du corps retrouvée, des patients restés « couchés » ont pu se remettre debout temporairement ou durablement, gagnant de nouveaux espaces et s'ouvrant de nouvelles perspectives.

English Abstract

Patients observation, helps understanding the pathological way a schizophrenic patient experiences his body. Numerous and recurring body preoccupations are associated to schizophrenia, which is symptomatic of the body awareness unity being jeopardized.

The body can also account for the vector to express a need for care, when language is not sufficient.

In this respect, the body of a schizophrenic patient may be a key therapeutic target as well as an open door for communicating.

Hydrotherapy is a preferred classic technique for curing madness, in the same long dated approach "to cure the mind with the body". Scuba diving with schizophrenic patients is aimed at developing a therapy in line with "body-oriented psychotherapy", which is not much pursued as of today.

The Clinique de Freschines (France) has developed the underwater dumping therapy in an original way for the past fifteen years. Our clinical follow up process, allowed us to draw out a number of psychopathological considerations, which highlight the therapeutic profit of such a technique as part of caring schizophrenia.

Underwater accounts for an environment specifically appropriate for schizophrenic issues. This facilitates the creation of a « true » link with the patient, which is the starting point for a potential regression process. Such link, seems all the more facilitated as most of the patients studied turned to move underwater easily. Such natural ease could indicate the existence of a privileged access to a primitive aquatic memory.

Repeated immersions allowed to restart "the body machine" for a number of our patients. Mobilizing the whole body as such, would encourage the integration of a more consistent self-experience. By regaining the body awareness, some patients until now "stopping" began to stand temporarily or even permanently, opening up to some new horizons.

M ots dés

Schizophrénie

Immersion subaquatique

Thérapie à médiation corporelle

Conscience du corps

Key words

Schizophrenia

Underwater dumping

Body-oriented psychotherapy

Body awareness



UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens Professeur Christian ANDRES, Recherche Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966 Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962 Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972 Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994 Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI

A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI

J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.

LANSAC

- J. LAUGIER G. LELORD G. LEROY Y. LHUINTRE M. MAILLET MIle C. MERCIER E/H. METMAN
- J. MOLINE Cl. MORAINE H. MOURAY J.P. MUH J. MURAT Mme T. PLANIOL Ph. RAYNAUD
 - Ch. ROSSAZZA Ph. ROULEAU A. SAINDELLE J.J. SANTINI D. SAUVAGE M.J. THARANNE

J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel Radiologie et Imagerie médicale

ANDRES Christian Biochimie et Biologie moléculaire

ANGOULVANT Denis Cardiologie
ARBEILLE Philippe Biophysique et Médecine nucléaire
AUPART Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BABUTY Dominique Cardiologie

Mme BARILLOT Isabelle Cancérologie ; Radiothérapie

M. BARON Christophe Immunologie Mme BARTHELEMY Catherine Pédopsychiatrie

MM. BAULIEU Jean-Louis Biophysique et Médecine nucléaire

BERNARD Louis Maladies infectieuses; maladies tropicales

BEUTTER Patrice Oto-Rhino-Laryngologie
BINET Christian Hématologie ; Transfusion
BODY Gilles Gynécologie et Obstétrique

BONNARD Christian Chirurgie infantile BONNET Pierre Physiologie BONNET-BRILHAULT Frédérique Physiologie

MM. BOUGNOUX Philippe Cancérologie ; Radiothérapie

BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique

BRUNEREAU Laurent Radiologie et Imagerie médicale

BRUYERE Franck Urologie BUCHLER Matthias Néphrologie

CALAIS Gilles Cancérologie ; Radiothérapie

CAMUS Vincent Psychiatrie d'adultes CHANDENIER Jacques Parasitologie et Mycologie

CHANTEPIE Alain Pédiatrie

COLOMBAT Philippe Hématologie ; Transfusion

CONSTANS Thierry Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement

CORCIA Philippe Neurologie COSNAY Pierre Cardiologie

COTTIER Jean-Philippe Radiologie et Imagerie médicale

COUET Charles Nutrition

DANQUECHIN DORVAL Etienne Gastroentérologie ; Hépatologie

DE LA LANDE DE CALAN Loïc Chirurgie digestive DE TOFFOL Bertrand Neurologie

DEQUIN Pierre-François Thérapeutique ; médecine d'urgence

DESTRIEUX Christophe Anatomie
DIOT Patrice Pneumologie

DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague Anatomie & Cytologie pathologiques DUMONT Pascal Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

FAUCHIER Laurent Cardiologie

FAVARD Luc Chirurgie orthopédique et traumatologique FOUQUET Bernard Médecine physique et de Réadaptation

FRANCOIS Patrick Neurochirurgie

FUSCIARDI Jacques Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine

d'urgence

Mme

GAILLARD Philippe Psychiatrie d'Adultes

GOGA Dominique Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie GOUDEAU Alain Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière

GOUPILLE Philippe Rhumatologie

GRUEL Yves Hématologie ; Transfusion

GUILMOT Jean-Louis Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire GUYETANT Serge Anatomie et Cytologie pathologiques

HAILLOT Olivier Urologie

HALIMI Jean-Michel Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et

Immunologie clinique)

HERAULT Olivier Hématologie ; transfusion HERBRETEAU Denis Radiologie et Imagerie médicale

Mme HOMMET Caroline Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement

MM. HUTEN Noël Chirurgie générale

LABARTHE François Pédiatrie

LAFFON Marc Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine

d'urgence

LARDY Hubert Chirurgie infantile

LASFARGUES Gérard Médecine et Santé au Travail

LEBRANCHU Yvon Immunologie

LECOMTE Thierry Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEMARIE Etienne Pneumologie

LESCANNE Emmanuel Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard Dermato-Vénéréologie
MACHET Laurent Dermato-Vénéréologie
MAILLOT François Médecine Interne

MARCHAND Michel Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie

MARRET Henri Gynécologie et Obstétrique

MEREGHETTI Laurent Bactériologie-Virologie; Hygiène hospitalière

MORINIERE Sylvain O.R.L.
MULLEMAN Denis Rhumatologie

PAGES Jean-Christophe Biochimie et biologie moléculaire

PAINTAUD Gilles Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique

PATAT Frédéric Biophysique et Médecine nucléaire

PERROTIN Dominique Réanimation médicale ; médecine d'urgence

PERROTIN Franck Gynécologie et Obstétrique

PISELLA Pierre-Jean Ophtalmologie

QUENTIN Roland Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

ROBIER Alain Oto-Rhino-Laryngologie ROINGEARD Philippe Biologie cellulaire

ROSSET Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique ROYERE Dominique Biologie et Médecine du développement et de la

Reproduction

RUSCH Emmanuel Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

SALAME Ephrem Chirurgie digestive

SALIBA Elie Biologie et Médecine du développement et de la

Reproduction

Mme

MmeSANTIAGO-RIBEIRO MariaBiophysique et Médecine NucléaireMM.SIRINELLI DominiqueRadiologie et Imagerie médicale

THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie TOUTAIN Annick Génétique

MM. VAILLANT Loïc Dermato-Vénéréologie

VELUT Stéphane Anatomie WATIER Hervé Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique:

addictologie

BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire

M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de

Communication

Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire

BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire

MM. BOISSINOT Eric Physiologie

DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie

Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire

M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale

Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques

GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière

M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de

Communication

Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie

MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la

reproduction

M.

GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion

HOARAU Cyrille Immunologie HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire

Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques

MARUANI Annabel Dermatologie

MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire

ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé

Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la sant M. TERNANT David Pharmacologie – toxicologie

Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament ESNARD Annick Biologie cellulaire

M. LEMOINE Maël Philosophie

Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage - Orthophonie

M. PATIENT Romuald Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline Médecine Générale

RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale ROBERT Jean Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

MM. BIGOT Yves Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239 BOUAKAZ Ayache Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

930

Mmes BRUNEAU Nicole Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

930

CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

930

MM. COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – U 618

GAUDRAY Patrick Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239 GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239

Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

Mmes GOMOT Marie

930

HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – U 618

MM. LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM

930

LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – U 618

Mmes MARTINEAU Joëlle Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

930

POULIN Ghislaine Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire Orthophoniste

MM. GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
MONDON Karl Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MmeLALA EmmanuellePraticien HospitalierM.MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Trouvez ici mes remerciements sincères pour l'enseignement théorique apporté durant ces années d'internat.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

À **Monsieur le Docteur Henry BROSSEAU**, qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail. Je vous en suis infiniment reconnaissant. Je vous remercie pour votre disponibilité, vos encouragements et vos critiques constructives. Votre humanité et votre enthousiasme m'ont profondément nourri. Travailler à vos côtés fut une réelle chance.

Trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À **Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**, qui me fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements pour l'enseignement théorique dont vous nous avez fait bénéficier au cours de nos années d'internat ainsi que pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pierre-Guillaume BARBE, qui me fais l'honneur et le plaisir de juger ce travail. Les quelques mois de travail passés à tes cotés furent d'une grande richesse. Tes qualités humaines et professionnelles m'ont beaucoup apportées.

Trouve ici l'expression de ma plus profonde amitié.

À **Monsieur le Professeur Michel WALTER**, qui me fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Joris...

Pour le vide infini que tu laisses.

Pour ton charisme, ton élégance et ta générosité.

Pour ces moments heureux passés ensemble.

Pour tout le soutien que tu m'as apporté

Pour l'amitié qui était la nôtre et qui restera.

Ce travail est pour toi.

Un grand Merci

À mes parents et particulièrement à ma mère pour m'avoir accompagné durant ce long parcours et avoir su m'insuffler le « goût de l'effort ».

À Solène pour le bonheur quotidien qu'elle m'apporte. Merci pour ton aide précieuse et ton soutien durant ces mois de travail.

À mes grands-parents maternels pour m'avoir soutenu et encouragé à tous niveaux depuis mon plus jeune âge.

À mes grands-parents paternels pour leur bienveillance.

Au petit fillot Max, c'est toi le prochain!

À l'ensemble des « Hommes Volants » aux côtés de qui plonger fût un plaisir : Dr Brosseau, Annette, Gaëlle, Louis-Sébastien, Thierry, Jean Jacques, Alain. Merci pour vos conseils et votre générosité.

À l'ensemble des patients de la Clinique de Freschines dont l'humanité m'a énormément apportée durant ces deux ans.

Aux ex-collèges et désormais amis du Loir-et-Cher : Dr Préel, Béatrice, François, Cathy et tous les autres.

Aux Dr Peguilhan, Joli, Magis qui m'ont accueilli avec bienveillance lors de ma première année d'internat. Merci de m'avoir accordé cette confiance qui m'a permis de « grandir » sereinement.

À tous les psychiatres ayant contribué à mon épanouissement professionnel : Dr Assapi, Dr Ayzouki, Dr Benhamida, Dr Cristea, Dr Dupuch, Dr Parrot, Dr Restelli...

Aux équipes soignantes du C.H Daumezon, du CMP One, de Châteauneuf-sur-Loire, de la CPU et des urgences psychiatriques de Trousseau.

À mes initiateurs limougeauds : Pr Clément, Pr Garou, Dr Charles qui m'ont guidé sur la voix de « la folie ».

À Guigui, fidèle ami durant toutes ces années et pour celles à venir. Merci pour tous ces bons moments partagés qu'ils furent légers (BU, Tournoi des seigneurs...) ou plus intenses (Forma-plus, concours de P1), ils ont contribués à rendre ces années de fac inoubliables.

À Micka (et Titi), pour avoir choisi Fleury comme « terre d'accueil » et ainsi permis à nos chemins de se croiser. De New York à Tel-Aviv, merci pour tous ces instants qui furent Legen...(wait for it)...dary!

Aux amis tourangeaux et orléanais rencontrés pendant l'internat : Clémence, Gaëlla Isabelle, J.B, Jérôme, Ludo (the french policeman), Margaux, Nadège, Nelly, P.G (alors comme ça...), Sarah, Sébastien, Vaïda, Ugo...

Aux compagnons de route limougeauds : Pierre, Pierre-Yves, Thomas, Etienne, Clément.

À Tim, pour les foots dans l'appart en P1 et tout le reste.

À tous mes ami(e)s, pour votre amitié fidèle et sincère :

Adrien (partenaire de soirée geek), Alice (amitié trentenaire), Arnaud (si si com'il fiume, et merci pour la traduction), Clément (Gennaro il fiorentino), Erwann (Mister cash), Fabien (chef de file de la Phase), Fabio (pour ton ballon d'or), Guillaume (Air Mercier), Guillaume H (l'homme volant), Marie (maman pétou), Nicolas (inventeur du rapido), Matthieu (équipier gymnique et ami de la première heure), Oliv (meilleur ennemi romanista), Victoria (hypochondriaque résistante malgré mes séances d'exposition) et tous les autres...

À toutes les compagnes ou épouses de mes copains, devenues mes amies.

Aux nouveaux venus : Cassiopée, Corentin, Eléonore, Gaspard, Orféo, Paul, Rose, Salma... et tous ceux à venir...

Table des matières

Introduction	4 -
I. Troubles de l'expérience corporelle dans la schizophrénie	6 -
A. Eléments théoriques et évolution des concepts	6 -
1. De la cénesthésie au schéma corporel	7 -
2. Du schéma corporel à l'image du corps	8 -
3. Perception et représentation du corps	9 -
B. Symptomatologie clinique et problématique corporelle	10 -
1. Descriptions classiques	11 -
2. Manifestations symptomatiques	13 -
3. Retentissement clinique	17 -
4. Abord phénoménologique	18 -
C. Etudes mesurant les troubles de l'expérience corporelle	20 -
1. Etudes identifiant un sous-groupe caractérisé par des troubles cénesthésiques	21 -
2. Etudes mesurant les troubles de la perception du corps	22 -
3. Etudes mesurant les troubles de la représentation du corps	23 -
4. Approches cognitive et neuroscientifique	25 -
II. Thérapies à médiation corporelle et schizophrénie	29 -
A. Principes généraux	29 -
1. Limites de la verbalisation	29 -
2. Principe de médiation	31 -
3. Relation d'objet et médiation	32 -
4. Espace transitionnel et médiation	33 -
B. Le corps médiateur	34 -
1. Le corps médiateur d'expression	34 -
2. Le corps lieu d'existence	35 -
3. Historique des pratiques corporelles	36 -
4. Travaux contemporains	39 -
C. Elément aquatique et schizophrénie	42 -
1. L'eau : élément médiateur	42 -
2. L'eau : élément symbolique	43 -
3. Hydrothérapie et maladie mentale	47 -
III. Pratique de la plongée sous-marine	54 -
A. Cadre général de la pratique	54 -
1. Cadre associatif	54 -
2. Cadre légal	55 -
3. Cadre médical	56 -

4. Psychotropes et plongée	57 -
B. Cadre pratique	59 -
1. Les acteurs	59 -
2. Les temps de plongée	59 -
3. Les temps terrestres	60 -
4. Travail d'évaluation	62 -
C. Cas cliniques	64 -
1. Paul	64 -
2. Christophe	71 -
3. Yves	79 -
4. Tableau synthétique	87 -
IV. Schizophrénie et immersion. Propriétés thérapeutiques du milieu subaquatique	88 -
A. Milieu terrestre empreint de difficultés	88 -
1. Précarité de la station debout	88 -
2. La troisième dimension	90 -
3. Récurrence des stimuli	92 -
B. Aisance aquatique aux origines lointaines	93 -
1. Cas des bébé-nageurs	93 -
2. Héritage phylogénétique	94 -
3. Théorie du cerveau tri-unique	96 -
4. Théorie de la dissolution	98 -
5. Modèle organodynamique	99 -
C. Immersion et régression.	101 -
1. Concept de régression.	102 -
2. L'espace thérapeutique	103 -
3. Processus thérapeutique	105 -
4. Image du corps et régression	107 -
V. Immersion et conscience du corps	
A. Mobilisation sensorielle	
1. Enveloppement physique	
2. Le Moi-peau	
3. Enveloppement psychique	
4. Sollicitations visuelles	116 -
B. Mobilisation cénesthésique	118 -
1. Perte des repères physiologiques	
2. Cénesthésie et conscience du corps	
3. Cénesthésie et construction du schéma corporel	
4. Altérité et conscience du corps	
C. Le sens du mouvement	125 -

Annexes	150 -
Bibliographie	142 -
Conclusion	140 -
2. Corps propre et identité	- 137 -
1. Corps propre et expérience subjective	- 135 -
D. De la conscience du corps à la conscience de soi	- 134 -
4. Concepts neurocognitifs.	- 130 -
3. Intentionnalité et appropriation du corps	128 -
2. Mouvement volontaire et conscience du corps	127 -
1. Le dialogue tonique	126 -

Introduction

Etymologiquement, le terme de schizophrénie provient du grec « σχίζειν » (schizen) signifiant fendre, et de « φρήν » (phren) désignant l'esprit. Au travers de ce terme, l'accent est historiquement mis par Bleuler sur la dimension psychique de la maladie. Les perturbations liées à la sphère corporelle, y sont pourtant récurrentes et multiples, émaillant l'évolution de la maladie entière.

L'observation des malades dans les différents lieux de soins, atteste de la manière pathologique dont le patient schizophrène vit généralement son corps. La fréquence des retards dans la détection des pathologies somatiques, l'indifférence face à la douleur, la récurrence des plaintes somatiques atypiques, sont autant d'éléments certifiant de perturbations, liées à l'expérience corporelle dans la schizophrénie.

Le corps, lieu de souffrance, peut également constituer le vecteur d'une demande de soins, laissant les soignants régulièrement désarmés face à la diversité des plaintes des malades. La chronicité du patient schizophrène, les mises en échec fréquentes des différents projets thérapeutiques, les limites des traitements médicamenteux, nous montrent l'importance de trouver dans nos techniques de soins, des méthodes d'échanges à la hauteur des besoins de nos patients.

Ce type de difficultés relatives à la prise en charge des malades schizophrènes, marque le point de départ de notre réflexion. Cette problématique constitue le fondement de la technique de soins originale, que nous présenterons dans ce travail de thèse.

Tout d'abord, nous nous intéresserons à la symptomatologie clinique propre aux troubles de la perception et de la représentation du corps, dans la schizophrénie. Nous ouvrirons également quelques pistes de réflexion psychopathologique, concernant les perturbations qui font du corps du malade, une cible thérapeutique privilégiée.

Nous tenterons par la suite, de mettre en évidence au travers de quelques éléments historiques, l'intérêt des « approches à médiation corporelle » (et spécifiquement de l'hydrothérapie) face à la problématique posée par la psychose.

Nous présenterons ensuite les différents aspects de notre pratique, s'inscrivant dans une logique de soins institutionnelle, et dans la lignée de ces approches corporelles. Nous

poursuivrons par la présentation de cas cliniques, intéressant le suivi de trois patients inclus dans « un programme d'immersion subaquatique ».

Ces illustrations cliniques permettront de faire émerger un certain nombre d'éléments psychopathologiques, qui serviront de support à une réflexion menée dans la dernière partie de notre travail. Celle-ci portera sur l'intérêt thérapeutique des immersions répétées, dans la prise en charge de la schizophrénie. Cette réflexion concernera dans un premier temps, les spécificités qui semblent faire du milieu aquatique, un lieu particulièrement adapté aux besoins des malades schizophrènes.

Pour finir, nous porterons notre attention sur les effets intéressant les champs de la conscience du corps, et de la conscience de soi.

I. Troubles de l'expérience corporelle dans la schizophrénie

La psychiatrie pour prouver sa spécificité, a du se dégager à une époque de la médecine somatique, mettant en avant l'aspect psychique de la pathologie aux dépens de l'aspect corporel. Depuis ce mouvement dichotomique visant à faire émerger le fait psychiatrique, l'intérêt porté à la dimension corporelle des maladies mentales s'est considérablement réduit.

L'atteinte schizophrénique est bien psychique, mais également inscrite dans le corps des malades.

Cette première partie s'intéresse, dans cette perspective, à ces « maux du corps » observés chez nos patients schizophrènes et décrits, dans un certain nombre de travaux classiques et plus actuels. Nous ouvrirons également quelques pistes de réflexion psychopathologique concernant les questions de perception et de représentation du corps dans la schizophrénie.

A. Eléments théoriques et évolution des concepts

La littérature psychiatrique concernant le champ de l'expérience du corps est hétérogène et parfois confuse. Notre réflexion s'est nourrit d'un ensemble de notions relatives au champ de la conscience du corps émanant de domaines tels que la neurophysiologie, la phénoménologie et la psychanalyse.

Il est par exemple classique de distinguer le terme physiologique de « schéma corporel » propre à la neurologie, de celui d' « image du corps» relevant de la psychologie et de la psychanalyse. La réalité clinique amène à penser le corps d'une façon plus complexe et plus unifiée qu'au travers de cette dichotomie conceptuelle.

Afin d'éclaircir la terminologie de ces concepts ainsi que leur articulation, il nous semble important d'en retracer brièvement l'évolution historique. Ces notions nous servirons tout au long de notre développement.

1. De la cénesthésie au schéma corporel

Le mot « cénesthésie » recoure aux mêmes racines que « koinon aistheterion » (sensorium commune) dont la notion avait été proposée par Aristote. Il appartient au « koinon aistheterion » de recevoir et de conjuguer toutes les sensations, de façon à percevoir un objet unique, là où les organes des sens nous communiquent des impressions qualitativement hétérogènes.

L'invention du concept de cénesthésie se fait par Hübner et Schiff à la fin du XVIII^e siècle. Le mot « coenaesthesis » est alors définit comme « une sensibilité générale qui représente à l'âme l'état de son corps alors que la sensibilité le renseigne sur le monde externe et que le sens interne donne représentations, jugements, idées et concepts » ¹.

La cénesthésie telle que la conçoit Reil ne fait qu'apporter une information supplémentaire d'origine somatique, à l'âme sans se confondre avec elle. Elle correspond à une masse confuse de sensations provenant des profondeurs du corps, renseignant sur l'existence et l'état des différentes parties du corps.

En France, la perspective de l'époque tente de concilier psychologie et la physiologie du corps. Maine de Biran utilise pour nommer la cénesthésie, le terme de « sentiment de l'existence sensitive par lequel le corps apparaît sans cesse au moi comme sien» ¹. Schiff en propose une définition largement retenue et allant à l'encontre de la conception philosophique faisant du Moi, de la conscience, une instance séparée et spectatrice de la vie du corps. La cénesthésie constitue à partir de là « l'ensemble de toutes les sensations, qui à un moment donné, sont perçus par la conscience et qui en constituent le contenu à ce moment-là » ¹. Elle suscite chez l'être humain le sentiment général de son existence.

Ribot étend alors cette définition à tous les domaines de la psychologie en France, ouvrant l'ère de la suprématie de la cénesthésie². En critiquant le dualisme corps-esprit, les philosophes du XIX^e siècle cherchent ainsi à penser l'unité comme processus vivant lié à la perception et à la conscience. La vie psychique est perçue comme un système d'interactions entre le corps et le monde, tous deux sources de stimulations et dont la combinaison constitue le psychisme.

² Morin C, Thibierge S. L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. L'Évolution Psychiatrique. 2004 Jul; 69(3): 417–30.

¹ Starobinski J. The concept of cenesthesia and the neuropsychological ideas of Moritz Schiff. Gesnerus. 1977; 34(1-2): 2–20.

Bergson ouvre, au début du XX^e siècle, la voie à différentes manières de penser le corps. Il décrit trois modèles de représentation du corps : le cerveau, le vécu corporel et l'image du corps.

En 1904, Pierre Bonnier conteste la validité scientifique de la notion de cénesthésie, et ramène la représentation du corps vers celle d'une forme³. Il reconnait l'existence d'un sens des attitudes lié en grande partie aux fonctions labyrinthiques, qui auraient pour rôle de fournir la notion du lieu de chaque partie de nous-même.

Ce sens des attitudes formerait la base de toute orientation, tant objective que subjective et psychique. A partir de là, Bonnier introduit la notion de schéma corporel venant de la notion neurologique de représentation du corps propre². Il regroupe sous ce terme différentes composantes de la somatognosie.

Chaque auteur possède alors sa propre terminologie. Pick dans ses études sur l'autopoagnosie parle d'« *image spatiale du corps*». Head parle d'un « *modèle postural du corps*» ou « *schéma corporel* ». Ludo Van Bogaert, quant à lui, utilise le terme d'« *image de soi* »⁴.

2. Du schéma corporel à l'image du corps

Au XX^e siècle, la neuro-psychologie, la phénoménologie et la psychanalyse se croisent sans jamais se rencontrer.

Henry Wallon développe ses idées concernant l'édification du schéma corporel au sein de sa psychologie du développement.

La phénoménologie s'intéresse quant à elle, à la dimension temporelle du concept de schéma corporel. Pour Merleau-Ponty, le corps constitue un instrument général de compréhension et l'agent même du sujet de perception. Le corps n'est pas dans l'espace et le temps, il habite l'espace et le temps. Le schéma corporel n'est pas qu'une construction de

³ Bonnier P. *Le sens des attitudes*. Nouvelle Iconographie de La Salpêtrière. 1902; (15): 146–83.

² ibid.

⁴ Guiose M. Du schéma corporel à l'image du corps [En ligne]. 2007.

l'expérience du sujet, il impose une perception qui précède toute expérience, et qui impose sa forme à l'expérience lorsqu'elle se produit⁵.

Schidler superpose le concept psychique d'image du corps au concept neurologique de schéma corporel⁶, ces deux dimensions constituant la base de la conscience du corps.

Le schéma corporel renseigne la conscience sur la localisation du corps dans son milieu, et sur les rapports spatiaux entretenus entre les différentes parties du corps. Il représente un « **standart postural** »⁷ inconscient mais organisé du corps qui s'interpose entre le sujet et son corps et qui permet un ajustement automatique des mouvements à l'environnement spatial. Dès lors, il ne peut être conçu uniquement comme un modèle intégratif mais comme une structure dynamique.

Pour Dolto, l'image du corps est constituée de l'articulation dynamique entre une image de base, une image fonctionnelle et une image des zones érogènes. Cette image constitue un lieu privilégié d'expression des pulsions⁸.

Dans la perspective psychanalytique, la représentation de soi suppose la référence au plaisir de l'autre. L'image corporelle, propre à chacun, se structure par la relation et constitue alors l'aboutissement de l'identité psychique et corporelle. Le concept d'image du corps fait ainsi pont entre le schéma corporel et la représentation de soi.

3. Perception et représentation du corps

Les notions de schéma corporel et d'image du corps sont deux versants particuliers d'une même unité : le corps.

Le concept d'image du corps est intéressant, puisqu'il assure de manière intégrative un va-et-vient nécessaire entre l'aspect somatique de la conscience du corps par « le corps » et l'aspect psychique par « l'image ». L'image du corps renvoie à la dimension neurologique du schéma corporel mais également à une dimension libidinale ; chaque être humain vivant son corps selon la singularité de sa propre histoire. C'est grâce à l'image du corps portée par le schéma corporel que l'individu peut entrer en communication avec autrui.

- 9 -

⁵ Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Gallimard; 1976.

⁶ Schidler P. L'image du corps. Paris: Gallimard; 1968

⁷ Finger S. Origins of Neuroscience: A History of Explorations Into Brain Function. Oxford University Press; 2001.

⁸ Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil; 1992.

Cette image est non réductible à ce qui serait une simple donnée perceptive. Elle résulte à la fois de l'expérience percepto-motrice, et de la sensibilité aiguisée par les fluctuations des désirs et des plaisirs⁹.

Le terme de « représentation du corps » peut être considéré comme un équivalent neuroscientifique du terme d'image du corps au regard de la littérature. Ce concept de représentation du corps revêt une dimension intégrative perceptive (schéma corporel), cognitive (conception du corps avec les pensées, les représentations et les connaissances concernant son corps), affective (satisfaction du corps) et relationnelle.

Le terme de « perception du corps » correspond quant à lui, à l'acquisition de l'information, et résulte de l'activation des représentations d'un stimulus permettant son identification, sa localisation et son interprétation. Aux aspects intégratifs des données sensorielles et aux modes spécifiques des traitements de l'information, s'y adjoint un champ affectif qui est à la fois constitutif de la perception du corps et constructif de celle-ci¹⁰.

Les possibilités de perception et de représentation du corps contribuent à développer chez l'être humain un sentiment de continuité et de permanence, mais également à accroître la connaissance de son corps. Ces opérations constituent d'un point de vue neuroscientifique la base fondamentale de la conscience du corps¹¹.

La conscience du corps n'est pas une donnée acquise, puisqu'elle implique la relation que le sujet établit et continue d'établir tout au long de son existence avec son corps. Comme nous le verrons par la suite, le sens primitif de la conscience du corps est intimement lié au monde de la sensation et de la perception⁵.

B. Symptomatologie clinique et problématique corporelle

L'observation quotidienne de nos patients schizophrènes dans les différents lieux de soins met en évidence bon nombre d'éléments attestant d'une perception altérée de leurs sensations,

_

⁹ Lhermitte J. *L'image de notre corps*. Nouvelle Revue Critique; 1939.

¹⁰ Bonnet C. *Processus intégratifs dans la perception et dans l'action*. Dunot. Paris; 1995.

¹¹ Rajender G, Kanwal K, Rathore DM, Chaudhary D. Study of cenesthesias and body image aberration in schizophrenia. Indian J Psychiatry. 2009 Sep; 51(3): 195–8.

⁵ Merleau-Ponty M. op. cit.

ainsi que de leurs besoins physiques. C'est le « sens du corps » dans son ensemble qui apparait perturbé.

1. Descriptions classiques

On retrouve, dans la littérature classique, un certain nombre de descriptions cliniques concernant des troubles de l'expérience du corps dans la psychose.

A la fin du XIX^e siècle, Emil Kraepelin décrit chez les patients atteints de « **démence précoce**» la présence de fréquentes sensations corporelles anormales. Dans son **Traité des maladies mentales** il parle chez ses malades de « **perte de l'unité intérieure dans les pensées et les sensations**[...] »¹².

En 1911, Bleuler récuse le terme de « **démence précoce**» pour le remplacer par celui de schizophrénie. Il illustre l'idée d'une fragmentation de l'esprit au cours de la schizophrénie mais souligne également la fréquence d'anomalies hétérogènes de l'expérience du corps, survenant au cours de la maladie ¹³.

Dans un article de 1905 paru dans *L'Encéphale*, Dupré et Camus reprennent la notion de cénesthésie et emploient le terme de « *cénesthopathie*» désignant l'altération de la sensibilité interne¹⁴. Leurs observations de patients mettent en évidence la récurrence de plaintes relatives à des sensations anormales, étranges, souvent plus pénibles que douloureuses.

Malgré les caractéristiques communes de l'entité syndromique, Dupré et Camus mettent en évidence une importante variété de siège, d'intensité, de modalité et d'évolution des plaintes chez ces malades. Les différentes parties du corps peuvent être ressenties comme modifiées dans leur densité, leur volume, leur forme et leurs rapports. Il peut s'agir de diminution, d'abolition ou de modification des sensations cénesthésiques.

Ces troubles de la perception et de l'élaboration des sensations internes sont considérés, à l'époque, comme primitifs et fondamentaux chez tous ces malades. La « cénesthopathie » constitue alors le substratum sensitivo-psychique sur lequel repose tous les autres phénomènes pathologiques d'ordre émotionnel, idéatif ou moteur.

_

¹² Kraepelin E. *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. L'Hartmann; 2000.

¹³ Bleuler E. *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*. Coédition GREC/EPEL; 1911.

¹⁴ Dupré E, Camus J. *Psychiatrie clinique*, 1905.

A la même époque, Seglas attribue aux troubles cénesthésiques une responsabilité fondamentale dans les délires de négations mélancoliques, et les états de dépersonnalisation. Janet utilise le terme de « délires cénesthésiques ». Blondel place les troubles de la cénesthésie au centre des troubles de la conscience de l'expérience psychotique.

Les affections de la cénesthésie occupent une place importante dans la nosographie psychiatrique de l'époque, constituant pour les français et les allemands l'origine des psychoses.

Schneider répertorie en 1955 une liste de symptômes qu'il nomme « symptômes de premier rang» et qu'il considère indispensables au diagnostic de schizophrénie 15.

Parmi ces symptômes, figurent les sensations corporelles induites par des forces extérieures considérées comme des troubles de la conscience de soi. Schneider fait également référence à une perte du sentiment de s'appartenir, traduisant la rupture du mécanisme qui permet normalement de tracer la frontière entre soi et les autres.

En 1957 Huber tente de mettre en évidence, comme l'avaient fait Camus et Dupré en leur temps, un sous-groupe syndromique au sein de la schizophrénie qu'il nomme « *cenesthetic schizophrenia*» ou schizophrénie cénesthésique¹⁶. Il associe cette entité à la présence de sensations corporelles étranges et anormales, au caractère changeant et dynamique. Les sensations les plus fréquemment retrouvées correspondent à des sensations électriques, de chaleur, de mouvement, de pression, d'engourdissement, de lourdeur et de légèreté.

Aujourd'hui, conjointement au déclin de la notion de cénesthésie, le concept de cénesthopathie semble avoir perdu en grande partie son usage clinique.

Il reste cependant quelques traces de ce concept dans la nosographie actuelle, prenant la forme d'entités cliniques dont la légitimité reste controversée, telles les syndromes de Cotard, de Capgras ou encore les délires hypochondriaques¹⁷. La schizophrénie cénesthésique quant à elle constitue encore à ce jour un sous-type de schizophrénie retenu par la CIM-10¹⁸.

¹⁶ Huber G. «Cenesthetic schizophrenia » a subtype of schizophrenice disease. Neurology Psychiatry and Brain research. 1992;(1): 54–60.

¹⁷ Graux J, Lemoine M, Gaillard P, Camus V. Les cénesthopathies : un trouble des émotions d'arrière-plan. Regards croisés des sciences cognitives et de la phénoménologie. L'Encéphale. 2011; (37): 361–70.

¹⁵ Schneider K. *Klinische psychopathologie. Thieme Verlag.* Stuttgart; 1955.

¹⁸ CIM-10/ICD-10: Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 10ème révision. Masson; 1992.

Bien que la terminologie relative aux anomalies de l'expérience du corps dans la schizophrénie ait changé, l'ensemble de ces perturbations est bien retrouvé dans les descriptions symptomatologiques actuelles.

2. Manifestations symptomatiques

Les manifestations cliniques liées à des anomalies de l'expérience du corps sont fréquentes, et peuvent survenir à différents stades de la maladie.

• Phase prodromique

Les sensations d'étrangetés généralement décrites en début de maladie peuvent prendre plusieurs formes. Elles modifient classiquement l'expérience du corps et donne à la personne une *«impression d'ambiance nouvelle »*¹⁹.

La dépersonnalisation est une des manifestations les plus fréquentes. Elle peut également survenir au cours de l'évolution de la schizophrénie.

Elle correspond selon le DSM-IV à «une expérience prolongée ou récurrente d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps, ²⁰.

Elle se traduit cliniquement par un sentiment de perte de l'intégrité corporelle témoignant à la fois de l'altération du moi psychique, mais aussi du moi corporel. Des sensations étranges de lourdeur du poids corporel, d'immatérialité ainsi que des modifications des limites du corps peuvent être ressenties. La diminution, voire même la perte du contrôle moteur peuvent renforcer le caractère d'étrangeté. Ce sentiment d'altération du moi corporel est variable d'un moment à l'autre. Il peut se localiser sur toutes les parties du corps, le malade exprimant généralement le doute angoissant d'être et d'avoir un corps transformé, ne lui appartenant plus.

La dépersonnalisation représente une menace de morcellement et de désintégration pour le patient schizophrène. Elle traduit la perte d'unité du corps et se concrétise parfois, par l'apparition de thèmes délirants visant à lutter contre la dissociation²¹. Winnicott rapproche

¹⁹ Ey H, Bernard P, Brisset C. *Maladies mentales chroniques ; Psychose schizophrénique. 3ième Ed. Manuel de Psychiatrie.* Masson; 1967. p539–608.

²⁰ DSM-IV-TR: Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux. Masson ; 2004.

²¹ Saladini O, Luauté J. Dépersonnalisation. Elsevier. EMC. 2003; 37–125–A–10.

ces angoisses de morcellement psychotiques, aux angoisses primitives de désintégration de l'enfant présentes au début de la vie²².

Ce trouble représente, pour Ey, une stratégie de défense s'installant pour faire face aux dangers de la dispersion de l'image de soi, précédant l'altération profonde de la conscience²³.

La dépersonnalisation peut constituer une altération de la faculté sensible d'avoir, et d'être un corps pouvant mener le malade jusqu'à la perte totale du sentiment d'identité.

Des troubles cénesthésiques peuvent également être présents en phase prodromique. Leur traduction clinique peut prendre la forme de transformations corporelles, de sensations électriques et d'impressions de mouvement de pression dans et sur le corps²⁴.

Ce type de troubles correspondrait pour certains auteurs, à des sensations normales interprétées de manière erronée par les patients. Le caractère anormal tiendrait dans la façon dont les patients schizophrènes y portent attention. Ces sensations, seraient vécues dans des conditions d'hyper réflexivité anormales et de diminution des affects. Une telle augmentation de la distance entre la subjectivité et l'expérience du corps, pourrait conduire à l'apparition de symptômes psychotiques tels que les délires hypochondriaques et le sentiment d'être contrôlé²⁵.

Les troubles cénesthésiques sont classiquement considérés comme un facteur de mauvais pronostic lors des phases prodromiques de la schizophrénie, car fréquemment annonciateur d'une entrée dans la maladie²⁶.

Les idées hypochondriaques peuvent également se mêler au syndrome de dépersonnalisation. Elles se traduisent cliniquement par des plaintes somatiques consécutives à des impressions corporelles étranges.

Le corps peut être vécu comme déformé, mal formé ou porteur d'une maladie. La souffrance psychique extrême peut se déposer sur le corps et se transformer en douleurs corporelles. Le « signe du miroir » peut renvoyer à cette recherche par le jeune malade de la preuve de cette transformation corporelle ressentie.

²⁴ André P. Benavides T, Giromini F. *Corps et psychiatrie*. 2e édition revue et augmentée. Heures de France; 2004.

2

²² Winnicott D. *Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. Processus de maturation chez l'enfant.* Paris: Payot; 1962.

²³ Ey H. *Traité des hallucinations*. Masson. Paris; 1973.

²⁵ Stanghellini G. Embodiment and schizophrenia. World Psychiatry. 2009 Feb; 8(1):56–9.

²⁶ Kobayashi T, Kato S. Psychopathology and outcome of first-admission schizophrenic patients: hypochondriac-cenestopathic symptoms as predictors of an unfavorable outcome. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004 Oct; 58(5): 567–72.

• Phase d'état

La dissociation que Bleuler pose comme critère diagnostique principal de schizophrénie fait référence au clivage du moi.

Gisela Pankow par le concept de dissociation se réfère à la destruction de l'unité du Moi et de l'image du corps²⁷. Le patient schizophrène dissocié ne parvient plus à saisir son corps comme unité. Il peut percevoir son propre corps comme fragmenté, déchiré et dispersé. Il peut également exister une confusion entre le dedans et le dehors, le corps devenant un « corps passoire»²⁸.

Du point de vue de Pankow, la dissociation correspond à l'impossibilité de rétablir le lien entre la ou les parties et la totalité du corps. Alors que l'image de la totalité du corps est détruite, la partie peut prendre la place du corps. Le corps dans son entier ou en partie peut ne pas être perçu.

Le corps du schizophrène n'étant plus vécu comme unité, la dissociation de son image peut s'accompagner d'une perte de la dimension historique de sa vie. Le corps ne constitue plus une entité organisée, continue et stable. Le malade « *perd son corps vécu* »²⁹. Il peut quitter son corps pour se réfugier dans d'autres manières d'être.

Le sujet sain peut retrouver son corps, pas le schizophrène. Ce qui est un abri temporairement pour l'un, est une prison définitive pour l'autre.

Les phénomènes hallucinatoires survenant au cours de la maladie peuvent intéresser les sensibilités tactiles et cénesthésiques. Les hallucinations tactiles concernant la peau, peuvent être rapportées à des contacts manuels, des phénomènes d'électrisation, des sensations de brûlures, de piqûres, de reptation. Les hallucinations cénesthésiques peuvent renvoyer à des impressions de transformations corporelles générales ou localisées à certaines parties du corps, ou à certains organes. Pour Ey¹⁹, ce type d'hallucinations survient quand l'esprit n'est pas capable d'exprimer une sensation corporelle par le langage. L'hallucination est alors de percevoir son corps comme un objet transformé par « *l'impossibilité de l'expression métaphorique*».

²⁸ Montebello P. *Deleuze: La passion de la pensée.* Vrin; 2008.

²⁷ Pankow G. L'homme et sa psychose. Flammarion; 1969.

²⁹ Verney-Kutz C. L'approche des schizophrénies selon Gisela Pankow. La Lettre du Psychiatre. 2010 avril; (2).

¹⁹ Ey H, Bernard P, Brisset C. *Maladies mentales chroniques*; *Psychose schizophrénique. 3ième Ed. Manuel de Psychiatrie*. Masson; 1967. p539–608.

Pour d'autres auteurs, ce type de symptômes serait la conséquence du décollement d'une adhérence normale existant entre le sentiment cénesthésique et les sensations². Le sentiment cénesthésique est normalement tellement adhérent à toutes les sensations qu'il n'est pas conscient. La doublure n'apparaîtrait que lorsqu'elle se défait. Dans cette perspective, les impressions de sensations étranges correspondraient aux moments initiaux du décollement de cette adhérence.

D'après plusieurs travaux, ce type de troubles constituerait un facteur de résistance aux traitements médicamenteux³⁰.

Les hallucinations propres à la sphère corporelle peuvent également constituer un syndrome d'automatisme mental, au sein duquel le corps est perçu comme étant sous le contrôle d'une puissance extérieure, qui l'influence et/ou lui dicte sa conduite. Il peut s'agir d'automatisme moteur quand les gestes parasites sont imposés au malade par des impulsions motrices ou verbales, ou d'automatisme sensitif comportant des hallucinations cénesthésiques.

Les troubles de la motricité sont fréquents au cours de la maladie. Le corps du malade est généralement engagé de façon discordante dans l'action. Maniérisme et théâtralisme traduisent le caractère artificiel de l'engagement du corps dans l'action, dans la relation à l'autre. Les bizarreries du comportement, les mouvements désordonnés, les actes disharmonieux, sont autant d'éléments témoignant d'une segmentation du corps ou du manque de lien entre les différentes parties du corps. Tout semble parfois se passer comme si chacune des parties était vécue indépendamment des autres.

La discordance comportementale peut aboutir à l'ambitendance, conduisant à minima à l'aboulie et à l'extrême, à la catatonie. En témoignent les écrits de Ey qui considère la catatonie comme «le refuge dans l'immobilité, la fuite devant la réalité, le retour à des comportements archaïques, le désir de s'enfoncer dans son propre corps»³¹.

Enfin, l'impact des neuroleptiques est non négligeable sur les troubles de la perception du corps. Même si tous les patients n'en sont pas atteints, et que tous les neuroleptiques n'ont pas la même incidence, les effets moteurs (effets extrapyramidaux précoces, syndrome

³⁰ Jenkins G, Röhricht F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review. Psychopathology. 2007; 40(5): 361–8.

² Morin C, Thibierge S. L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. L'Évolution Psychiatrique. 2004 Jul; 69(3): 417–30.

³¹ Garrabe J. Les études cliniques et psychopathologiques sur la schizophrénie de H.Ey. Empêcheurs/Synthelabo; 1996.

parkinsonien, syndrome hyperkinétique, dyskinésies tardives) comptent parmi les effets secondaires fréquemment rencontrés.

3. Retentissement dinique

Un certain nombre de comportements et de conduites observables chez les patients, résultent de cette manière pathologique de vivre le corps. Certaines de ces conduites constituent de véritables stratégies de défense, face à la menace de morcellement.

L'inhibition et le repli peuvent constituer un moyen de lutter contre toute menace d'intrusion relayée par la présence de sensations corporelles écrasantes et insupportables.

L'autisme schizophrénique correspond dans cette perspective, à l'organisation progressive d'un monde hermétique, dans lequel les données spatiales et temporelles sont exclues afin de se protéger face à la menace de désintégration. L'ensemble de ces conduites témoigne à différents degrés, de la « retraite intérieure » possible de nos malades entrainant de fait une discordance avec le monde extérieur.

Les manifestations d'automutilations (brûlures, scarifications,...) relèvent dans certains cas, d'une stratégie défectueuse visant à reprendre conscience de ses limites corporelles et ainsi, de convaincre les malades de leur propre existence³².

Il est également fréquent d'observer chez les malades, l'expression de nombreuses plaintes douloureuses sans base organique évidente. Le sens de ce vécu douloureux, pourrait être de maintenir des sensations dans le corps et ainsi de s'opposer au sentiment de dépersonnalisation. La douleur dans le corps pourrait alors fixer des repères, des limites, traduisant un intense travail psychique visant à recoller les morceaux du corps. La douleur participe en effet de manière normale à l'élaboration de l'image du corps, ainsi qu'à ses remaniements modifiant l'investissement libidinal du corps. Georges Pous perçoit dans ce type de douleurs une tentative de « maîtrise du plein »³³.

Ce type de sensations peut être recherché par les patients de différentes manières : par l'ingestion de substance (potomanie); par la réalisation de mouvements répétitifs et rythmés;

_

³² Anzieu D. *Le Moi-peau*. Dunod. Paris; 1995.

³³ Pous G. *Thérapie corporelle des psychoses*. L'harmattan; 1995.

par la mise en tension musculaire riche en perception et assurant une dominance de sensations connues,...

Le manque de soin apporté au corps, la saleté peuvent également servir de moyen de protection et de contenance contre la néantisation. Il est en effet fréquent d'observer les patients ajoutant des couches de vêtement les unes aux autres, quand leurs défenses contre le morcellement commencent à s'effondrer. N'est-ce pas pour eux un moyen facile mais illusoire de se constituer « une armure » les protégeant contre toute forme d'éclatement ?

Dans certaines perspectives, le délire est assimilé à une ultime tentative de restructuration de l'unité corporelle menacée par l'impression d'éclatement de la conscience de soi. Le corps, perdant son identité matérielle, peut être interprété comme « rationnalisation » secondaire, comme tentative de restructuration de la réalité à partir de la perte du sentiment d'exister.

4. Abord phénoménologique

On retrouve au sein de la littérature phénoménologique une large variété de troubles relatifs à l'expérience corporelle dans la schizophrénie. Les termes de « désappropriation du corps», de « désincarnation » sont couramment utilisés²⁵.

Le malade ayant perdu le sentiment d'unité, d'harmonie du moi avec la vie, et privé de la faculté d'assimiler tout ce qui est mouvement et durée, tend à construire son comportement en fonction d'une logique qui lui est propre. Il perd son activité intuitive, et se dépense dans le rationalisme morbide fait de raisonnements logiques poussés à l'absurde.

La durée est paralysée ou niée, le temps ne compte pas. Tout est spatialisé : soit dans la pensée, soit dans le corps, soit dans l'espace extérieur (géométrisme morbide). La symétrie et la stéréotypie occupent d'une manière obsessionnelle et mécanique, la place du vécu³⁴.

Pour Minkowski, «l'individu cherche à combler la lacune qui se forme en lui en se raccrochant à des phénomènes dont il dispose encore »³⁵.

25 ibid.

²⁵ Stanghellini G, *op. cit*.

³⁴ Resnik S. *Personne et psychose*. Payot. Paris; 1973

³⁵ Minkowski E. *La schizophrénie*. Pavot: 1927.

³⁴ ibid.

Si le corps ne contribue pas à donner un sens à la réalité, à l'existence, le malade schizophrène peut demander à son entourage de lui fournir les codes de compréhension, et d'intégration de la réalité. Il peut avoir le sentiment que son existence ne peut se définir que par rapport à l'action d'autrui. Ce sont les autres qui vont permettre une structuration précaire de son identité.

Ce formalisme rend compte ainsi des tentatives d'appel à l'aide, de la chronicisation fréquente de nos patients et de la délégation aux autres des soins, des décisions et de l'élaboration des représentations. Dans certaines formes déficitaires de la maladie, le patient ne se reconnaissant pas d'existence propre, délègue à l'entourage l'ensemble de son activité mentale, agissant comme si son identité ne pouvait être qu'une menace pour lui.

La désincarnation du soi, de la relation aux objets, des relations interpersonnelles, mènent toutes à une sorte de monde où le malade schizophrène vit et se comporte tel « un corps sans esprit ou un esprit sans corps »³⁴.

Dans la conception phénoménologique, le soi désincarné est une entité commune aux différentes dimensions schizophréniques. Le malade semble contempler sa propre existence de l'extérieur creusant ainsi, le dualisme entre le corps sujet et le corps objet.

Les sensations, les perceptions, les pensées, ayant perdues leurs familiarités, le malade fait appel au sens pour comprendre son ressenti et ses expériences, qui ne sont plus faites en première personne. Cela contribue à objectiver le phénomène, et donc à en faire l'expérience avec une certaine distance jusqu'à la rendre étrangère à soi-même.

Dans la maladie, l'individu ne perd pas seulement la possibilité d'un simple contact sensoriel avec l'ambiance, mais la dynamique de ces contacts ; c'est-à-dire tout ce qui fait le caractère vivant de la relation du sujet à autrui²⁵. Le malade perd le contact vital avec le monde, un contact nécessaire pour être un soi et prendre part aux relations sociales.

La structure défectueuse du soi peut devenir un obstacle à l'harmonisation intercorporelle entre soi et les autres personnes. L'autisme schizophrénique peut provenir de cette incapacité à entrer dans une harmonie relationnelle avec les autres.

.

³⁴ ibid.

²⁵ ibid.

Minkowski considère la « *perte du contact vital* » avec la réalité, comme le trouble initial de la schizophrénie³⁵. Il en déduit les symptômes cardinaux et les manifestations les plus caractéristiques. Les malades perdent ce contact sans que leur appareil sensitivo-moteur, sans que leur mémoire, ni leur intelligence, soient altérés. Le contact vital avec la réalité vise le fond, l'essence de la personnalité vivante dans ses rapports avec l'ambiance.

Le schizophrène tout en sachant où il est, ne se sent pas à la place qu'il occupe, ne se sent pas dans son corps : *«le j'existe n'a pas de sens précis pour lui »* ³⁵. La destruction du Moi s'accompagne simultanément d'une perte de la relation à l'histoire.

C. Etudes mesurant les troubles de l'expérience corporelle

On retrouve quelques anciennes études aux niveaux de prévalence variables.

Une étude de 1967 rapporte une prévalence variant de 15 à 30 % de trouble de l'image du corps chez les patients schizophrènes³⁶. Des prévalences de 30 à 74% sont retrouvées quand les hallucinations somatiques sont prises en compte^{37 38}. Huber avance en 1979 une prévalence de 73,2% de survenue de manifestations cénesthésiques¹⁶.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature actuelle de données concernant la prévalence de ce type de troubles. Les différences de terminologie rendent difficile la recherche et la mise en commun des données relatives au champ de l'expérience corporelle.

En plus des différences conceptuelles déjà exposées, la terminologie varie suivant les pays. En France ainsi que dans les pays d'Europe centrale on aborde la notion de cénesthésie et d'une forme de schizophrénie cénesthésique, alors que la littérature anglo-américaine utilise plus généralement les termes d' « hallucinations des sens du corps » et d' « aberrations de l'image corporelle ».

. .

³⁵ Ibid.

³⁶ Lukianowicz N. "Body Image" Disturbances in Psychiatric Disorders. Br J Psychiatry. 1967 Jan 1; 113(494): 31–47.

³⁷Röhricht F, Priebe S. Body image of patients with acute paranoid schizophrenia. A follow-up study. Nervenarzt. 1996 Jul; 67(7): 602–7

³⁸Braunig P. Cenesthopatic schizophrenia, Prevalence and symptomatology. Body experience in schizophrenia. 1998;55–66.

¹⁶ Huber G, op. cit.

1. Etudes identifiant un sous-groupe caractérisé par des troubles cénesthésiques

Comme nous l'avons dit, Huber identifie dans les années 50 un sous-type de schizophrénie ou « schizophrénie cénesthésique », qui comprenant des caractéristiques propres : - meilleur pronostic

- risque d'évolution vers la schizophrénie typique rare
- moyenne d'âge d'entrée dans la maladie plus précoce
- prédisposition sexuelle masculine.

Dans la lignée de ces travaux, certains auteurs plaident également en faveur d'un sous-groupe de patients schizophrènes bien identifié et caractérisé par des sensations anormales du corps. Braunig suggère en 1998 une prévalence de ce sous-groupe de 6,25%³⁸. Leonhard parle de « **systematic hypochondriacal paraphrenia**» comme d'un sous-groupe de schizophrénie paranoïde³⁹.

Une étude réalisée en 2002⁴⁰ identifie un sous-groupe (environ 25% des patients schizophrènes de l'échantillon) présentant des troubles majeurs de l'expérience corporelle. On retrouve dans cette population, un ensemble d'anomalies de l'éprouvé corporel caractéristique : sous-estimations des extrémités basses du corps, impressions de désomatisation, diminution ou perte des limites corporelles... Ce groupe est également caractérisé par un score élevé en termes de « psychopathologie du Moi » à l'admission (trouble du soi, de la conscience de soi mesurée par l'Ego-Psychopathology de Scharfetter).

Cette corrélation permet aux auteurs de mettre en évidence une relation étroite entre troubles du soi, et troubles de l'expérience corporelle.

Pour l'ensemble de ces auteurs, les troubles cénesthésiques représenteraient une dimension psychopathologique particulière, impliquant un mode de prise en charge spécifique centré sur une approche corporelle⁴¹.

-

³⁸ Ibid

³⁹ Leonhard K. *Aufteilung der endogenen psychosen und ihre diferenzierte.* Akademie Verlag; 1986.

⁴⁰ Röhricht F, Priebe S. Do cenesthesias and body image aberration characterize a subgroup in schizophrenia? Acta Psychiatr Scand. 2002 Apr; 105(4): 276–82.

⁴¹ Scharfetter C. The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, border-line disorders and depression. Private Publication; 1995.

2. Etudes mesurant les troubles de la perception du corps

Une étude réalisée en 1995 sur 550 patients⁴², met en évidence une prévalence haute de sensations corporelles étranges chez des patients schizophrènes comparativement à des patients maniaques et dépressifs. Certaines caractéristiques cliniques corporelles propres à la schizophrénie se dégagent (sensations de pénétration, d'injection, de rotation; absence d'une partie du corps, impression de changement de sexe...).

Les auteurs rapportent des propos concernant des anomalies corporelles structurales plutôt que fonctionnelles chez les patients schizophrènes. Les propos sont également plus techniques et plus détaillés que ceux des patients mélancoliques. Ces données apportent là des éléments de compréhension sur la question de l'intégration du corps dans la schizophrénie au sein de laquelle, les aspects mécaniques et fonctionnels du corps semblent prendre le dessus sur les aspects affectifs et ressentis.

Les auteurs attestent également d'une surreprésentation de plaintes de la partie gauche du corps dans la schizophrénie, et de la partie droite dans les autres pathologies. Ils posent à partir de cela, l'hypothèse d'une atteinte du lobe temporo-pariétal droit, entraînant une attention corporelle excessive et anormale pour l'hémicorps gauche.

Bon nombre d'observations cliniques rapportent une diminution de la réactivité comportementale à la douleur chez les patients schizophrènes. Combien de fois avons-nous pu remarquer que de nombreux patients se brûlaient avec leurs cigarettes sans réagir ?

Bleuler rapportait une apparente insensibilité à la douleur chez ses patients, au niveau de nombreuses parties du corps et de la peau.

L'hypothèse classique consiste à expliquer ce phénomène par l'existence d'une diminution de la sensibilité à la douleur chez les malades.

La littérature actuelle met en avant une difficulté pour les malades à porter attention à leurs perceptions sensorielles, plutôt que l'existence d'un véritable déficit sensoriel.

Les patients ayant une perception altérée de leurs besoins physiques, donneraient ainsi l'impression d'une certaine forme de tolérance à la douleur. Il s'agirait plus d'une indifférence à la douleur que d'une réelle insensibilité.

⁴² McGilchrist I, Cutting J. Somatic delusions in schizophrenia and the affective psychoses. Br J Psychiatry. 1995 Sep; 167(3): 350–61.

Une revue de la littérature réalisée en 2008⁴³, met en évidence la présence d'un mode d'expression différent de la douleur plus qu'une réelle analgésie. Ce mode d'expression différent, serait le fait de troubles de la communication, de troubles de l'image du corps et de troubles cognitifs liés à la reconnaissance des émotions.

3. Etudes mesurant les troubles de la représentation du corps

Les troubles de l'image du corps dans la schizophrénie ont longtemps été strictement considérés comme délires ou hallucinations.

La manière d'appréhender la schizophrénie ayant changé à partir des années 90, ce type de trouble a été reconsidéré à la lumière des avancées neurocognitives.

Dans une étude de 2001⁴⁴, l'aspect cognitif du sens du corps comprenant les capacités de conceptions/représentations du corps (Echelle visuelle analogique, Body Distorsion Questionnaire) et l'aspect perceptuel du corps (Image Marking Procedure) ont été étudiés.

On y retrouve des aberrations de l'image du corps apparaissant spécifiquement chez les patients schizophrènes paranoïdes et schizo-affectifs. Il s'agit d'anomalies de perception de la taille du corps (composante perceptuelle), et plus particulièrement d'anomalies de sous-estimation de la taille des jambes (composante cognitive représentative). Cette dysfonction ne semble pas être en lien avec une distorsion générale de la perception, puisqu'elle n'est pas généralisée à l'ensemble du corps.

Ce phénomène de sous-estimation de la taille des jambes est expliqué par les auteurs comme un syndrome de négligence sur la base des processus défectueux du système nerveux central, impliquant à la fois la sensibilité et le cortex associé.

Les auteurs distinguent les troubles de la composante perceptuelle et représentative du corps des autres symptômes, les considérants comme spécifiques de la pathologie de l'image du corps dans la schizophrénie. Ils observent également une atténuation des troubles représentatifs du corps sous traitement médicamenteux, à l'inverse des troubles perceptifs qui eux, ne changent pas.

⁴³ Bonnot O, Tordjman S. Schizophrénies et réactivité à la douleur. La Presse Médicale. 2008 Nov; 37(11): 1561–8.

⁴⁴ Priebe S, Rohricht F. Specific body image pathology in schizophrenia. Psychiatry Research. 2001; (101): 289–301.

Koide s'intéresse en 2002⁴⁵ à une cohorte de 93 patients schizophrènes à l'aide du Body Image Questionnaire, étudiant les troubles de l'image du corps au travers des composantes anatomiques, fonctionnelles et psychologiques.

Les résultats mettent en évidence les aspects aberrants de l'image du corps des patients schizophrènes. Les éléments les plus souvent rapportés concernent : une platitude dans les mouvements, une faiblesse, une fonction de l'appareil digestif anormalement importante (composante fonctionnelle), une dévitalisation et une fragilité (facteurs psychologiques). Ces résultats sont indépendants des effets des traitements neuroleptiques.

Rajender en 2009¹¹ utilise plusieurs outils dont l'échelle BSABS (Bonn Scale for Assessment of Basic Symptoms)/catégorie cénesthésie, pour évaluer 70 patients schizophrènes.

Les items les plus fréquemment retrouvés à la BSABS sont: la dépersonnalisation, la faiblesse motrice, les douleurs anormales, la raideur et l'engourdissement.

La sous-évaluation des extrémités basses ainsi que l'impression de changement de taille du corps, sont mises en avant et semblent témoigner d'une perturbation de la représentation de celui-ci. Ces anomalies sont corrélées positivement aux troubles cénesthésiques (présents chez 40% des patients) ainsi qu'aux scores de la PANSS et s'améliorent avec la régression des symptômes.

Dans un registre différent, plusieurs études utilisant le test de Rorschach ont été menées. Ce test est considéré par certains auteurs⁴⁶ comme étant en rapport direct avec le corps. L'organisation spatiale des taches d'encre et leur symétrie, permettrait une identification avec l'image du corps et la représentation de soi.

Dans les tests effectués, des images évoquant une "masse de chair" sont souvent retrouvées dans les réponses des patients schizophrènes⁴⁷. L'image du corps comme « masse de chair » est interprétée comme une image de catastrophe potentielle pour le corps du patient : celle d'un corps sans défense, menacée, sans protection, faible et impotent.

⁴⁵ Koide R, Iizuka S, Fujihara K, Morita N. Body image, symptoms and insight in chronic schizophrenia. Psychiatry Clin. Neurosci. 2002 Feb; 56(1): 9–15.

¹¹ Rajender. op. cit.

⁴⁶ Lottenberg N, Yazigi L. The Rorschach and the body. Rorschachiana. 2009; (30): 3–25.

⁴⁷ Koide R, Chien C, Lizuka S, Morita N. A mass of flesh: schizophrenic Rorschach percepts. Comprehensive Psychiatry. 2002; (43(6)): 474–7.

4. Approches cognitive et neuroscientifique

Les travaux cognitifs et neuroscientifiques abordent la schizophrénie en tant que pathologie de la conscience de soi. Bon nombre d'études se sont intéressés aux troubles de la conscience de l'action dans la schizophrénie, considérant un lien entre dysfonctionnement de la perception du corps en mouvement, et trouble de la conscience de soi.

Il arrive que les malades aient du mal à distinguer des actions voulues et exécutées par eux-mêmes, d'actions voulues et effectuées par d'autres. Tantôt ils se croient manipulés par autrui et ne parviennent plus à reconnaître l'efficacité dynamique de leurs intentions dans le déroulement de l'action ; tantôt ils sont certains de manipuler les autres, interprétant les actions d'autrui comme produites par leurs propres intentions.

Un certain nombre de symptômes positifs (syndrome d'influence, divulgation des pensées, idées de référence, automatisme mental) seraient, dans cette perspective, directement liés à un trouble de l'action volontaire⁴⁸.

Les approches neurocognitives actuelles défendent l'idée que le trouble sous-jacent à ces symptômes positifs affecterait la fonction exécutive, c'est-à-dire l'ensemble des mécanismes assurant la formation d'intentions, la planification et l'exécution de l'action. Les perturbations de la conscience d'agir, liés à ces perturbations exécutives, affecteraient à leur tour la représentation de soi.

Le sens de l'agentivité est défini comme la capacité de se reconnaitre comme auteur d'une action. Il constitue, d'un point de vue cognitif, une des composantes nécessaire à la représentation de soi⁴⁹. Cette composante a été évaluée dans diverses études et est apparue particulièrement perturbée chez des patients schizophrènes souffrant de symptômes de premier rang⁵⁰ ⁵¹. Les patients schizophrènes présenteraient ainsi une difficulté à s'identifier comme auteurs de certaines de leurs actions.

⁵⁰ Stirling JD, Hellewell JS, Ndlovu D. Self-monitoring dysfunction and the positive symptoms of schizophrenia.

Psychopathology. 2001 Aug; 34(4): 198-202.

⁴⁸ Grivois H, Proust J. Subjectivité et conscience d'agir. Approches cognitive et clinique de la psychose. Puf; 1998.

⁴⁹ Gallagher S. Philosophical conception of the self. Trend in cognitive neuroscience. 2000;4 (1)

⁵¹ Brébion G, Amador X, David A, Malaspina D, Sharif Z, Gorman JM. Positive symptomatology and source-monitoring failure in schizophrenia--an analysis of symptom-specific effects. Psychiatry Res. 2000 Aug 21; 95(2): 119-31.

D'autres travaux posent l'hypothèse d'une confusion de la source du mouvement dans la schizophrénie.

Une étude réalisée en 2004⁵² a cherché à évaluer les différences entre des patients schizophrènes ayant des symptômes de premier rang, et des « patients contrôles » au cours de la réalisation d'une tâche d'attribution. Des examens d'imagerie ont été réalisés dans le même temps, afin d'observer les zones cérébrales s'activant durant les tâches.

Les résultats des patients schizophrènes mettent en évidence des anomalies dans la reconnaissance de leurs propres actions. En effet, les patients atteints de symptômes de premier rang feraient preuve d'une capacité moindre pour moduler l'activité des zones (lobules pariétales inférieur droit) permettant la reconnaissance de l'origine de l'action. Cette perturbation serait directement à l'origine de confusions entre ce qui émane du sujet, et ce qui ne lui appartient pas.

Afin d'expliquer des symptômes tels que l'automatisme mental et le délire d'influence, plusieurs auteurs postulent pour l'existence d'un trouble de l'identification de la source de l'action qu'elle soit physique ou mentale. Cette anomalie conduirait les patients souffrant de symptômes de premier rang, à attribuer à tort leurs propres actions à quelqu'un d'autre⁵³, sans qu'ils aient pour autant un petit score de QI ou de mauvaises capacités d'attention et de mémoire⁵⁰.

Ce type d'anomalie pourrait également conduire certains malades à s'auto-attribuer à tort, des actions commises par d'autres⁵⁴.

Ces perturbations du champ de la reconnaissance des actions et de soi, pourraient être en lien avec des anomalies cérébrales concernant le lobe pariétal (normalement impliqué dans la représentation du corps et des limites du soi physique)^{55 56} et la jonction temporo-pariétale⁵².

⁵² Farrer C, Franck N, Frith CD, Decety J, Georgieff N, D' Amato T, et al. Neural correlates of action attribution in schizophrenia. Psychiatry Res. 2004 May 30; 131(1): 31–44.

Farrer C, Franck N. Sens du corps dans la schizophrénie. L'Encéphale. 2009 Feb; 35(1): 43–51.

⁵⁰ Stirling JD, Hellewell JS, Ndlovu D, *op. cit.*

⁵⁴ Haggard P, Martin F, Taylor-Clarke M, Jeannerod M, Franck N. Awareness of action in schizophrenia. Neuroreport. 2003 May 23: 14(7): 1081–5.

Verdoux H, Liraud F, Droulout T, Theillay G, Parrot M, Franck N. Is the intensity of Schneiderian symptoms related to handedness and speech disorder in subjects with psychosis? Schizophr. Res. 2004 Apr 1; 67(2-3): 167–73.

⁵⁶ Niznikiewicz M, Donnino R, McCarley RW, Nestor PG, Iosifescu DV, O'Donnell B, et al. Abnormal angular gyrus asymmetry in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2000 Mar; 157(3): 428–37.

Des études ont pu mettre en évidence, chez des patients présentant un score élevé sur l'échelle d'évaluation des symptômes positifs, une hyper-activation de la région pariétale droite aussi bien au repos⁵⁷, que lors de tâches d'attribution de mouvement⁵⁸.

L'activité exagérée de cette région observée chez les patients schizophrènes, pourrait témoigner d'une incapacité à reconnaître l'action du fait de l'impossibilité de comparer le mouvement exécuté à ses conséquences sensorielles. Plus les conséquences du mouvement diffèrent de ce qui est attendu, plus le mouvement est difficile à reconnaître⁵⁹.

Certains travaux ont pu mettre en lien des troubles du traitement de l'information du corps, avec un dysfonctionnement de l'activation du cortex de la jonction temporo pariétal dans le sens d'une activation prolongée⁶⁰.

Selon des études récentes⁶¹ ⁶², les symptômes schizophréniques apparaîtraient dans cette perspective, comme l'expression d'un dérèglement fonctionnel de la connectivité entre aires cérébrales temporales, pariétales et frontale

L'augmentation de l'activité, chez des patients présentant des symptômes schneidériens de telles zones corticales impliquées dans le traitement du langage ou de l'action, pourrait être le fait d'une hypo-frontalité, et de l'absence du processus d'inhibition normalement exercé par le cortex préfrontal sur des aires plus postérieures⁶³.

La désinhibition consécutive de telles régions entraînerait une activité exagérée, génératrice d'impressions d'invasions par le monde extérieur ressenties par ces patients⁶⁴.

⁵⁷ Franck N, O'Leary DS, Flaum M, Hichwa RD, Andreasen NC. Cerebral blood flow changes associated with Schneiderian first-rank symptoms in schizophrenia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2002; 14(3): 277–82.

⁵⁸ Farrer C, Franck N, Georgieff N, Frith CD, Decety J, Jeannerod M. Modulating the experience of agency: a positron emission tomography study. Neuroimage. 2003 Feb; 18(2): 324–33.

⁵⁹ Shergill SS, Samson G, Bays PM, Frith CD, Wolpert DM. Evidence for sensory prediction deficits in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2005 Dec; 162(12): 2384–6.

⁶⁰ Arzy S, Mohr C, Michel CM, Blanke O. Duration and not strength of activation in temporo-parietal cortex positively correlates with schizotypy. Neuroimage. 2007 Mar; 35(1): 326–33.

⁶¹Giovacchini G, Squitieri F, Esmaeilzadeh M, Milano A, Mansi L, Ciarmiello A. PET translates neurophysiology into images: A review to stimulate a network between neuroimaging and basic research. J. Cell. Physiol. 2011 Apr; 226(4): 948–61.

⁶² Nakamura M, McCarley RW, Kubicki M, Dickey CC, Niznikiewicz MA, Voglmaier MM, et al. Fronto–Temporal Disconnectivity in Schizotypal Personality Disorder: A Diffusion Tensor Imaging Study. Biol Psychiatry. 2005 Sep 15; 58(6): 468–78.

⁶³ Liddle PF, Friston KJ, Frith CD, Frackowiak RS. Cerebral blood flow and mental processes in schizophrenia. J R Soc Med. 1992 Apr; 85(4): 224–7.

⁶⁴ Jeannerod M. Les troubles de la reconnaissance de soi: une approche neuropsychologique des symptômes positifs de la schizophrénie. M/S : médecine sciences. 2003; 19(5): 621–4.

Ainsi, quelle que soit la discipline concernée ou la terminologie utilisée, les données provenant de l'observation des patients et de la littérature attestent de la manière pathologique dont le patient schizophrène vit son corps, en général.

Le corps porte à différents niveaux les stigmates de la maladie psychique. Il est toujours lieu d'expression de la psychose et parfois lieu de refuge. L'ensemble des manifestations décrites, indiquent la mise en péril de l'unicité de la conscience du corps.

Ces symptômes sont courants, laissant les soignants régulièrement désarmés face à la diversité des demandes de soins physiques.

La connaissance de ce type de symptômes propres à l'expérience corporelle, permet une meilleure compréhension des processus psychopathologiques en jeu dans la schizophrénie.

Dans cette perspective, il apparait incontournable de prendre en compte le malade dans sa globalité psychocorporelle.

Le malade a aussi besoin que l'on s'occupe de son corps : mais de quelles manières et dans quels buts ?

II. Thérapies à médiation corporelle et schizophrénie

A. Principes généraux

Comme nous venons de le voir, le corps des patients schizophrènes constitue généralement un lieu de souffrance et parfois même un outil de violence.

L'expression inconsciente des maux ou du vécu émotionnel par le corps en fait souvent le vecteur d'une demande de soins.

1. Limites de la verbalisation

Face aux patients schizophrènes l'équipe soignante se trouve régulièrement confrontée à la difficulté de décrypter un appel souvent infra verbal et d'y trouver une réponse. Les patients apparaissent fréquemment en difficulté pour formuler une demande en bonne et due forme. Le discours est souvent mal à propos, désorganisé, entrecoupé d'arrêts brusques. Les difficultés de compréhension sont également nombreuses... Autant de symptômes qui rendent l'échange interhumain via la parole difficile.

En situant le patient psychotique au niveau des structures pré-oedipiennes et pré-conflictuelles, Gisela Pankow considère la psychose comme échappant totalement aux lois de l'ordre symbolique qui touche l'organisation du langage : « La différence entre la névrose et la psychose consiste en ce que des structures fondamentales de l'ordre symbolique, qui apparaissent au sein du langage et qui contiennent l'expérience du corps, sont détruites dans la psychose et déformées dans la névrose » 65.

La possibilité d'un échange avec autrui est inconstante chez le patient psychotique. Il est classiquement admis d'un point de vue analytique que le malade ne peut véritablement établir de relation transférentielle en raison de ses angoisses, de ses désirs de fusion et de séparation. Le processus dialectique de l'échange entre soi et l'autre, au cours duquel chacun peut se reconnaître avec une identité le séparant de l'autre, apparaît perturbé dans la psychose.

⁶⁵ Pelsser R. Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique. Santé mentale au Québec. 1984; 9(1): p. 80–96.

Le malade se trouve confronté à un paradoxe dans son rapport à l'objet : l'objet est à la fois source de jouissance car comblant tous ses besoins, et source d'anéantissement car non distinct de lui⁶⁶.

Tout se passe comme si le malade était resté fixé au premier stade de la relation d'objet. La relation est une relation duelle, archaïque, au sein de laquelle l'indistinction est régie par le clivage et où les processus primaires sont rois.

Freud avait estimé dans cette mesure que l'instrument fondamental de la cure, ou relation transférentielle, n'était pas utilisable dans la psychose. L'accès à l'autre étant difficile sinon impossible.

Un certain nombre de pionniers parmi lesquels Federn et Sechehaye, ont montré à l'encontre de Freud, que les malades psychotiques étaient capables d'établir une relation transférentielle spécifique, appelée transfert psychotique.

Ce type de transfert apparaissant à la fois massif et fragile, rend le déroulement du travail psychothérapeutique particulièrement difficile. La place du soignant en général, n'est jamais assurée au sein de ce type de relation thérapeutique.

Les propos du soignant, ou même simplement sa présence peuvent rapidement être perçus comme intrusifs, menaçants pour le patient, suscitant parfois un rejet massif. A l'inverse, cette présence semble être parfois sans aucun effet rendant le lien impossible à tisser, le rejet n'étant alors même plus nécessaire. Il arrive également que le malade choisisse d'autres personnes que le thérapeute pour être le support de son transfert⁶⁷.

La relation duelle n'utilisant que la parole parait ainsi fort difficile à manier dans l'espace clos du bureau avec nos malades schizophrènes. Tout l'enjeu réside alors dans la recherche de modes d'approches plus faciles, et plus adaptés à cette spécificité relationnelle.

Il nous semble important de trouver une interface qui permette « d'établir le contact », de créer les conditions d'une rencontre, favorisant la genèse d'un espace commun dans lequel le soignant et le soigné seront en relation directe. C'est à l'intérieur de cet espace de réalité partagée que va pouvoir alors évoluer la relation psychothérapique.

Il s'agit de rendre la problématique des malades psychotiques accessible à l'approche thérapeutique en constituant un système de médiation.

⁶⁶ Racamier P.C. L'interprétation psychanalytique des schizophrénies. EMC. 1976; 37-291- A-10.

⁶⁷ Sivadon P, Gantheret F. La rééducation corporelle des fonctions mentales. ESF. Paris; 1973

Ce système doit permettre la construction d'une ambiance commune et doit produire les conditions de l'émergence d'une parole « *là où elle fait défaut, là où elle est en souffrance* »⁶⁸.

2. Principe de médiation

L'introduction d'un système de médiation a pour but d'ouvrir une voie menant à une élaboration plus vivante et plus constructive.

Le médiateur doit pouvoir assouplir les tendances radicales du malade, et avoir un rôle de support de l'action thérapeutique par l'espace qu'il crée et à partir duquel pourra s'élaborer une parole. La possibilité d'instituer un élément tiers dans la relation duelle est la garantie d'un travail thérapeutique possible dans la schizophrénie.

Le médiateur est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre, c'est un entre-deux. Il constitue un objet commun à partager, et joue le rôle de lien : il crée un espace de communication, et propose un objet d'investissement facilitateur d'expérience. Il est celui qui, à la fois est au milieu et fait le lien devenu manquant. Il permet d'établir ou de rétablir un dialogue, une communication disparue ou inexistante⁶⁹.

L'espace tiers créé est garant des limites de chacun. Il constitue un espace extérieur au patient, suffisamment neutre pour permettre une élaboration à partir de ses moyens d'expression : des plus primitifs aux plus élaborés.

Il est fondamental que l'expression soit reçue et retournée au patient sous une forme assimilable afin qu'il puisse l'intégrer. Il ne s'agit pas d'interpréter ou d'expliquer, mais d'aider le malade à mettre des mots sur des situations, des objets, des ressentis, des images.

L'objet de relation doit jouer un rôle de relais entre les communications consciente et inconsciente, ainsi qu'un rôle d'articulation entre les subjectivités de deux ou plusieurs personnes : «Le médiateur sert d'interprète, de transformateur, de transmetteur, de « symbolisateur » entre la réalité psychique et la réalité externe » ⁶⁸.

Le médiateur doit être à la fois moyen de mise à distance et porteur de signification sécurisante pour permettre l'émergence de la parole.

⁶⁸ Quélin-Soulignoux D. De l'objet à la médiation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2003; (41): p.29-39.

⁶⁹ Di Rocco V. Le narcissisme primaire, une construction psychotique ? Filigrane. 2007; 16(2): p. 97–108.

3. Relation d'objet et médiation

D'un point de vue analytique, les techniques de médiation consistent à favoriser le passage d'une relation symbiotique mère-enfant à une relation médiatisée⁶⁷.

Chez l'enfant, le contact maternel dans un premier temps représente à la fois l'objet, et la sécurité. Aussitôt que l'enfant peut saisir lui-même l'objet, ce dernier devient à son tour le médiateur entre lui-même et l'autre.

On trouve dès ce stade une situation triangulaire à valeur structurante, analogue à celle que réalise bien plus tard la situation œdipienne. L'enfant représente par la suite sa relation à autrui sous forme de situations mimées, s'accompagnant petit à petit de bruits et de paroles permettant au langage de devenir le principal système symbolique ayant une valeur médiatrice.

Au cours de ce développement les représentations externes (jeux, expressions) deviennent représentations internes (sentiments, rêverie, pensée) faisant du psychisme le médiateur entre le sujet et le monde.

Le malade schizophrène, de par son fonctionnement auto-érotique infantile, entrave la relation d'objet et barre ainsi la route à la perception de la réalité extérieure.

Ce stade psychogénétique vers lequel régresserait le patient psychotique est défini par Freud comme « *anobjectal* », sans notion d'objet, l'investissement libidinal du Moi étant exclusif. D'où deux positions possibles dans le rapport à l'objet : soit le Moi ignore l'objet, soit il est confondu avec lui, sans limites différenciatrices⁶⁹. Il existe ainsi une réelle confusion entre soi et l'autre, entre dedans et dehors.

Dans cette perspective, l'élément manquant au malade schizophrène n'est pas la fusion avec la mère ou son substitut, mais l'art d'introduire une médiation dans les rapports interpersonnels lui offrant la possibilité d'une distance sans rupture.

-

⁶⁷ ibid.

⁶⁹ ibid.

Notre objectif est à partir de là, de pouvoir proposer à nos patients des situations médiatrices ayant valeur de signification pour un adulte. La grande difficulté réside dans le fait de permettre à des liens symboliques d'être, à la fois éléments de séparation favorisant l'autonomie, et facteurs d'union préservant la sécurité.

Il s'agit donc là, non pas de combler le besoin d'amour et de sécurité à l'aide d'un substitut, mais bien comme le dit Sivadon « d'interposer entre le patient et le thérapeute un médiateur symbolique agissant à la fois comme écran et comme facteur sécurisant » ⁶⁷.

Pour ce faire, il convient tout d'abord de rétablir une relation duelle immédiate, puis de favoriser le développement de systèmes médiateurs symboliques ainsi que leur intériorisation par l'aménagement de situations sécurisantes. Il faut pouvoir en effet équilibrer à tout moment l'anxiété de distanciation par une sécurisation accrue ; condition « sine qua non » pour pouvoir élaborer avec le malade les rudiments d'un dialogue vrai qui ne soit pas fondamentalement annulé par ses mécanismes de défenses.

4. Espace transitionnel et médiation

L'espace transitionnel tel que décrit par Winnicott⁷⁰ constitue un espace de médiation qu'établit la mère entre les besoins psychocorporels de l'enfant, et le milieu physique et social qui l'entoure.

Pendant les premières semaines de sa vie, l'enfant vit dans un état de toute puissance magique au cours duquel il ne fait qu'un avec sa mère. Pour renoncer à cette omnipotence, et reconnaître l'existence de la réalité extérieure distincte, il va concevoir entre l'interne et l'externe une aire intermédiaire ou espace transitionnel n'appartenant ni à l'un ni à l'autre. Une des manifestations de cet espace peut être un objet transitionnel correspondant à un objet matériel, réconfortant pour l'enfant. Sa fonction est de représenter le passage entre la mère et l'environnement, de rétablir la continuité menacée par la séparation. L'aire transitionnelle étant une zone entre le Moi et le non-Moi, l'objet transitionnel permettra le passage dans cette zone.

Les jeux entre l'enfant et l'entourage maternel explorent un espace « de l'entre-deux », un espace où les marges et les limites fluctuent.

⁶⁷ ibid.

⁷⁰ Winnicott D. Les objets transitionnels. Paris; 2010.

L'enfant développe ainsi des capacités de symbolisation et de créativité qui participeront à ce que Winnicott qualifie « d'expérience culturelle » ⁶⁸. Si cette étape du développement de l'enfant échoue et que sa croyance en la continuité de sa propre réalité interne n'est pas suffisamment établie, il arrive pour Winnicott que l'enfant se fixe dans un état psychotique.

La médiation se doit de proposer la création d'un espace « intermédiaire », d'un objet commun à partager. Cet objet doit constituer en quelque sorte le témoin de la relation existante entre le malade et le soignant.

Cette dimension est reprise dans les travaux de Gisela Pankow concernant l'élaboration de la technique de greffes de transfert. Cette technique vise à provoquer le transfert par le biais d'un objet ajouté ou greffé à l'intérieur de la relation patient-thérapeute. Il s'agit là, de développer une technique permettant au patient d'avoir accès à l'autre, impliquant la distinction d'un moi et d'un non-moi, et la reconnaissance des limites corporelles.

Ainsi, le langage assume trop souvent une fonction défensive dans l'univers du patient schizophrène. Là où la parole ne suffit pas, l'organisation psychotique exige d'utiliser des méthodes d'échange à la hauteur des besoins de nos patients.

L'approche par le corps permet d'aborder le patient dans les registres du primaire et de l'archaïque, en deçà de la représentation et de la mise en mots. Le corps du malade pourrait de ce fait constituer le vecteur d'une relation privilégiée.

B. Le corps médiateur

1. Le corps médiateur d'expression

L'approche corporelle permet de considérer l'individu dans sa globalité et dans son unité alors que bien souvent, la prise en charge du patient est intégralement centrée sur l'expression verbale de sa pathologie mentale. L'organisation psychotique exige la reconstruction d'une continuité psychocorporelle.

⁶⁸ ibid.

Le corps est le lieu de l'histoire et de la préhistoire de chacun. Il est le réceptacle incarné d'une mémoire corporelle souvent ignorée. Il véhicule tout un langage (affects, émotions) occupant une place importante dans la communication sans emprunter le chemin des mots.

Le corps est objet médiateur d'expression et constitue un moyen de mise en relation entre le monde et soi, entre soi et les autres⁶⁹. Il permet une rencontre intersubjective au travers de la singularité de chaque expérience. La forme la plus simple de communication interhumaine passe par le corps, par l'action en commun : « c'est en adoptant les mêmes attitudes envers les objets, en poursuivant le même objectif que s'établit le plus aisément le contact entre les individus» ⁶⁷.

La médiation corporelle ouvre la possibilité de « jouer » avec le corps, de l'utiliser comme « *enjeu relationnel entre deux psychés et entre la psyché et le monde* » ⁷¹.

Pour Sechehaye le corps « fait partie du sujet et de l'objet », il a pour fonction « de relier notre Moi au monde extérieur et à autrui » ⁶⁹. Il indique la voie d'accès aux fonctions mentales défaillantes.

Il nous semble ainsi nécessaire de « passer par le corps » pour établir un contact vrai avec les adultes psychotiques. Le soignant peut occuper cette place intermédiaire situé entre le corps et la psyché du malade. Le corps du malade nous parle, il est mémoire vivante car marqué de l'histoire de l'individu. Il rattache le patient à la réalité et peut ainsi devenir une « zone d'échange hors de la folie ».

2. Le corps lieu d'existence

En favorisant le jeu du corps médiateur d'expression et lieu d'expériences de sensations, la primauté est donnée à l'expérience vécue. Le corps peut alors être réintégré comme lieu d'expérience et d'existence. La réhabilitation du ressenti vise à la reconquête d'un « corps senti, ému, pensé» ⁷² dans une perspective intégrative sensorielle, affective, intellectuelle et spirituelle.

⁶⁹ ibid.

⁶⁷ ibid.

⁷¹ Aulagnier P. Naissance d'un corps, origine d'une histoire. Corps et histoire. IVième rencontre psychanalytique d'Aix en Provence. Paris. Les Belles lettres. 1986.

⁷² Sechehaye M. *Journal d'une schizophrène*. Puf. Paris; 2000.

La mise en mouvement du corps peut permettre au malade d'expérimenter de nouvelles sensations : le corps peut être à la fois agi et perçu. La découverte de nouvelles sensations ou la redécouverte de sensations perdues, aide à l'intégration d'une image corporelle plus unifiée, condition nécessaire à l' « incarnation » du corps. Nous aurons l'occasion de détailler ces notions dans la suite de notre développement.

Pour Gisela Pankow, toute approche authentique de la psychose ne peut se développer préalablement qu'autour de la notion d'image du corps ; c'est-à-dire autour d'éléments antérieurs au langage et au conflit œdipien, à un stade où il n'existait pas de distinction entre l'intérieur et l'extérieur, entre le corps propre et l'objet.

C'est pourquoi, pour Pankow, tenter de donner une interprétation du refoulé n'a pas de sens, celui-ci exigeant l'existence d'un dedans et d'un dehors ainsi que d'une possibilité de représentation, de symbolisation. C'est seulement à partir du moment où le corps est reconnu comme corps limité, fonctionnel et sexué que le malade pourra avoir accès au désir de l'autre et entrer dans sa propre histoire.

Il s'agit avant tout de donner des limites au corps, de remettre les « morceaux » du corps ensemble, de redonner une cohérence fonctionnelle au corps, de sorte que le corps devienne habitable et que le malade psychotique puisse apprendre à l'habiter. Toute partie du corps redécouverte représente ainsi une victoire sur le processus de la psychose.

Le corps, vecteur d'expression et lieu d'existence représente donc un médiateur privilégié dans la relation à soi et dans la relation à l'autre. Il constitue ainsi un élément sur lequel et surtout par lequel le soignant peut agir.

3. Historique des pratiques corporelles

Les plus anciens écrits font état de pratiques de mobilisation corporelle dans le traitement de la folie⁷³.

Dans l'Antiquité, parallèlement aux pratiques charlatanesques, le traitement de la folie est basé sur des principes d'hygiène tel que l'exercice physique. Au Moyen Age, la maîtrise de la folie se manifeste par la maîtrise du corps : tortures, bûcher, chaînes, prison,... en lien avec la croyance en l'origine surnaturelle des maladies.

⁷³ Dubois O, Nuss P, Revel S. Techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique. Elsevier. EMC. 2003; 37–870–A–10.

« S'il est vrai que la folie est agitation irrégulière des esprits, mouvement désordonné des fibres et des idées elle est aussi engorgement du corps et de l'âme, stagnation des humeurs, immobilisation des fibres dans leur rigidité, fixation des idées et de l'attention sur un thème qui, peu à peu, prévaut sur tous les autres. Il s'agit alors de rendre à l'esprit et aux esprits, au corps et à l'âme, la mobilité qui fait leur vie. » ⁷⁴.

Telle était l'idée de la cure pour les auteurs classiques du XVII^e siècle, consistant à susciter chez le malade un mouvement qui soit à la fois régulier et réel, et qui puisse obéir aux règles des mouvements du monde. Le mouvement constituait dans cette perspective, une « mise au pas » prescrivant son rythme, et un appel constant à l'esprit afin qu'il sorte de luimême et rentre dans le monde. Le balancement de la mer est alors considéré comme un régulateur privilégié de la mobilité organique

La marche, la course sont alors préconisées. On recommande aussi les voyages qui en plus « changent les idées ».

Morel, développant l'humanisation de l'asile, recommande la gymnastique, ayant pour but «d'imprimer aux mouvements plus de régularité, de briser chez les aliénés leur tendance à prendre des tics particuliers, des habitudes excentriques et à laisser aller à l'automatisme et à la monotonie des actes »³³.

Au début du XX^e siècle, les psychanalystes Ferenczi et Reich prennent conscience des limites de la psychanalyse dans la prise en charge des patients psychotiques, et expérimentent de nouveaux abords thérapeutiques non verbaux.

Dans les années 50, apparaît dans les services de psychiatrie, l'idée d'un traitement par mobilisation physique des malades. On parle à l'époque de « *déblocage des schizophrènes*» ⁷³ associé à l'idée que refaire bouger et activer les malades devait améliorer leur état. Ce courant de pensées a relancé la pratique d'activités physiques en psychiatrie, dont beaucoup de techniques sont le prolongement.

⁷⁴ Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard. Paris; 1976.

³³ Pous G. op. cit.

⁷³ ibid.

Sivadon remet à l'honneur en France la place des approches corporelles dans le traitement des maladies mentales⁶⁷. D'abord à Ville Evrard, puis à l'Institut Marcel Rivière regrettant le rejet de l'aspect corporel du psychisme dans la psychiatrie moderne.

Il met en lumière des méthodes simples telles que les massages, l'éducation physique, l'expression corporelle, comme pouvant permettre au patient de réaménager certains rapports significatifs avec autrui, les objets et les lieux. Il considère les méthodes de kinéphysiothérapie qu'il développe, non pas comme des adjuvants d'actions thérapeutiques essentielles, mais bien comme des moyens fondamentaux de mobilisation curatifs de l'existence du malade mental. Il défend l'idée d'une réadaptation possible du corps à l'esprit, ainsi que du sujet au monde par la physiothérapie.

Gantheret développe à la même époque la notion de " **Gestalt tonique**", qu'il définit comme une forme de répartition de la tonicité musculaire dans les différents groupes, et dont l'équilibre ou le déséquilibre constituent des expressions de l'équilibre ou du déséquilibre du psychisme. Il considère ce complexe tonique, comme la traduction formelle du schéma corporel et comme le noyau du Moi s'établissant sur la corporéité.

Influencée par ce type de travaux Schoop, thérapeute Californienne, développe en 1959 un mode de thérapie centré sur l'expérience du mouvement et destiné aux patients schizophrènes. Ce type de prise en charge vise à amener les patients à porter leur attention et à se focaliser sur leurs mouvements propres, et leurs propres postures afin d'améliorer leur affectivité, leur motilité et leur état général⁷⁵.

Ce nouveau type de thérapies corporelles connaît ensuite un succès foudroyant aux USA. Expression corporelle, massage californien, bio-énergie, Gestalt thérapie, thérapie primale sont autant de pratiques visant à la prise de conscience du corps, tant au niveau du vécu que du schéma corporel.

Ces pratiques tendent à une connaissance des possibilités de chaque partie du corps face à lui-même et face à son environnement. L'objectif est alors de faire sortir le sujet de son isolement et de sa stérilité pathologique, en permettant la normalisation de ses rapports avec le monde extérieur.

⁶⁷ ibid.

⁷⁵ Goertzel V, May P, Salkin J, Schoop T. Body-ego technique: an approach to the schizophrenic patient. Journal of Nervous and Mental Disease. 1965; (141): p.53–60.

Plusieurs études randomisées sont menées dans les années 1970 comparant ce type de prises en charge corporelles à des pratiques de musicothérapie et de gym fitness.

Malgré leur faible valeur scientifique liée à de nombreux biais méthodologiques, elles mettent en évidence un effet bénéfique sur ce qui s'apparente à l'époque, à des symptômes schizophréniques négatifs⁷³.

Feldenkreis développe dans les années 80 une méthode nommée " *Gym analytique*" permettant à l'individu de prendre conscience de son corps et de ses possibilités⁷⁶. Il cherche, par l'activité physique, à modifier le mouvement qu'il considère comme partie intégrante de l'image du Moi. Par cette technique, l'individu doit pouvoir acquérir une meilleure maîtrise de ses actions et de son existence.

4. Travaux contemporains

Au début des années 2000, plusieurs chercheurs mettent en évidence un lien biologique entre mouvement et émotion (entre système limbique et ganglions de la base)⁴⁴. Certaines formes de thérapies corporelles par le mouvement pourraient avoir dans cette perspective, un effet sur certains symptômes négatifs tels que l'émoussement affectif et le repli autistique en favorisant la communication et le contact non verbal.

Une étude réalisée en 2006⁷⁷, étudie l'impact d'un mode de prise en charge corporel sur la symptomatologie négative dans la schizophrénie. Cette étude apparaît comme étant la seule étude exploitable dans une méta-analyse réalisée sur le sujet en 2009⁷⁸.

L'étude concerne 45 patients schizophrènes à symptomatologie négative dominante répartis en deux groupes. La moitié d'entre eux sont soumis à une prise en charge à médiation corporelle intégrative de plusieurs méthodes, dont la dance-thérapie. Les séances ont lieu par petits groupes, et ont pour but, tout en mobilisant l'ensemble des muscles du corps, de recentrer l'attention sur le corps, de stimuler l'activité émotionnelle et d'expérimenter le corps comme source de créativité, de plaisir.

⁷³ ibid

⁷⁶ Feldenkreis M. *La conscience du corps*. Marabou; 1989.

⁴⁴ Priebe S, Rohricht F. op. cit.

⁷⁷ Priebe S, Rohricht F. Effect of body-oriented therapy on negative symptoms in schizophrenia: A randomised controlled trial. Psychological Medicine. 2006; (36): 669–78.

⁷⁸ Xia J. Grant T. Dance therapy for schizophrenia (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD006868.

L'autre moitié bénéficie de groupes de parole centrés sur les symptômes de la maladie. Les deux types de prise en charge sont effectués sur une période de 10 semaines comprenant vingt sessions.

L'évaluation est réalisée à l'aide de plusieurs outils :

- la PANSS avec une attention spécifique sur les items négatifs : « émoussement affectif » et « apathie »
 - l'EPS qui évalue les effets secondaires extrapyramidaux
 - la MANSA qui évalue la qualité de vie générale par le patient lui même
 - la CAT ou Client's Assessment of Treatment Scale
- l'HAS (Helping Alliance Scale) qui évalue la qualité de l'alliance thérapeutique

Les résultats mettent en évidence, de manière significative, une diminution des scores (de 2 points en moyenne) de la PANSS concernant la symptomatologie négative (particulièrement sur les items : « émoussement affectif » et « apathie ») des patients ayant subis une prise en charge corporelle. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes au niveau de la symptomatologie positive. Il n'est pas retrouvé de différence significative à l'aide des autres outils d'évaluation.

Les auteurs comparent ces résultats avec les résultats d'études similaires ultérieures et concluent, malgré la faiblesse de l'échantillon, à une efficacité supérieure des prises en charge à médiations corporelles sur la clozapine et sur les thérapies cognitivo-comportementales pour la réduction des symptômes négatifs.

Dans un article de 2009⁷⁹, Rohricht et *al.* posent l'hypothèse d'une possible « restructuration du soi », via les psychothérapies corporelles dans la schizophrénie. Certaines interventions corporelles pourraient dans cette perspective, amener une amélioration des troubles de la perception de l'image du corps et des symptômes s'y rattachant (dépersonnalisation, anomalies cénesthésiques,...).

⁷⁹ Rohricht F, Papadopoulos N, Suzuki I, Priebe S. Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2009; (82): 19–30.

Pour vérifier leur hypothèse, les auteurs décident de s'intéresser à 24 patients schizophrènes hébéphrènes qu'ils répartissent en deux groupes : un groupe témoin, et un groupe soumis à un programme de prise en charge corporel intégratif (danse-thérapie et psychothérapie de type Néo-Reichienne à base de manipulation, pression et massage sur des segments du corps) réalisé sur 10 semaines.

L'évaluation est réalisée à l'aide de plusieurs échelles et questionnaires permettant d'évaluer :

- les troubles de la conscience de soi ou « ego-pathology » à l'aide de l'Ego-Pathology Inventory (EPI) comprenant 53 items.
- les anomalies perceptives ou « body experiences » avec l'Image Marking Procedure (IMP), le Body Distortion Questionnaire (BDQ), la Visual-Analogue-Scale (VAS).
 - la symptomatologie psychiatrique avec la PANSS.

Du fait de la faible taille de l'échantillon, les données quantitatives apparaissent faiblement exploitables. Les résultats mettent tout de même en évidence une amélioration significative des résultats du groupe actif (comparativement au groupe témoin) sur certains items de l'EPI relatifs à l'activité, la consistance et la délimitation du corps. Une amélioration de la symptomatologie négative (perte de 5 points en moyenne) apparaît également sur la PANSS. Au niveau des anomalies perceptives, il existe une amélioration de la capacité à estimer correctement les extrémités basses du corps, alors qu'une tendance à la sous-estimation est retrouvée dans le groupe témoin.

Aucune association significative entre l'amélioration de la symptomatologie négative et l'amélioration des troubles de la conscience de soi n'est par ailleurs retrouvée.

Le recueil des propos des patients au cours de l'étude, met en avant l'expression fréquente de propos en lien avec des impressions de désincarnation, des impressions de perte d'identité et des sensations anormales.

L'observation comportementale au cours, et au décours de la prise en charge rapporte également de manière générale chez les patients du groupe actif :

- une amélioration de la capacité à décomposer les mouvements
- une amélioration des habiletés à diriger les mouvements intentionnellement
- une facilitation de l'expression, des sensations corporelles et des émotions

- une facilitation des contacts interhumains et des contacts visuels au sein du groupe

- une amélioration dans la possibilité de faire des choix.

Ainsi, malgré leur nombre important et de fortes disparités, les techniques corporelles réunissent un certain nombre de caractéristiques communes semblant répondre de manière adaptée aux problématiques posées par la psychose. L'idée de l'utilisation de la médecine du corps comme médecine de « l'âme » ne nous semble pas être totalement dépassée.

L'investissement du corps peut permettre l'établissement d'une relation thérapeutique visant à la reprise d'un processus de verbalisation utilisable par les soignants. Dans une pathologie telle que la schizophrénie où le corps est désincarné, où la perception corporelle est inconstante, le travail visant à la redécouverte et à la reconquête du corps par le malade prend toute sa place.

C. Elément aquatique et schizophrénie

1. L'eau : élément médiateur

Il existe une dépendance originelle entre corps et eau, entre l'eau et son contenant corporel. Le corps et l'eau depuis la conception, sont intimement liés. En tant que surface, l'eau constitue le miroir réfléchissant de la construction de notre identité corporelle. Dans sa profondeur, elle nous plonge dans une rencontre avec nous-même.

Les propriétés spécifiques de l'eau en font un élément privilégié qui trouve toute sa place d'objet intermédiaire dans la relation thérapeutique. L'eau peut être investie comme *« élément médiateur, séparateur et liant tout à la fois*» ⁸⁰.

L'eau enveloppe, caresse, et constitue un intermédiaire tactile entre soi et l'autre. Cette propriété enveloppante permet de déterminer une zone transitionnelle, un espace intermédiaire de jeu dans lequel plusieurs types d'expériences se vivent. Ces expériences

⁸⁰ Potel C. Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité. Broché; 2009.

mettent en jeu les sensations du corps, mais également des sensations en lien avec l'environnement proche.

En se déplaçant ou en déplaçant une partie de son corps dans l'eau, un courant d'eau se crée. Ce courant est directement ressenti par soi, puis par l'autre sans qu'il faille pour cela être dans une grande proximité physique. Il n'est donc pas nécessaire dans l'eau qu'il y ait contact physique direct entre deux personnes pour ressentir l'éprouver du toucher.

De part cette spécificité l'élément aquatique est propice aux échanges, à la communication. Le milieu aquatique détermine un espace de communication dans lequel la dimension relationnelle prend toute son importance. L'évolution dans cet espace nouveau apporte les moyens d'une relation « vraie », et donne forme à un moment de partage.

Utiliser l'eau comme élément médiateur suppose que le soignant soit lui-même conscient des effets sur lui-même, ou du moins qu'il soit ouvert aux implications relationnelles que l'eau va créer entre lui et le malade. L'implication du soignant va dépendre de la capacité qu'il aura à accepter de se plonger dans « les eaux troubles ou limpide de son intimité». Le corps du soignant est autant engagé que celui du patient. Et c'est de cet engagement corporel que naît la spécificité du travail aquatique et subaquatique.

L'immersion aquatique entraîne une modification des référentiels neurologiques habituels, offrant un espace de sensorialité pure. L'eau est tour à tour celle qui berce, celle qui porte, celle qui donne forme au corps et qui se fait complice de tous les mouvements. Elle constitue en cela un véritable terrain d'expression et d'échange, au sein duquel les questions de frontières et de limites du corps se posent plus qu'ailleurs.

Le milieu aquatique de par ses spécificités propres et fortes d'une valeur symbolique reconnue, offre à nos yeux un espace de médiation parfaitement adapté aux patients psychotiques.

2. L'eau : élément symbolique

Substance mythologique, l'eau occupe une place particulière dans de nombreuses croyances, et de fait dans l'imaginaire collectif. Elle était considérée par les anciens comme le trait d'union reliant les cinq plans de l'existence humaine : physique, énergétique,

émotionnel, psychique et spirituel. Elle constituait l'indispensable fluide permettant à l'énergie vitale de se mouvoir librement⁸¹.

Les grandes civilisations se sont édifiées sur l'eau et à partir de l'eau. Elles ont souvent été anéanties par son abondance et son manque. Ces civilisations admettaient en dépendre et l'intégraient à leurs mythe, à leurs croyances.

Au regard de l'histoire de ces civilisations, il existe quatre symboliques aquatiques universelles, chacune explorée dans les différents systèmes de croyance :

• L'eau féconde

L'eau constitue dans beaucoup de cultures la matrice originelle de la création du monde. Elle est symbole originel de fécondité : sans eau, pas de vie.

Pour les Egyptiens, c'est de l'eau qu'est sorti le monde sous la forme d'un lotus. Pour les Hindous, les Dieux créateurs du monde sont nés dans l'eau. Dans la cosmologie babylonienne, ce sont les divinités de l'eau douce et de l'eau salée qui ont créé le monde 82. De nombreux dieux et déesses antiques tels que Vénus, Amphitrite, Poséidon ou Nérée sont issus des eaux et ont leurs existences liées à l'eau 83.

• L'eau purificatrice

L'eau dispose d'un caractère sacré dans certaines croyances. Elle confère la purification extérieure, mais a aussi la faculté d'effacer les difficultés et les péchés des croyants à son contact : elle peut laver le croyant de toute souillure.

Les exemples religieux sont nombreux, allant de la purification dans le Gange dans l'hindouisme, du lavage systématique des mains après la lecture de textes sacrés dans le judaïsme, des ablutions à l'eau dans l'islam jusqu'au baptême.

Le mot baptême provient du grec « baptizien » qui signifie s'immerger. Il représente symboliquement une répétition rituelle du déluge, une régénération symbolique qui permet

⁸¹ Brosseau H. L'eau, la piscine, la plongée, comme soins aux malades psychotiques chroniques. Synapse. 2001 Oct; (179): 53–60

⁸² Ravignant P. Les grands mythes de création du monde. le Mail; 1988.

⁸³ Miller P, Vandome A, McBrewster J. *Divinité: Divinités égyptiennes, Mythologie romaine, Religion grecque antique, Mythologie grecque, Religion de la Rome antique, Divinités nord- amérindiennes.* Broché; 2010.

d'accéder à l'état d'un homme nouveau considéré « fils de Dieu ». Le déluge est l'événement purificateur qui permet la fin d'une humanité et le début d'une humanité nouvelle.

L'eau dans les pratiques rituelles n'est toutefois pas que le fait des religions monothéistes puisque, avant même le judaïsme, les Mayas aspergeaient les tombes des défunts pour les purifier, et leur permettre de trouver la paix pour rejoindre les esprits⁸⁴.

• L'eau médicale

Outre l'aspect purificateur, l'eau s'est étoffée au cours des siècles et des croyances d'une faculté de guérison⁸⁵. Plusieurs signes de culte et d'adoration datant du néolithique ont été retrouvés près de sources d'eau en Europe. Longtemps, des amulettes d'eau bénite ont été accrochées à l'entrée des maisons pour protéger ses occupants du Mal.

On considère que le contact avec certaines eaux peut aller jusqu'à guérir de certaines maladies. L'exemple le plus proche, est celui du pèlerinage à Lourdes où, chaque année des milliers de gens se rendent pour se baigner dans sa source.

• L'eau diluviale

L'eau, dans la mythologie et les religions, peut aussi signifier destruction et punition.

Elle vient, par le déluge dans la Genèse, punir les méfaits des humains et symboliser le renouveau. Moïse est « tiré et sauvé des eaux » pour donner naissance à un peuple libre. En passant la mer Rouge, le peuple est libéré, immergé dans l'eau, il renaît, tout en étant préservé du passage par la mort.

Selon une légende aborigène, le Tiddalik, une grenouille géante, aurait pour punir les autres animaux, absorbé toute l'eau douce de la planète dans sa bouche.

L'eau constitue une ressource rare et vitale qui se mérite.

L'eau est ainsi symbole de vie et de renouveau, mais aussi de destruction et de punition. Les eaux symbolisent la matrice de toutes les possibilités d'existence. Dans les traditions religieuses les plus anciennes, on retrouve donc la notion d'eau primordiale avec la croyance dans l'eau qui purifie, qui sanctifie, qui chasse les démons, qui célèbre l'arrivée au monde et qui donne une vie nouvelle.

.

⁸⁴ Hidiroglou P. *L'eau divine et sa symbolique*. Albin Michel; 1994.

⁸⁵ Emoto M, Fliege J. Le pouvoir guérisseur de l'eau. Guy Trénadiel; 2012.

Dans la tradition Biblique en particulier, l'immersion symbolise la régénération totale, une nouvelle naissance car elle contient les germes de vie nouvelle. L'eau guérit et dans les rites funéraires elle symbolise la vie éternelle.

S'immerger sous la surface de la mer fait partie des plus vieux rêve de l'humanité. De nombreux mythes en attestent tel le mythe de Glaucos, pécheur en Béotie, plongeant dans la mer après avoir mâcher une herbe censée rendre immortel. Attirés par cette herbe les dieux marins accueillent Glaucos avec cordialité et prient Océanos et Thétis de le purger de sa nature mortelle afin qu'il devienne l'un des leurs. Glaucos se plut tellement au fond des eaux qu'il n'en remonta plus jamais. Il représente le premier homme, dans la mythologie, à vivre au fond de la mer.

En Crète, Minos défie Thésée de lui prouver sa filiation avec Poséidon, dieu régnant sur la mer. Pour cela il jette son anneau dans la mer et lui demande de le lui rapporter. Aidé par les dauphins, Thésée plonge et rejoint les abysses où il connaît le royaume des dieux source de connaissance des origines. Accueilli par des femmes dans la mer, abîme sacré, il ressort de l'eau non mouillé et couvert de dons divins⁸⁶.

Ainsi dans le dualisme de l'eau, le symbolisme de vie, l'emporte sur le symbolisme de mort. Sans eau la vie ne serait pas apparue sur terre.

Les premiers instants de la vie se passent dans l'eau, dans le ventre de la mère. Pendant le temps de la grossesse, le fœtus se développe dans l'apesanteur du liquide amniotique, sa première demeure.

Dans son livre *Thalassa, Psychanalyse des origines de la vie sexuelle* ⁸⁷ Ferenczi évoque cette appartenance originelle à l'eau maternelle à partir de laquelle naît le sentiment océanique de la vie, constituant un des aspects de la mémoire archaïque. Ferenczi défend l'idée d'un regret fondamental de l'élément liquide que l'homme a perdu à deux reprises : en tant qu'espèce, lors de l'assèchement des océans à la surface du globe, et en tant qu'individu, au moment de son expulsion du sac amniotique au cours de la naissance.

Dans cette perspective, l'homme serait naturellement attiré par un retour vers les océans abandonnés dans les temps anciens et ainsi disposé à ce que Ferenczi appelle la « *régression thalassale*».

⁸⁶ Foex J. *Histoire sous-marine des hommes.* Robert Laffon;1964.

⁸⁷ Ferenczi S. Thalassa, *Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*. Payot; 1992.

Malgré les mutations culturelles, la notion d'eau sacrée reste inscrite au plus profond de l'être humain. Les vertus aquatiques purificatrices et régénératrices sont restées solidement ancrées dans l'inconscient collectif encore aujourd'hui, et nous semblent constituer de fait, un véritable levier thérapeutique. Ces vertus sont sous tendus par l'aptitude de l'eau à soigner aussi bien le corps que l'âme.

Ces différentes dimensions symboliques ont supporté, au cours des siècles, l'idée du traitement des maladies physiques et mentales, conduisant à la naissance et au développement des techniques d'hydrothérapie.

3. Hydrothérapie et maladie mentale

• Antiquité et Moyen-âge

L'hydrothérapie est vieille comme le monde, en témoignent les textes mythologiques les plus anciens. Les Grecs et les Romains utilisent déjà les bains, les douches et autres applications froides de toutes sortes comme thérapeutiques. Les bains pratiqués en Grèce à Epidaure, visant à la conquête d'un mieux-être, sont à eux seuls un témoignage ancestral de l'usage de l'immersion dans la folie.

Être bien dans son corps, dans sa tête et en harmonie avec les autres, sont autant de critères correspondant à la définition que l'on avait de la santé dans l'Antiquité.

On retrouve également des traces d'utilisation de l'eau comme traitement de choc des aliénés à cette époque. Des insensés étaient régulièrement jetés du haut d'une falaise dans les eaux de la mer Tyrrhénienne après avoir été attachés à des oiseaux marins afin de ralentir leur chute. Arétée, médecin grec, prescrit des affusions froides dans la frénésie. Tandis que Soranez d'Éphèse proteste déjà contre l'abus des bains froids dans l'antiquité, témoignant ainsi d'un usage répandu³⁴.

L'hydrothérapie, inscrite dans une logique humorale, constitue déjà à l'époque une stratégie de saisissement corporel dirigée selon l'idée que secouer le corps serait curatif.

Resnik S. op. cit.

Au Moyen-âge la folie est liée à la religion. Elle est considérée comme l'œuvre des démons ou du surnaturel. On y retrouve l'idée du traitement de choc : on plongeait par exemple la tête des patients sous l'eau, le temps de dire la prière du « miserere ». Quand on avait affaire à un maniaque, il était de tradition de le plonger plusieurs fois dans l'eau « jusqu'à ce qu'il ait perdu sa force et oublié sa fureur »³³.

Le siècle de Louis XIV est celui du grand enfermement des fous avec les autres déviants ou miséreux de la société. Cette période marque à elle seule l'aboutissement d'une époque où la maîtrise de la folie s'est constamment manifestée par la maîtrise du corps.

• XVIII^e : les débuts de l'hydrothérapie

Au-delà des aspects symboliques mythologiques et religieux, l'eau acquiert une réelle dimension thérapeutique aux XVII^e et XVIII^e siècles, période « *où la folie prend progressivement un sens médical* » ⁷⁴.

A partir de la fin du XVII^e siècle la cure par les bains occupe une place majeure parmi les thérapeutiques de la folie. Le bain est alors redécouvert comme moyen d'imprégnation du corps. Comme le note Vigarello la croyance pendant plusieurs siècles est que l'eau, peut s'infiltrer dans le corps par les pores, laissant le corps menacé par les maladies⁸⁸.

A cette période, l'efficacité et les modalités les plus contradictoires sont prêtées à l'usage de l'eau, formant un inépuisable vivier de modes opératoires. Certains distinguent l'eau chaude, qui amollit et chauffe la surface du corps de l'eau froide qui elle, resserre, refroidi la surface et renvoie la chaleur à l'intérieur du corps³³.

On prête également à l'eau des vertus de constriction, de rafraîchissement ou de réchauffement et même de consolidation, que l'on attribue à l'époque, à des corps comme le fer.

L'universalité de l'usage de l'hydrothérapie au XVIII^e siècle ne vient paradoxalement pas de la reconnaissance générale de son effet et de son mode d'action. Sa généralisation est plus

³³ Pous G. op. cit

⁷⁴ ibic

⁸⁸ Vigarello G. *Le propre et le sale*. Seuil. Paris; 1987.

le fait de la facilité avec laquelle on peut ainsi prêter à son efficacité, les formes les plus contradictoires. Elle est le lieu de tous les thèmes thérapeutiques possibles. Comme le dit Foucault : « dans cet élément fluide se fait l'universel échange des qualités » 74. Du fait de cette polyvalence elle peut tout confirmer et infirmer. Sans doute est-ce cette polyvalence elle-même qui finit alors par la neutraliser et par privilégier l'usage de son aspect mécanique.

La douche, comme traitement de choc, devient la technique privilégiée. Par sa violence elle doit entraîner dans un flux irrésistible toutes les impuretés que forme la folie.

Van Helmont préconise au XVII^e siècle des méthodes brutales comme l'immersion brusque. L'eau retrouve, par-delà toutes les variations physiologiques de l'époque précédente, sa fonction simple de purification. Par sa propre force curative, elle doit réduire l'individu à sa plus simple expression possible, à sa forme d'existence la plus mince et la plus pure, l'offrant ainsi à une seconde naissance. Il s'agit comme explique Pinel « de détruire jusqu'aux traces primitives des idées extravagantes des aliénés, ce qui ne pouvait avoir lieu qu'en oblitérant pour ainsi dire ces idées dans un état voisin de la mort »⁸⁹.

L'immersion se base là sur le thème de l'ablution qui l'apparente aux rites de pureté et de renaissance, cette violence promettant alors la renaissance d'un baptême.

Les techniques d'immersions brusques telles que les douches ont été utilisées dans les asiles comme Charenton en France jusqu'à la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècle. La technique des bains de surprise est également décrite par Esquirol⁹⁰.

Pinel et Esquirol condamnent sévèrement ce type de techniques, leur préférant des techniques douces, associant bains tièdes prolongés et douches sur la tête en veillant à ce que les soignants procèdent avec toute l'humanité nécessaire. De tels bains sont alors censés amener relaxation et sommeil. Pinel y associe alors, traitement moral et activités occupationnelles qui prennent valeur de thérapie pour les convalescents.

Ainsi l'intuition des précurseurs avait fait envisager un abord strictement corporel (bien aidé par l'usage de l'eau) dans le traitement de la folie, avant même le développement de l'approche théorique de la réalité du corps dans les maladies mentales.

⁷⁴ idib.

⁸⁹ Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*; 1801.

⁹⁰ Esquirol E. Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal [En ligne]. Paris; 1838.

• XIX^e : essor de l'hydrothérapie

Au XIX^e siècle l'hydrothérapie prend un envol considérable. De nombreuses maladies chroniques sont traitées par l'usage de l'eau froide et pas seulement les maladies mentales.

Le dictionnaire Littré⁹¹ attribue à Priessnitz en 1834, paysan autrichien, l'invention d'un procédé utilisant des draps mouillés comme thérapeutique. La méthode dite du drap mouillé, ou « emmaillotement humide », consiste à cette époque à envelopper le malade dans un drap mouillé et à frotter toutes les parties du corps pendant quelques minutes vigoureusement avec ce drap puis avec un drap sec.

En 1852, Louis Fleury, un médecin français inspiré par Priessnitz publie un traité d'hydrothérapie⁹². Il y décrit des procédés aux effets variables. Tantôt les effets sont sédatifs, avec l'utilisation du drap mouillé, des bains frais et des affusions froides. Tantôt les effets sont excitants et toniques, avec l'utilisation du maillot humide, des immersions et des douches

En 1874 les docteurs Constants, Lunier et Dumesnil préconisent l'utilisation de bains résineux ou thérébentineux, de baignoires mobiles, de salles d'hydrothérapies avec piscine, de douches mobiles en lance, et de bains de siège à eau courante. Ils prêtent aux bains froids un effet tonique et excitateur si la température de l'eau reste base pourvu que l'immersion soit courte. Les bains tièdes et chauds semblent avoir un effet sédatif et relaxant si la durée d'immersion est longue. La douche est tantôt sédative, tantôt hyposthéniante, tantôt tonique et reconstituante. Les douches de punition n'existent plus.

Magnan en 1893 défend l'idée de la suppression de la camisole de force et de tout autre moyen de contention dans la manie, et préconise l'utilisation du drap mouillé pour maintenir et calmer les agités⁹³. Cette pratique est censée créer un choc hydrothérapique ainsi qu'un massage cardio-vasculaire favorable, par l'alternance de vasoconstriction et de vasodilatation.

A la même époque Krafft-Ebing recommande les enveloppements froids dont il préconise l'effet hypnotique. Il justifie l'emploi de ces techniques par l'intuition d'un probable

-

⁹¹ Littré E. *Dictionnaire de la langue française*, 1880.

⁹² Fleury L. Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie: recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement. Labé; 1856.

⁹³ Magnan V. Lecons cliniques sur les Maladies mentales. Publication du Progrès médical; 1893.

parallélisme psycho-physiologique : « il n'existe pas de désordre de l'esprit sans désordre du corps et un ébranlement corporel judicieux peut ramener une harmonie générale» ³³.

A la fin du XIX^e siècle de nombreux psychiatres utilisent les bains et les enveloppements humides comme moyen régressifs, visant à la sédation et à la contention.

• XX^e siècle en Europe

Durant la première moitié du XX^e siècle, les méthodes physio et hydrothérapiques subissent un désintérêt et un déclassement progressifs en France et en Europe. La justification peut en être donnée par l'absence initiale de théorisation des thérapies corporelles face à l'avance conceptuelle de la psychologie dynamique, de la psychopathologie psychanalytique, et des progrès réalisés dans le domaine psychopharmacologique.

A ses débuts, Freud utilise l'hydrothérapie dont il fait état dans les études sur l'hystérie⁹⁴. Il délaisse alors rapidement cette méthode au profit de la méthode psychanalytique avec la découverte du transfert et du contre-transfert.

Dès le début du XX^e siècle les thérapies corporelles ne gardent dans les traités qu'un aspect anecdotique, accessoire et progressivement décrié.

Georges Sivadon remettant à l'honneur à partir de 1948 l'approche spécifiquement corporelle du traitement des maladies mentales, expose et développe avec Gantheret un certain nombre de techniques hydrothérapiques dans son livre *La rééducation corporelle des fonctions mentales*⁶⁷ paru en 1967. Il y individualise des techniques de prise en charge spécifiques tout en théorisant sur la place du corps dans la psychose.

Il met en avant l'utilisation de l'eau comme d'un agent physique servant de « médiateur symbolique pour favoriser le sentiment de sécurité, la prise de conscience de l'existence corporelle et la relation avec les objets et les personnes». Il pose au travers de ses travaux la question des fondements théoriques qui font de la corporéité une notion essentielle dans la compréhension de l'homme.

-

³³ Pous G. op. cit.

⁹⁴ Freud S, Breuer J. Les Etudes sur l'hystérie. PUF. 2002.

⁶⁷ Sivadon G. op. cit.

Dans le même temps aux Etats-Unis l'hydrothérapie ne connaît pas le même déclin. Un psychiatre américain nommé Wright publie en 1940 un manuel complet d'hydrothérapie dédié à la prise en charge de patients psychotiques dans lequel l'explication technique du « packing » tient une part importante. Il souligne ses vertus sédatives voire hypnogènes, ainsi que des vertus de purification par élimination des déchets à travers la sueur.

La technique des enveloppements humides est réintroduite en France à Paris en 1966 par Woodbury. Il préconise l'usage des packs pour le traitement des crises psychotiques aigues et des troubles chroniques du schéma corporel. Le but du traitement est alors de permettre la stimulation du schéma corporel par la répétition de sensations tactiles « limitantes » et de contrôler les tendances auto-destructrices sans l'usage de médicament ou d'isolement⁹⁶.

Il inscrit cette technique dans une dimension relationnelle qui change radicalement son sens. Il pose, en collaboration avec Racamier, les jalons pratiques et théoriques d'un abord « somato-psycho-social » des psychoses.

Quelques auteurs dans les années 70 tels que Georges Pous participent au regain d'intérêt pour ces techniques hydrothérapiques, qui viennent compléter l'arsenal thérapeutique des approches psychocorporelles avec les massages et la relaxation.

Actuellement les pratiques « d'enveloppement » sont devenues l'enjeu de vives controverses du fait de leur assimilation à certains traitements psychiatriques de chocs. Le 8 mars 2012 la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux se sont déclarées « formellement opposées à l'utilisation de cette pratique » ⁹⁷.

Les techniques corporelles en général, et d'hydrothérapie en particulier, s'inscrivent ainsi dans cette histoire tumultueuse des traitements de la folie. Quels que soit les expérimentations historiques réalisées, et les modèles théoriques proposés, l'idée de « soigner l'esprit à travers le corps » a traversé les siècles.

⁹⁶ Woodbury MA. L'équipe thérapeutique. L'information psychiatrique. 1966; 42(10).

⁹⁵ Wright R. *Hydrotherapy in Psychiatric Hospitals*. Tudor Press Inc.; 1940.

⁹⁷ ANESM, HAS: Autisme-Questions/Réponses [En ligne]; 2012 Mar. Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Questions Reponses.pdf

Ce type d'approche permet de considérer l'individu dans sa globalité et dans son unité alors que bien souvent, la prise en charge du patient est intégralement centrée sur l'expression verbale de sa pathologie mentale.

Le soignant doit donner les moyens au malade d'assurer son propre changement, autant parce ce qu'il est et l'action qu'il mène, que par l'environnement qu'il aura su créer autour du malade. A la lumière de l'expérience clinique d'un bon nombre de précurseurs, nous avons pu constater que l'amélioration clinique passe autant par la technique, que par la relation instituée entre le soignant et le soigné.

Au regard des différentes problématiques posées par la schizophrénie, le corps du patient constitue à nos yeux une cible thérapeutique privilégiée ainsi qu'une authentique porte d'entrée menant à la possibilité d'un échange.

Le milieu aquatique représente un élément privilégié dans cette perspective thérapeutique, potentialisant les expériences sensorielles vécues. Espace transitionnel véritable, l'environnement aquatique créé les conditions propices à une rencontre, et à une possible relation de soi à soi et de soi à l'autre.

Telle a été menée la réflexion motivant le développement de la pratique de la plongée sous-marine avec des malades schizophrènes, pratique dont nous allons vous présenter plusieurs aspects.

III. Pratique de la plongée sous-marine

Notre pratique s'inscrit dans cette tradition des thérapies à médiation corporelle destinées aux patients psychotiques et largement délaissées actuellement dans les différents lieux de soins, malgré leur utilisation courante dans pathologies plus névrotiques ou chez les bien portants.

Notre approche avec des patients schizophrènes revêt un caractère novateur, dans la mesure où aucune donnée d'un tel procédé n'est retrouvée dans la littérature.

Cette pratique va au-delà d'un simple temps occupationnel. Elle s'inscrit dans une logique de soins institutionnels proposant la possibilité d'une expérience vécue en commun. Elle permet l'expression de la réciprocité des échanges humains, laissant à chacun la possibilité d'occuper une place.

A. Cadre général de la pratique

1. Cadre associatif

La pratique de la plongée sous-marine à la clinique de Freschines (41) date de 1995. Elle fut instituée par le Dr Henry Brosseau après plusieurs années de pratique aquatique, adaptée à des malades psychotiques. L'observation « fortuite » de la mise en mouvement inattendue d'un malade schizophrène lors d'une courte immersion a servi de point de départ à la réflexion autour de cette pratique ainsi qu'à sa mise en place.

L'association « L'Homme Volant » (loi 1901) fut créé en février 2001 à l'initiative du Dr Brosseau, afin de structurer et de développer cette pratique nouvelle. Elle fut soutenue par le crédit de recherche CRESAME (Cercle de Recherche et d'Etudes en Santé Mentale) attaché au groupe Médispy pendant de nombreuses années. Elle est actuellement soutenue financièrement par la clinique de Freschines, et par les dons de familles de patients.

Cette association a pour objectif de développer la pratique d'activités aquatiques et subaquatiques en santé mentale dans un but thérapeutique. Elle est composée de soignants « plongeurs » (psychiatres, infirmiers, aides-soignants) et de moniteurs diplômés Brevet

d'Etat impliqués dans la réinsertion des personnes handicapées psychiques. L'association a rendu la pratique de la plongée possible en piscine ainsi qu'en milieu naturel (Espagne, Côte d'Azur, Bretagne...), pour environ quatre-vingt patients depuis sa création.

Le terme nominatif « Homme volant » fait référence à l'idée de l'homme s'affranchissant de la gravité et volant de ses « propres ailes ».

2. Cadre légal

En France, il existe plusieurs organismes relatifs à la pratique de la plongée sous-marine reconnus au niveau international parmi lesquels la FFESSM (Fédération Française d'Etudes et de Sports Sous-Marins) et l'ANMP (Association National des Moniteurs de Plongée).

Pour la FFESSM les affections psychiatriques sévères constituent une contre-indication absolue à la pratique de la plongée⁹⁸. Les traitements antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques et hypnotiques, en constituent une contre-indication temporaire.

Cette réglementation fédérale ne constitue seulement qu'une réglementation interne n'ayant aucune valeur juridique légale selon le code pénal ⁹⁹.

L'ANMP quant à elle, n'oppose pas de restriction légale à la pratique de la plongée loisir par des handicapés mentaux et psychiques. Elle propose actuellement en France un cadre d'accueil pour les handicapés de tout type 100.

Son activité est réglementée par le Code du Sport (loi cadre du 16 juillet 1984), et par son arrêté du 5 janvier 2012¹⁰¹ relatifs à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives (APS). Elle est légalement habilitée à organiser la pratique et à délivrer des qualifications de plongeur en France, en toute indépendance, au même titre que la FFESSM.

⁹⁸ F.F.E.S.S.M.: Contres indications à la plongée en scaphandre autonome [En ligne]; 2012.Disponible sur: http://medical.ffessm.fr/wp-content/uploads/CMPN.Contre_Ind-1-3_1_.pdf

Assemblée Nationale, loi n°2000-647 du 10 juillet 2000, art. 1 JORF, publié le 11 juillet 2000

¹⁰⁰ ANMP [En ligne]. Disponible sur http://www.anmp-plongee.com

¹⁰¹ Assemblée Nationale, "Arrêté du 5 janvier 2012 modifiant les dispositions réglementaires (Arrêtés) du code du sport", JORF n°0045 du 22 février 2012

L'ANMP offre une assurance responsabilité civile à chacun de ses élèves s'appuyant sur une double certification médicale. Ces certificats permettent d'évaluer l'état du handicap de la personne.

3. Cadre médical

La double certification médicale constitue une condition incontournable permettant l'affiliation des patients à l'ANMP. Elle garantit également une meilleure exploration médicale.

Il existe, pour les patients, plusieurs critères d'accès initiaux à la pratique d'activité aquatique ¹⁰²:

- capacité de nage d'au moins 25m
- établissement d'un certificat par un médecin du sport de non contre-indication physique, et d'aptitude physique à la promenade nautique avec usage de palmes masque et tuba
- réalisation d'un bilan ORL et cardiologique préalable
- établissement d'un certificat médical par le médecin psychiatre « plongeur » (Dr Brosseau) statuant sur les conditions d'encadrement et de formation.

Pour accéder à la pratique de la plongée en tant que telle, des conditions supplémentaires sont nécessaires :

- capacité de nage d'au moins 100 mètres
- capacité d'apnée minimale (2,50m de profondeur maximum sur une distance de 3 à 5m)
- établissement d'un certificat (à renouveler tous les ans) par un médecin du sport, éliminant les problèmes physiques et contre indiquant la pratique de la plongée
- établissement d'un certificat médical par le médecin psychiatre « plongeur » délimitant les conditions de plongée en termes d'encadrement et de profondeur (à renouveler tous les ans).

La limitation du champ d'action pour lequel le certificat est délivré, permet d'autoriser la pratique, tout en fixant des limites et des conditions. Il est important de respecter une logique

¹⁰² Brosseau H, Méliet J. Quelle sécurité pour la plongée de loisirs en présence d'une restriction d'aptitude ? Cas de l'incapacité mentale. Genève; 2003.

d'encadrement pour les plongeurs handicapés psychiques et de ne pas autoriser l'accès à l'autonomie totale.

Le patient doit être au minimum accompagné d'un moniteur détenteur du titre d'initiateur E1 lors des plongées en piscine. La profondeur de la plongée est alors limitée à « l'espace proche » soit 6 mètres maximum. En milieu naturel, chaque plongeur débutant doit être accompagné de son formateur référent en plus du moniteur affilié ANMP et détenteur d'un Brevet d'Etat.

Tout l'enjeu est ici de créer avec prudence les conditions d'une plongée adaptée.

4. Psychotropes et plongée

La narcose à l'azote, aussi nommée ivresse des profondeurs, débute vers 30 mètres pour certains plongeurs et devient systématique à partir de 60 mètres.

La pression environnante augmentant, la pression partielle de l'azote dans le sang et dans les masses graisseuses augmente en application de la loi de Dalton, ce qui induit un effet toxique de l'azote sur le système nerveux central¹⁰³. La pression partielle de l'azote de l'air ambiant augmentant, l'azote est amenée à se dissoudre dans les couches des phospholipides des neurones. Les membranes des neurones se dilatent, et ralentissent la diffusion de certains neurotransmetteurs dans l'espace synaptique, dont la dopamine et l'acide glutamique. Les zones généralement les plus atteintes sont le cortex, ainsi que la substance réticulée activatrice ascendante (centre de l'éveil).

La sensibilité à la narcose varie selon les plongeurs et peut varier chez un même plongeur.

Les effets de la narcose évoluent par phase. On peut citer parmi ces effets :

- Dans un premier temps :
 - sensation de bien-être et de confiance en soi
 - sensation diffuse d'angoisse

-

¹⁰³ Rostain J. Le mal des profondeurs. Pour la science. 2006; (346): 30–6.

• Dans un deuxième temps :

- troubles de la mémoire immédiate
- perte des repères spatio-temporels
- ralentissement des fonctions intellectuelles
- relâchement de l'attention
- euphorie
- diminution des facultés d'adaptation
- troubles de la vue et de l'audition
- états dissociatifs

Il est important à la lumière de ces données, de s'interroger sur l'impact de la prise médicamenteuse sur les fonctions physiologiques du malade. Existe-t-il un risque de majoration d'accident de plongée du fait des effets secondaires propres aux médicaments, et du fait d'éventuelles interactions entre médicaments et azote ?

Très peu de molécules ont été réellement évaluées dans des conditions hyperbares. Pour la plupart, seules des recommandations basées sur des suppositions ont été formulées. Il n'existe pas de données dans la littérature, sur les conséquences de potentielles interactions entre psychotropes et narcose, ni même sur d'éventuels effets de la narcose sur la symptomatologie psychotique ¹⁰².

Le Docteur Méliet, responsable médical de la plongée dans la Marine Nationale pour la Méditerranée, et auteur des tables de décompression MN-90, défend l'idée qu'un dépassement de la limite de 20 mètres, expose au risque « d'échappement » aux neuroleptiques (effet hyper-dopaminergique de la narcose à l'hélium possible à de grandes profondeurs) pouvant entrainer l'apparition d'épisodes délirants ou d'agitation 104. Aucune expérimentation n'a pu étayer à ce jour cette hypothèse, pour des raisons éthiques compréhensibles.

A partir de ces considérations, la limite de 20 mètres a été fixée dans le cadre de notre pratique avec des patients schizophrènes, dans la mesure où cette limite est considérée comme hors champ des possibles effets narcosants.

De plus, la profondeur de 20 mètres appartient encore à « l'espace médian » (compris en 6 et 20 mètres) ne nécessitant pas de palier de décompression, si l'immersion ne dépasse pas 45 minutes.

^{.02} ibid.

¹⁰⁴ Méliet J. La narcose aux gaz inertes : état actuel des recherches en laboratoires. Bull medsubhyp. 1998; (8(2)): 35–44.

B. Cadre pratique

1. Les acteurs

- Dr Henry Brosseau, président et fondateur de l'association « L'Homme volant » : psychiatre, détenteur d'un niveau 4 FFESSM de plongée et encadrant niveau 2 pouvant encadrer jusqu'à 20 mètres de profondeur.
- Trois moniteurs diplômés Brevet d'Etat Educateur Sportif, encadrants niveau 3 formés à l'accueil des plongeurs handicapés et rémunérés par l'association.
- Infirmière détentrice d'un niveau 2 FFESSM et encadrante niveau 1 pouvant encadrer jusqu'à 6 mètres de profondeur.
- Infirmier détenteur d'un niveau 2 FFESSM.
- Aide-soignante détentrice d'un niveau 2 FFESSM chargée de l'aide à la mise à l'eau des patients et des enregistrements vidéo subaquatiques.
- Moi-même détenteur du niveau 1 FFESSM, chargé de l'observation des patients, des enregistrements vidéo subaquatiques et membre du comité scientifique de l'association.

Le groupe de plongeurs était formé, pour les années 2011 et 2012, d'une quinzaine de patients de tous niveaux, atteints pour la grande majorité de schizophrénie. La grande majorité du groupe était constituée de patients alors hospitalisés à la clinique de Freschines.

2. Les temps de plongée

Durant les deux années écoulées la pratique des activités aquatiques et subaquatiques fut repartie sur plusieurs temps :

• un temps dit de « piscine technique » en piscine couverte, à créneau réservé une fois par semaine pendant 1h30. Temps destiné à l'entrainement physique et technique de nage avec PMT (Palme, Masque, Tuba), et initiation à la plongée libre (apnée), avec

pour but une amélioration des aptitudes physiques du patient. Travail d'« Aqua-gym » et de mobilisation du corps dans son ensemble ; travail des gestes techniques en surface sans matériel ; apprentissage des techniques de déplacement ventral, dorsal et costal ; apprentissage de l'utilisation du matériel. L'objectif principal est là de permettre au patient d'évoluer avec plus d'aisance en immersion, et de renforcer ainsi sa sécurité.

- un temps de plongée en piscine au centre aquatique de Blois une fois par semaine pendant 2h. Evolution sous l'eau par « petit fond » (0-3 mètres) assisté du moniteur. Apprentissage de l'équipement et du deséquipement en surface ; apprentissage de manœuvre de base : respiration dans le détendeur, équilibration de la stabilisation du corps sous l'eau, équilibration des oreilles (Manœuvre de Valsalva).
- une journée de plongée en fosse au complexe « l'Odyssée » de Chartres une fois par mois. Plongées possibles à différents niveaux de profondeur (jusqu'à 20 mètres).
 Apprentissage de la plongée en pleine eau.
- un séjour thérapeutique annuel de plusieurs jours permettant de plonger en milieu naturel (mer ou carrière immergée). Séjours représentant l'aboutissement d'un travail préopératoire en piscine tout au long de l'année. Apprentissage de l'usage de matériels supplémentaires (combinaison, ceinture de plomb) changeant significativement les conditions de plongée en termes de mobilisation. La recherche de conditions de plongée confortables et parfaitement adaptées (météo clémente, eau suffisamment chaude...) est une priorité au cours de ce type de séjour.

La régularité de la pratique, permet une bonne progression et un bon investissent de l'activité.

3. Les temps terrestres

Il est important au cours des temps de pratique de limiter au maximum les facteurs de stress, ainsi que les contraintes matérielles, en veillant à une organisation au timing souple. Il est important de pouvoir améliorer les qualités de confort de la pratique (utilisation de plusieurs combinaisons de néoprène pour éviter le froid...) si besoin est.

A l'issue de chaque séance, un temps de « débriefing » groupal est réalisé permettant à chacun, soignant comme patient, de s'exprimer librement sur ses émotions, et ses impressions aquatiques. Ces séances sont parfois couplées à des projections vidéo de plongées des patients.

Ce temps de partage de la parole est fondamental. Il s'inscrit dans une perspective de réflexion collective, et permet de donner du rythme à l'activité en prenant une valeur purement thérapeutique, sur laquelle nous reviendrons par la suite.

Les temps d'immersion sont également accompagnés de temps d'apprentissages théoriques, conditionnant une pratique en toute sécurité. Cet apprentissage théorique vise à apporter aux patients les réponses à des questions simples mais fondamentales pour la pratique de la plongée : pourquoi je flotte (explication de la poussée d'Archimède) ? Pourquoi ai-je mal aux oreilles ? Pourquoi doit-on remonter doucement et en soufflant (explication de la loi de Mariotte) ?

L'apprentissage de la communication gestuelle doit permettre aux patients de réagir aux situations usuelles et élémentaires.

La pratique doit se compléter du maintien d'une hygiène de vie correcte chez des patients pour la plupart fumeurs, et qui s'alimentent souvent de manière inadaptée.

Contrairement aux idées reçues, la plongée ne représente pas une activité plus à risque pour des malades schizophrènes que pour le reste de la population, au vu des critères de sécurité mis en place dans notre pratique.

En deux ans de pratique, le seul problème médical rencontré a été un barotraumatisme sans conséquences majeures.

4. Travail d'évaluation

Nous avons réalisé un travail d'observation et d'évaluation clinique au sein du groupe plongée entre août 2011 et août 2012. Ce travail s'inscrit dans le prolongement d'observations préalablement réalisées lors des années de pratique précédentes⁸¹.

L'objectif initial de ce travail était d'apporter des éléments de réflexion supplémentaires concernant la possibilité d'un retentissement des immersions répétées, sur le fonctionnement psychique et corporel de nos patients.

Pour ce faire, nous nous sommes centrés sur le suivi de trois patients choisis au sein du groupe de plongeurs. Nous avons choisis ces patients car ils présentaient la particularité d'être totalement débutants en août 2011. Ces patients ont suivi, au cours d'une année, le programme d'activités énoncé précédemment.

Ils ont été inclus dans « un protocole de suivi » impliquant, dans la mesure du possible, le maintien du traitement médicamenteux de fond, aux mêmes posologies durant toute la durée du programme.

Notre travail d'observation a été réalisé dans divers espaces, et à l'aide de plusieurs outils :

- au sein de l'espace aquatique à l'aide d'enregistrements vidéo (avec accord du patient) :
- observation du comportement général en immersion : capacité de mobilisation, aisance des déplacements, posture, appréhension.
- observation du comportement relationnel avec le moniteur : niveau de communication visuelle et tactile, capacité d'attention et de concentration, plaisir dans l'échange.

L'observation était ici centrée sur l'attitude générale du patient dans le milieu, plutôt que sur les aspects strictement techniques propres à la plongée en bouteille.

.

⁸¹ ibid

- au sein de l'espace terrestre :
- recueils de propos des patients effectués lors de chaque session de plongée : avant l'immersion, au sortir immédiat de l'eau ainsi que quelques heures après la plongée.
 Les recueils ont été réalisés à partir de courtes interviews filmées composées de questions ouvertes se voulant non suggestives : « alors, comment s'est passée cette plongée ? »
- observation qualitative de la symptomatologie, basée sur la réalisation d'entretiens médicaux hebdomadaires, et sur les données émanant de l'équipe soignante. Les observations ont été guidées par une grille de lecture spécifique comprenant plusieurs axes : attitude générale du corps, posture, niveau d'expressivité, direction du regard, niveau d'hygiène corporelle, qualité du contact, comportement relationnel, niveau d'investissement institutionnel, capacité d'initiative, demandes de sorties extérieures.
- temps d'évaluation de la symptomatologie psychopathologique réalisés à l'aide de l'échelle PANSS¹⁰⁵ [Annexe 1]. Passations en août 2011 et en août 2012.
- utilisation du questionnaire des aberrations perceptives de Chapman¹⁰⁷ [Annexe 2] validé en français, s'intéressant à la présence de perceptions corporelles anormales au cours des dernières semaines (normalement utilisé en phase prodromique). Passation en août 2011 et août 2012.

A défaut de l'existence d'outil validé en français dans la littérature qui permettrait une évaluation quantitative des perturbations de la perception et de la représentation du corps dans la schizophrénie, ce questionnaire apporte une trame nous ayant permis de suivre l'évolution de certains éléments psychopathologiques relatifs à la sphère corporelle.

¹⁰⁵ Guelfi J. L'échelle PANSS. L'Encéphale. 1997; Sep(2): 35–8

¹⁰⁶ Kay S, Opler L, Fiszbein A. *Manuel de cotation de la PANSS, traduction française*: Lépine, J.P. 1988

Dumas P, Saoud M, Gutknecht C, Dalery J, D'Amato T. Traductions et adaptations françaises des questionnaires d'idéation magique et d'aberrations perceptives. L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique. 1999; 25(5): 422–8.

comparaison de dessins effectués sur papier par les patients en août 2011 et en août 2012 dont la seule consigne était : « Dessinez-vous tel que vous vous imaginez ? ». Sans donner lieu à quelques interprétations fines et dogmatiques que ce soit, la comparaison des dessins effectués, a permis d'apporter des éléments de compréhension, et de réflexion, sur le niveau d'intégration de la représentation du corps.

Ce travail de suivi n'est bien évidemment pas en mesure de fournir des données exploitables au plan statistique, et n'a pas pour objectif de tirer quelque conclusion formelle que ce soit. Le matériel d'étude constitué à l'aide des différents outils a permis de dégager un certain nombre d'éléments cliniques et psychopathologiques, servant de support à la réflexion exposée dans la suite de notre développement.

La présentation des trois cas cliniques qui suit, servira de point de départ à une discussion étayant l'hypothèse d'un intérêt thérapeutique des immersions répétées dans la schizophrénie.

C. Cas diniques

Les trois patients concernés par ce travail ont bien entendu tous donnés leur accord. Leurs prénoms ont été modifiés dans un souci de confidentialité.

1. Paul

• Biographie. Histoire de la maladie

Paul est âgé de 50 ans, célibataire et n'a pas d'enfant. Il est le troisième d'une fratrie de quatre. Ses parents sont tous les deux décédés.

Au cours de son enfance Paul est assez calme mais très seul, il a peu d'amis. Il est de nature renfermé que ce soit à l'école ou chez lui. Il se « dispute » fréquemment avec sa mère qui, pour le punir, l'enferme régulièrement seul dans un placard noir.

A l'école il présente des difficultés qui conduisent ses parents à l'orienter (à partir de 8 ans), dans plusieurs établissements comportant des classes à petits effectifs. Ce type d'orientation lui permet de poursuivre une scolarité à peu près normale.

A partir de la classe de seconde son état psychique se dégrade. Il présente à l'époque un épisode dit « dépressif atypique » marquant l'arrêt de sa scolarité. Il entreprend dès lors plusieurs formations en travaux manuels, qui échouent toutes après quelques mois, faute d'investissement suffisant.

Paul vit à cette période seul dans un studio. L'observance du traitement prescrit est quasinulle. Il présente alors plusieurs épisodes d'agitation avec menace de passage à l'acte suicidaire. Il est hospitalisé pour la première fois en psychiatrie lors d'une de ces crises : il a 25 ans.

Le diagnostic de schizophrénie hébéphrénique est alors posé (compte tenu des éléments autistiques et de la présence d'éléments de désorganisation) même si les éléments d'anamnèse relatifs à l'enfance, nous semblent être plutôt en faveur d'un diagnostic de dysharmonie psychotique de l'enfance¹⁰⁸ ayant évoluée vers une schizophrénie. Cette divergence diagnostique ne remet cependant pas en cause la réalité de la symptomatologique schizophrénique actuelle.

Paul effectue à partir de là, plusieurs séjours à l'hôpital et est rapidement dirigé vers une clinique psychiatrique « long-séjour » où il restera jusqu'en 2008.

Dans l'institution, il se présente alors comme relativement autonome dans son quotidien. Il n'effectue que très peu d'activités, et entretient peu de contacts avec les autres patients. Le repli autistique est prédominant. Les quelques sorties qu'il effectue consistent en une visite mensuelle dans sa famille (ses parents sont alors décédés), et en une messe hebdomadaire. Il pratique également la marche à pied ainsi que le vélo, mais toujours seul et de manière ritualisée. Il ne laisse aucun accès aux soignants, et présente parfois des crises d'agitation en lien avec une importante intolérance à la frustration.

Il est transféré à la clinique de Freschines en 2008 du fait de la fermeture des lits « longue-durée » de l'établissement.

-

¹⁰⁸ Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012. Presses de l'EHESP; 2012.

Au cours des premiers mois suivant son arrivée, Paul est très anxieux et désorganisé. Son isolement est majeur. Il ne parvient pas à s'investir dans la vie institutionnelle. Il réussit à effectuer épisodiquement quelques sorties de groupe (vélo, randonnée) tout en restant toujours à l'écart du groupe. Il présente à plusieurs reprises des périodes de repli majeur avec mutisme, négativisme pouvant parfois aller jusqu'à la catatonie.

• Etat clinique en août 2011 (avant le « programme d'immersion »)

L'évaluation réalisée à l'aide de la PANSS en aout 2011 met en évidence :

- ➤ un score de 25/49 concernant les items positifs
- ➤ un score de 36/49 concernant les items négatifs (retrait affectif à 6, repli social à 5)
- ➤ un score de 60/112 concernant les items généraux (préoccupation somatique à 6, évitement social à 4, tendance autistique à 5).

La symptomatologie est clairement marquée par la dimension autistique. Le discours est cohérent mais très pauvre, et principalement centré sur certaines parties du corps que Paul aimerait voir maigrir (son ventre), et sur d'autres qu'il souhaiterait voir grossir (parties intimes). L'approfondissement de la nature des préoccupations corporelles est peu évident en raison de la pauvreté du discours. Les troubles du cours de la pensée sont discrets.

L'utilisation du questionnaire des aberrations perceptives de Chapmann suppose :

- l'existence de limites corporelles imprécises : « j'ai déjà eu l'impression que les choses restaient attachées à mon corps »
- la perception d'un corps inconstant dans sa structure : « j'ai déjà eu l'impression que mes membres avaient une forme inhabituelle », morcelé : « mes mains et mes pieds sont parfois étrangers à mon corps » et désincarné : « je me suis déjà demandé si mon corps était réellement le mien ».

D'un point de vue non verbal, le faciès est peu expressif, voir figé. L'hygiène corporelle est correcte. La posture à la marche est voutée. Le corps semble lourd, pesant. Le regard est bas, fixé au sol. Le contact visuel est quasi-impossible.

L'investissement de Paul dans la vie institutionnelle est quasi-nulle. Il déambule quotidiennement sans but, au gré de sa logique interne. Il pratique des activités solitaires essentiellement sportives, d'une manière rituelle et parfois outrancière (roller, course à pieds,..) guidé par son obsession de « maigrir du ventre ».

Il sort régulièrement la nuit se promener dans la forêt, et parfois même le long des routes de campagne opposant sa toute-puissance à nos interdictions.

D'un point de vue relationnel, ses contacts avec les autres patients sont limités. Il entretient par ailleurs un lien particulier avec son voisin de chambre au travers d'une relation « fusionnelle » dans laquelle il apparait tout à fait passif.

Son attitude vis-à-vis des soignants est fuyante. Ses rares demandes spontanées concernent des demandes de sorties, dans le but d'acheter des produits (crèmes et thé) destinés à son amaigrissement.

Il effectue une fois par an un séjour de quelques semaines à sa demande dans son ancien établissement afin, dit-il, de « *revoir des copains*». Il poursuit également ses visites familiales tous les trimestres, au cours desquelles il voyage seul en train.

Son traitement médicamenteux comprend alors un neuroleptique retard injectable, un neuroleptique sédatif ainsi qu'un thymorégulateur. Il n'a pas été modifié depuis plusieurs années.

Le programme « plongée » lui est proposée en septembre 2011 avec pour objectif de :

- favoriser l'investissement d'une discipline nouvelle pour rompre sa ritualité.
- permettre le contact avec les autres au sein d'une activité de groupe.
- créer un espace de médiation favorisant un échange avec le soignant.

• <u>Déroulement des séances de plongée</u>

L'aisance aquatique de Paul nous frappe dès les premières séances. Paul semble en effet très à l'aise dans ce milieu qu'il connait peu. Il se déplace bien en surface, avec vélocité.

Une fois totalement immergé, il cherche tout de suite à descendre, à aller « au fond » sans faire preuve d'une quelque conque appréhension. Il est tout de suite volontaire et demandeur,

pour faire de l'apnée lors des séances de piscines techniques. Il se dirige naturellement vers le fond comme s'il avait quelque chose à y trouver.

Comment expliquer cette aisance quasi-naturelle et immédiate une fois sous l'eau ? Lui qui dans sa « vie terrestre » stagne dans les couloirs, lui qui effectue inlassablement ses marches rituelles dont le but affiché, est d'alléger un corps trop lourd à porter.

Il donne alors l'impression d'avoir trouvé, dès les premières immersions, un moyen d'utiliser son corps de façon plus vivante et plus performante.

Paul semble dès le départ décider à faire ce voyage seul. La dimension autistique est bien là. Il plonge seul, sans se soucier de la présence de son moniteur.

La plongée n'est pas une activité solitaire pour des raisons évidentes de sécurité. Elle constitue un sport « d'attention à l'autre ». Les conditions du milieu obligent en effet à « faire avec l'autre ». Le milieu aquatique impose cette relation à l'autre, mais dans des conditions différentes des conditions terrestres.

Toute plongée, surtout chez les débutants, nécessite l'harmonisation de ses protagonistes. Cette harmonisation est infra-verbale, tactile et surtout visuelle. Sans relation bien établie, il n'y a pas de plongée possible.

Au fil des séances, Paul prend conscience qu'il ne peut faire son voyage sans la présence de l'autre. Il apprend à regarder son moniteur, à s'appuyer sur son regard.

Cette dimension a été fondamentale dans le travail avec Paul, mais l'est également avec l'ensemble de nos patients. En quoi ce processus d'harmonisation visuelle est-il si important ?

En quelques mois, il gagne en aisance sous l'eau, à mesure que la possibilité d'une relation avec le moniteur s'affirme. L'étayage devient accompagnement, la progression sous l'eau ne se fait plus en vis-à-vis mais de côté.

Son comportement change autour du bassin. Paul se montre plus attentif à l'égard des moniteurs, mais aussi à l'égard du groupe. Il communique un peu plus, et parvient à trouver progressivement une place dans le groupe. En témoigne l'achat d'un appareil photo qu'il utilise presque à chacune de ses sorties, afin de faire des clichés des autres plongeurs.

Il ne prend pas la parole spontanément dans le groupe, mais la parole se libère quand on la suggère. Lors des premières interviews il répondait à toutes les questions par la même formule initiant et ponctuant son discours : « c'est intéressant... ». Cette formule a ensuite laissé place à des propos toujours brefs mais plus personnels : « la plongée, ça me fait du bien au corps», « ça me rend plus apte à faire des choix».

Il lui arrive d'exprimer des choses bien plus intimes. Comme par exemple, lors du dernier séjour thérapeutique au cours duquel il a spontanément parlé, pour la première fois, du décès de sa mère ouvrant la possibilité d'un échange, et témoignant de l'expression de « morceaux de Moi » remontés à la surface.

• Evolution terrestre

Dès le début d'année 2012, l'attitude de Paul change peu à peu. La posture et le regard se redressent. Le faciès est moins figé, plus expressif. Paul parvient à sourire de temps en temps. Le regard est moins fuyant. Le contact visuel reste fugace, mais devient possible.

Paul diversifie progressivement ses activités au sein de la clinique, et parvient à investir quelques activités de groupe régulières (journal, pâtisserie, footing, karting...). L'ensemble de l'équipe soignante s'accorde à dire que Paul est plus présent dans l'institution, qu'il semble « plus vivant ». La pratique des activités physiques semble être mieux canalisée.

L'été 2012 arrivant, Paul ne reprend pas ses virées nocturnes, il dit avoir « **envie de faire** d'autres choses ».

Le discours reste pauvre mais se décentre peu à peu de ses préoccupations de perte de poids. Il ne s'achète plus de produit amincissant.

Les contacts avec les autres patients sont brefs mais plus fréquents. Il rend visite à son ancien compagnon de chambre, qui vit désormais en appartement hors de la clinique, deux fois par mois. Il s'y rend seul, en taxi, sur des temps de week-end au cours desquels les deux amis sortent.

Le changement majeur semble ainsi affecter les éléments autistiques toujours présents mais atténués.

Les résultats de la PANSS réalisés en septembre 2012 confirment cette observation, et mettent en évidence (comparativement à la précédente) :

➤ un score de 20/49 sur les items positifs avec une perte de deux points de « méfiance » ; une perte d'un point d'« idées délirantes », de « désorganisation », d' « idées de grandeur » et de « persécution ».

➤ un score de 33/49 sur les items négatifs avec une perte de deux points de « repli autistique » et d'un point de « repli affectif ».

➤ un score de 56/112 sur les items généraux : une perte de deux points de « tendance autistique », d'un point d' « évitement » et de « préoccupations somatiques ».

L'utilisation du questionnaire des aberrations perceptives de Chapmann un an après le début du programme, ne permet pas de retrouver les éléments préalablement recueillis, et relatifs au morcellement du corps. Ces résultats sont-ils suffisants pour témoigner d'une représentation du corps plus cohérente et mieux intégrée chez Paul ?

La comparaison des deux dessins réalisés à un an d'intervalle nous met également sur la piste d'une telle évolution. Le dessin le plus récent apparait en effet plus précis, et plus détaillé que le précédent. Le « gros ventre » a d'ailleurs disparu [Annexe 3].

Points de réflexion

Au total, les différents éléments observés sur l'année écoulée mettent en évidence :

➤ la remise en mouvement d'un corps qui parait plus souple, plus léger mais aussi *« plus fort »*. Le corps ne semble plus être ce « fardeau » si lourd à porter, et avec lequel il faut se battre. Paul semble avoir repris possession de son corps. Les immersions répétées peuvent-elles jouer un rôle dans la reconquête d'un Moi corporel ?

➤ la possibilité nouvelle d'un échange, voire d'un dialogue avec autrui supposant l'assouplissement de son mode de fonctionnement autistique. La présence de Paul « au monde » est devenue possible : marque-t-elle le début d'un mouvement de reconquête de ses possibilités identitaires ?

➤ le renouveau d'une certaine vitalité comme si Paul avait pu puiser et retrouver une certaine dose d'énergie à « la source ». Les perspectives et les horizons semblent s'être élargis, après des années de « chronicité ». L'accomplissement de comportements majoritairement rituels laisse peu à peu place à des actions volontaires, et dirigées vers un but. Paul ne semble plus seulement subir la réalité, il montre qu'il est capable de s'inscrire dans une direction choisie, et d'ouvrir ainsi de nouveaux espaces d'explorations.

2. Christophe

• Eléments biographiques. Histoire de la maladie

Christophe est âgé de 32 ans. Il est célibataire et n'a pas d'enfant.

Son enfance est marquée par le divorce de ses parents alors qu'il est très jeune. Il vit avec son père dès la séparation, qui se remarie peu après. Christophe est alors un enfant plutôt calme, sans histoire.

Il entreprend à l'adolescence une formation de mécanicien qu'il ne mènera pas à terme. Cette période marque le début de l'expression des troubles psychiatriques. Christophe consomme beaucoup de cannabis à cette époque.

Il présente à plusieurs reprises des crises d'agitation majeures, au cours desquelles il apparait très persécuté. L'une d'elle le conduit à une hospitalisation d'office alors qu'il a 20 ans. Au vu des éléments délirants et dissociatifs présents, le diagnostic de schizophrénie paranoïde est alors posé.

Durant les années qui suivent, Christophe fait de nombreux séjours à l'hôpital psychiatrique, pour des recrudescences anxio-délirantes dans des contextes d'intoxications cannabiques et de mal observance de traitement.

Quand il n'est pas hospitalisé, il vit seul dans un appartement de centre-ville. Il ne travaille pas. Son isolement social est très marqué. Ses seuls contacts se font au cours des visites de son père et de l'infirmière à domicile chargée de lui faire son injection de neuroleptique retard.

Il est alors sans nouvelle de sa mère depuis de nombreuses années qui a semble-t-il, déménagé.

En janvier 2011, alors qu'il refuse l'administration des injections retards, il présente une importante décompensation hallucinatoire au cours de laquelle il s'immole par le feu. Il expliquera plus tard qu'il a seulement « *obéit aux ordres d'une voix malveillante* ».

Après un séjour dans un service de grands brulés et plusieurs mois en centre de rééducation, il est de nouveau hospitalisé en psychiatrie, devant la récurrence de menaces suicidaires.

Lors de ce temps d'hospitalisation, il apparait très désorganisé, délirant et halluciné. Le contact est particulièrement difficile à établir du fait des éléments de persécution. Il passe ses journées à fumer et à déambuler dans le service n'ayant pas la possibilité d'en sortir, en raison d'un fort potentiel auto-agressif. Son traitement neuroleptique est alors changé (clozapine).

Ce changement a pour effet une nette abrasion des idées délirantes. Le contact devient enfin possible. De là, la décision d'une orientation en clinique institutionnelle est prise dans le but de consolider son amélioration. Le retour à domicile est alors inenvisageable.

Christophe arrive à la clinique durant l'été 2011. Son arrivée est difficile. Il se montre très méfiant vis-à-vis des soignants, et réticent à la prise du traitement. Il est solitaire, taciturne, et refuse par moment de s'alimenter. Il se montre à plusieurs reprises menaçant envers certains soignants, persécuteurs désignés. Ce niveau d'herméticité et de sthénicité motive la prescription d'un traitement sédatif, permettant alors de « calmer le jeu ».

• Etat clinique en septembre 2011

L'évaluation réalisée à l'aide de la PANSS en septembre 2011 met en évidence :

- ➤ un score de 40/49 concernant les items positifs
- ➤ un score de 38/49 concernant les items négatifs
- > un score de 71/112 concernant les items généraux.

Les éléments délirants et de désorganisations sont au premier plan. Le discours est généralement hermétique et assez pauvre. Les questions sont très souvent vécues comme intrusives : « vous, voulez tout savoir, j'en ai marre de parler », le ton aisément agressif.

Le délire, assez mal systématisé, est polymorphe à dominante mégalomaniaque (*« je suis propriétaire du château »*) et persécutive. Le sentiment de toute-puissance est majeur. Les mécanismes délirants sont interprétatifs, intuitifs et hallucinatoires. Il existe également un automatisme mental avec syndrome d'influence (*« vous me manipulez »*).

L'insight est faible. Malgré une humeur relativement stable, les propos de Christophe sont parfois sombres.

Sans qu'il soit figé, Christophe est plutôt asthénique, ce qui n'empêche pas son énergie d'« exploser » par moments, de manière anarchique. Les temps de présence en activités ainsi qu'en entretiens médicaux se limitent en général à quelques minutes, et reflètent son instabilité psychomotrice.

L'abord corporel est délicat. Son style vestimentaire est sur le modèle de son esprit : sans-dessus-dessous. Christophe semble vouloir cacher sa peau à l'aide de plusieurs couches de vêtements souvent sales. Il refuse catégoriquement les soins de peau prescrits : « ce n'est pas de la crème, c'est du produit pour voiture ». Cette peau dont une partie a été greffée porte les stigmates de la maladie psychique. Elle n'est d'ailleurs pas reconnue comme sienne.

L'utilisation du questionnaire des aberrations perceptives de Chapmann présume :

- de l'existence de limites corporelles floues : « j'ai déjà eu l'impression que des choses extérieures à mon corps faisaient partie de mon corps », « la distinction entre mon corps et celui d'une autre personne est parfois floue » et mouvantes : « j'ai parfois l'impression que mon corps se déforme ».
- d'un sentiment d'incarnation du corps peu évident : «j'ai parfois l'impression que mon corps n'existe pas », «j'éprouve parfois le besoin de me toucher pour vérifier que mon corps est bien là ».
- de l'inconstance du sentiment d'appropriation du corps « je me suis déjà demandé si mon corps était réellement le mien », « j'ai parfois l'impression qu'il ne m'appartient plus ».

Sur le plan institutionnel, Christophe investit allègrement les activités sportives au cours desquelles, il se montre très volontaire, mais particulièrement désorganisé. Les temps de sports donnent lieu à l'expression de ses idées délirantes mégalomaniaques : « je suis le capitaine de l'équipe de France de football... », et viennent alimenter sa toute-puissance. Lors des sorties vélos par exemple, il « brutalise » le matériel ne pensant qu'à pédaler « fort » afin de filer le plus loin possible du groupe. Il ne parvient à investir aucune autre activité de groupe de manière suivie et constructive.

La nature de ses contacts avec les autres patients est variable et ambivalente. Il est tantôt apprécié pour son sens de l'humour et sa jovialité, tantôt craint du fait de son implication dans quelques « bagarres collectives ».

Le programme « plongée » lui est proposée en septembre 2011 avec pour objectifs :

- de permettre l'établissement d'un lien plus stable
- de créer un espace de médiation contenant
- d'approcher de manière non intrusive sa sphère corporelle.

• <u>Déroulement des séances de plongée</u>

Dès les premières séances, Christophe se montre très dispersé et désorganisé. Son investissement est inconstant. Il déambule aisément autour du bassin dans son vécu paranoïde, de stimulus en stimulus, sa peau cachée sous un t-shirt. Les stimuli terrestres trop nombreux, semblent s'imposer à lui de manière anarchique.

Son attitude est similaire durant les séances de « débriefing » : il ne parvient pas à écouter les consignes, il se lève, s'énerve, menace. Les questions posées sont intrusives et jugées malveillantes. L'approche est difficile.

Christophe présente par ailleurs de bonnes aptitudes physiques aquatiques : il est bon nageur et semble tout à fait à l'aise sous l'eau.

Ses premières plongées sont à l'image de son agitation psychomotrice terrestre : il est dispersé, inattentif. Les quelques stimuli pourtant peu nombreux (caméra vidéo, cerceau en plastique..) suffisent à le parasiter.

La mobilisation du corps sous l'eau est désordonnée. Son corps semble désarticulé, à l'image de la gestuelle du joueur de batterie, qu'il imite régulièrement dès les premières secondes d'immersion. Son esprit semble totalement désolidarisé de son corps.

Christophe plonge seul, incapable de fixer son moniteur plus de quelques secondes. L'ancrage visuel est impossible à établir d'emblée. La « stratégie » consiste alors à laisser exploser cette « énergie indomptable » lors des premières minutes de plongée, avant d'essayer de la contenir.

Les premières plongées nécessitent une vigilance accrue de notre part dans la mesure où, l'instabilité et la toute-puissance mégalomaniaque, le poussent à ne pas forcement tenir compte des règles de sécurité liées à l'évolution dans le milieu.

Après trois mois de pratique, la mise à l'eau ainsi que les premiers temps d'immersion restent sujets à une agitation constante. Malgré cela, Christophe apparait bien plus calme lors des deuxièmes parties de plongée. Il est en effet moins dispersé et moins distractible. Sa gestuelle est plus fluide.

Les efforts faits par les moniteurs, parfois au prix d'une certaine fermeté, pour « forcer » le contact visuel commencent à porter leurs fruits. Christophe parvient alors à s'accrocher au regard de son vis-à-vis, le temps d'une dizaine de minutes. L'harmonisation visuelle devient progressivement possible.

Il semble accepter progressivement cette « relation à deux » avec beaucoup moins de réticence. Le regard de l'autre sous l'eau l'agresse moins, et parfois même le sécurise. Christophe accepte petit à petit la présence de l'autre, et accepte d'y être attentif : tels sont les principes de base pour évoluer en toute sécurité dans le milieu.

Lors des plongées en eaux troubles au cours desquelles le contact visuel est difficile à établir, Christophe se montre plus agité. Il cherche spontanément et dès les premières minutes, le regard de son moniteur comme pour y trouver des repères.

Au fil des mois, les plongées se prolongent. Christophe semble avoir trouvé un lieu, un refuge dont l'atmosphère apporte calme et sécurité : « sous l'eau, ça fait comme les indous qui font de la relaxation, on se sent au calme».

Le milieu permet également d'aborder la problématique mégalomaniaque de façon concrète. Christophe prend progressivement conscience de la réalité des risques de l'activité, il plonge de plus en plus avec sa tête et non plus seulement avec son corps. Les lois de

l'évolution subaquatique peuvent par moments s'imposer à la pensée toute puissante : *«l'eau parfois peut enlever la vie et donner la mort, elle nous rend mortel »* nous confit-il un jour.

Il progresse rapidement en technique comprenant qu'elle est garante de sécurité, et de confiance. Il réussit à utiliser son aisance sans prendre de risque. La prise de conscience des limites semble avoir un effet contenant. On observe même, lors des dernières séances, l'apparition d'éléments anxieux (peur de plonger) comme si le Moi avait repris possession de ses limites, intégrant le corps et l'esprit de façon plus cohérente, dans une même réalité.

L'évolution du comportement aux abords du bassin est similaire : Christophe est moins nerveux, son attention est plus soutenue. Il évolue désormais torse nu autour du bassin, et fait preuve parfois d'un certain humour alors que certains le questionnent sur l'origine de ses brûlures.

Il parvient à en parler face à la caméra, confiant à plusieurs reprises, l'impression d'avoir retrouvé sa peau, et plus largement son corps le temps de l'immersion : «ma peau s'est régénérée, je la sens de nouveau, et le moteur se remet lentement en route en moi », « je me suis senti renforcé sous l'eau, je me suis senti ».

Lors des discussions de groupe, il s'énerve toujours aussi souvent, mais parvient désormais à se calmer plus facilement.

• Evolution terrestre

A partir du mois de janvier 2012, le changement le plus notable concerne la qualité du contact qui est moins hostile. L'abord est enfin possible.

Christophe est moins persécuté, ses contacts avec les autres patients sont moins conflictuels. Il parvient à tisser quelques liens se montrant plutôt attentif et bienveillant à l'égard de certains. Le lien avec les soignants, bien qu'inconstant, est également de meilleure qualité.

La comparaison des deux dessins réalisés à un an d'intervalle suggère ce changement d'attitude : il se représente en 2012 dans la « peau « d'un personnage souriant et sympathique » alors qu'il se représentait en 2011 comme une sorte de créature « prédatrice » au corps d'homme et à la tête de loup. [Annexe 4]

Au fil des mois, son état clinique se stabilise. Il apparait plus calme, plus posé. La réticence à la prise de traitement est moindre. Il accepte de s'appliquer la crème dermatologique qu'il refusait jusqu'alors.

Ses apparitions aux réunions et aux fêtes institutionnelles, bien que fugaces, sont plus fréquentes et pleines de bonne humeur.

Les entretiens médicaux se prolongent progressivement. Il vient spontanément à l'heure des rendez-vous prévus. La discussion est plus facile, et laisse entrevoir un sens de l'humour et de l'autodérision bien affuté. Christophe parvient, sur des temps relativement limités, à avoir un discours cohérent et bien ancré dans la réalité : « les pensées par moment viennent toutes seules ». Il lui arrive d'évoquer sa vie passée avec authenticité.

Malgré tout, le niveau de désorganisation psychique reste très important. Bien que composée de seulement deux couches de vêtements, sa tenue vestimentaire reste discordante. La production délirante est encore très riche, exceptés les éléments mégalomaniaques et propres à l'automatisme mental qui apparaissent plus à distance.

Les résultats de la PANSS réalisée au mois d'août 2012, confirment ces éléments d'observations. Ils mettent en évidence comparativement à la précédente :

➤ un score de 32/49 sur les items positifs avec une perte de deux points de « désorganisation », « d'hostilité» ; une perte d'un point d'«excitation», de « persécution », d'« idées de grandeur » et de « méfiance».

➤ un score de 35/49 sur les items négatifs avec une perte d'un point de « retrait affectif », de « mauvais contact » et de « repli social ».

➤ un score de 64/112 sur les items généraux avec une perte de deux points de «tension », d'un point d'« anxiété », de « manque de coopération », de «contenu inhabituel de la pensée », de « manque d'attention », d' «évitement social actif ».

Christophe apparait également plus dynamique, moins asthénique. «Sous l'eau je suis à l'aise, mais dehors je peux doubler la puissance car je reprends tout à zéro, j'ai plus d'énergie à l'intérieur et à l'extérieur » nous confit il lors d'un débriefing.

Il trouve peu à peu du sens dans les activités réalisées, ainsi qu'un certain élan constructif. Les activités ne constituent plus seulement le théâtre de sa mégalomanie. Les

sorties vélos, par exemple, lui donnent désormais l'occasion de mettre à profit du groupe son savoir technique, acquis lors de séances de bricolages avec son père.

Le questionnaire d'aberrations perceptives de Chapmann réalisé à un an, met toujours en évidence la présence de certains éléments liés à l'inconstance du sentiment d'appropriation du corps.

Par ailleurs, les impressions témoignant de la désincarnation du corps, et de l'inconstance des limites corporelles ne sont pas retrouvées. Pouvons-nous en déduire que les limites corporelles sont mieux perçues et mieux intégrées? Une meilleure perception des limites corporelles suffit-t-elle à renforcer le sentiment d'incarnation du corps?

Points de réflexion

Les différents éléments d'observations mettent principalement en évidence, une atténuation des éléments de désorganisation psycho-motrice. Tout se passe comme si Christophe avait pu retrouver une plus grande cohérence somato-psychique, lui permettant d'agir hors de son agitation de fond.

Christophe fait en tout cas spontanément, état d'un changement à deux niveaux : « La plongée ça fait du bien physiquement et au cerveau ».

Outre les effets liés à l'intégration institutionnelle et au retentissement cognitif de l'apprentissage, quels éléments spécifiques à l'immersion pourraient se prévaloir d'un tel effet organisateur ?

Le milieu aquatique semble apporter, comme l'évoque Christophe, calme et relaxation. Ce temps de « calme retrouvé » en immersion est-il seulement le fait des propriétés physiques du milieu ? Dans quelle mesure la relation duelle imposée par le milieu a-t-elle pu favoriser le rassemblement psychique ?

Après quelques mois, Christophe nous donne l'impression d'avoir « retrouvé » sa peau. Il nous laisse l'approcher. La peau semble d'ailleurs avoir regagné sa fonction d'enveloppe « limitante », comme si le Moi avait retrouvé ses assises corporelles.

Dans la situation de Christophe, la mobilisation du corps a été relativement aisée, contrairement à certaines situations vécues avec des patients hébéphrèno-catatoniques.

Le corps du patient paranoïde dispose de tous les moyens pour se tenir debout et pour avancer : il semble « juste » avoir perdu sa boussole. Dans quelle mesure le corps peut-il constituer une porte d'entrée permettant de limiter l'inflation psychique, permettant à l'esprit de retrouver un cap?

3. Yves

• Biographie. Histoire de la maladie

Yves est âgé de 50 ans. Il est célibataire et n'a pas d'enfant. Il est le deuxième enfant d'une fratrie de trois.

L'anamnèse ne retrouve pas dans son enfance d'élément psychopathologique particulier. Après une scolarité normale, il effectue un apprentissage de coiffure, qui le conduit à partir vivre loin du domicile familial pendant plusieurs années.

Durant cette période qu'il décrit comme heureuse, Yves est parfaitement autonome et socialement intégré. Il pratique une activité de coiffeur à domicile qui fonctionne bien, lui permettant de vivre de manière tout à fait au autonome.

Alors qu'il a 25 ans, il effectue une première bouffée délirante aigue, avec prédominance d'éléments hallucinatoires. Plusieurs épisodes similaires se succèdent alors, le contraignant à revenir vivre chez ses parents. La cohabitation y devient rapidement difficile : la nature des relations avec son père se révèle rapidement conflictuelle, alors qu'un mode de relation très fusionnelle s'instaure avec sa mère.

Yves ne travaille plus et perd progressivement en autonomie. Il alterne les temps à l'hôpital psychiatrique, avec ceux au domicile des parents chez qui, il semble être de plus en plus « infantilisé ».

L'année de ses 30 ans, il part en séjour seul à l'étranger. Arrivé là-bas, il présente d'importants troubles du sommeil, et décompense alors sur un mode anxio-délirant conduisant à son rapatriement en France.

Quelques temps après son retour, il est convenu qu'il s'installe seul dans un appartement afin d'assouplir la nature des relations avec ses parents, et de favoriser son autonomie. Il est alors suivi par le secteur psychiatrique, et effectue des séjours épisodiques à l'hôpital.

Malgré la dynamique d'autonomisation souhaitée, la dépendance maternelle reste majeure (Yves passe alors ses journées au téléphone avec sa mère) et s'accentue même au fil des années. L'autonomie d'Yves est de plus en plus précaire.

La dégradation de son état psychique (évolution déficitaire) couplée à l'incapacité de vivre seul, conduisent à une hospitalisation au long cours à partir de 2006.

Le comportement d'Yves, observé durant ces quelques années d'hospitalisation, met en avant toute la dimension hébéphrénique de la maladie. Le ralentissement psychomoteur ainsi que l'apragmatisme, sont au premier plan. Son emploi du temps se résume alors à des promenades ritualisées dans le parc de l'hôpital, et des temps passés allongé sur son lit. Les seuls contacts qu'il entretient sont ceux échangés avec sa mère, qu'il continue à appeler plusieurs fois par jour.

En 2010, un relai en clinique institutionnelle est préconisé dans le but de permettre un vrai temps de « rupture » avec la mère, les dimensions régressives et déficitaires occupant une place de plus en plus importante.

Durant les premières semaines qui suivent son arrivée à la clinique de Freschines, le contact est plutôt bon. Yves s'estime heureux d'être ici. Il se montre dans l'ensemble adapté et intéressé, par l'ensemble des activités proposées. Il exprime beaucoup d'inquiétudes quant au contrat de soins posé, limitant les contacts avec sa mère.

Le traitement médicamenteux comprend alors une injection mensuelle de neuroleptique retard (halopéridol), un antidépresseur et un anxiolytique.

• Etat clinique en août 2011

L'évaluation réalisée à l'aide de la PANSS en août 2011 met en évidence :

- un score de 31/49 concernant les items positifs
- un score de 31/49 concernant les items négatifs
- un score de 75/112 concernant les items généraux avec un haut score concernant les items : « préoccupations somatiques », « anxiété », « maniérisme », « ralentissement », « mauvais contrôle pulsionnel », « contenu inhabituel de la pensée ».

Yves présente un tableau symptomatique relativement atypique.

On retrouve chez lui un certain nombre d'éléments classiques de discordance (maniérisme, rires immotivés, néologismes, échomimie...) lui prêtant toute la bizarrerie de sa présentation. Son maniérisme physique est marqué. Il porte aisément le costume tel un corset, visant à redresser sa posture et l'aidant à se tenir debout avec dignité.

Yves est doté d'une grande intelligence et d'une certaine finesse. Malgré un ralentissement psychomoteur évident, sa pensée est cohérente et parfaitement organisée.

Il participe régulièrement à toute sorte de sorties, et fait preuve d'une certaine motivation pour l'apprentissage de nouvelles activités.

Cette autonomie relative vient trancher avec certaines conduites. La mise en route matinale par exemple, est régulièrement difficile. Elle nécessite une prise en charge quasiquotidienne suivant une séquence rituelle (aide au lever, d'aide à la toilette, à l'habillage....) qui n'est pas sans rappeler celle effectuée par une mère préparant son enfant le matin avant de partir à l'école.

Les éléments de symptomatologie dite positive surviennent de manière inconstante lors d'épisodes, que l'on pourrait caractériser de confuso-délirants.

L'attitude d'Yves est toujours la même lors de ce type d'épisode: il parait obnubilé, il transpire. Son regard plafonne. Il s'allonge ensuite de lui-même sur le sol, les yeux fixant le ciel.

Tout commence par l'apparition d'éléments dissociatifs de dépersonnalisation et de déréalisation, couplés à un cortège de troubles cénesthésiques. S'en suivent systématiquement des impressions de morcellement et de liquéfaction corporelle. Au cours des épisodes, Yves dit parfois « perdre les limites de son corps». Il arrive également qu'il se touche le visage pour « vérifier qu'il n'a pas éclaté ». Il décrit également par moment la présence de voix malveillantes lui « ordonnant de rapetisser ».

La disparition de ses jambes « dissoutes » dans son vécu délirant ne lui permet plus de garder sa position verticale. Il s'effondre avec « mesure » en s'allongeant sur le sol afin, ditil, de « *retrouver un appui* ».

Yves adopte invariablement à partir de là, une attitude profondément régressive. Tantôt il se recroqueville en position fœtale, tantôt il reste sur le dos effectuant des mouvements de succion, similaires à ceux du nourrisson lors de la tété. Il sanglote généralement et appelle sa mère en criant.

Tous les éléments décrits semblent participer à un processus de régression vers un *«état infantile de désintégration »* tel que décrit par Mélanie Klein¹⁰⁹. Tout se passe comme si nous assistions au cours de ce type d'épisodes, à la réactualisation d'un mode de fonctionnement archaïque, témoin d'un retour aux premiers stades de développement de l'enfant. Yves semble avoir régressé jusqu'à une phase au cours de laquelle le bébé est dans une unité duelle avec sa mère.

En effet, toute personne tentant de s'interposer symboliquement entre sa mère et lui au cours de ce type d'épisode, peut alors constituer une menace pour la pérennité de cette fusion. Yves peut se montrer dans cette mesure, extrêmement agité et particulièrement agressif à l'encontre des soignants qui tentent alors de le relever et ainsi, de s'interposer entre lui et sa mère : « tu veux tuer maman! », « si je meurs maman meurt! ».

Il lui arrive également d'exprimer des propos concernant la crainte « d'être mangé » ou de manger sa mère. Ce type de propos nous renvoie aux angoisses et aux fantasmes de dévorations, présents chez le bébé au cours des premiers mois de la vie, et viennent ainsi appuyer l'hypothèse d'un processus de fixation à un niveau de régression archaïque.

Ce type de processus a été largement décrit par Mélanie Klein au cours de la position schizo-paranoïde. Le bébé est alors incapable de distinguer les bonnes des mauvaises parties du soi, le bon du mauvais objet. Il éprouve alors des sentiments contradictoires à l'égard de sa mère qui constitue à la fois le bon et le mauvais objet. Il fantasme alors de dévorer ce qui constitue pour lui le mauvais objet, en même temps qu'il est sujet à l'angoisse d'être dévoré.

A distance des épisodes, Yves nous explique « avoir besoin de se mettre au sol pour se reconstituer ».

Faut-il percevoir ce processus de régression comme une tentative de sauvegarde psychique, comme une manœuvre « auto thérapeutique » permettant de lutter contre la menace de désintégration ?

L'attitude des équipes soignantes se nourrit en tout cas de cette réflexion. Il nous faut accepter cette régression, et la comprendre comme une demande d'accompagnement. C'est pourquoi lors de chaque épisode Yves est accompagné dans sa chambre et bordé à la manière d'un enveloppement sec, dont le but est de favoriser le rassemblement des « morceaux de son Moi » éparpillés.

¹⁰⁹ Klein M. *Développements de la psychanalyse*. Puf. Paris; 1946.

D'un point de vu corporel, l'utilisation du questionnaire des aberrations perceptives de Chapmann (hors épisode aigue) suggère :

- une inconstance des limites corporelles : « limites floues », « distinction entre mon corps et les objets parfois difficile », « corps se mélange avec l'environnement ».
- une perception du corps morcelée : «impression de parties mortes ou irréelles » et mouvante : « visage qui semble différent quand je me regarde dans le miroir », « un de mes membres a une forme inhabituelle »

Le programme « plongée » est proposée à Yves en septembre 2011 avec pour objectif principal la mise en place d'un espace de médiation permettant d'approcher sa « sphère corporelle ».

Déroulement des séances de plongée

Dès les premières séances, l'investissement d'Yves est total. La facilité avec laquelle il évolue dans l'eau nous frappe. Il plonge comme si le milieu lui était déjà familier. Lui, dont le corps est souvent perçu morcelé par la conscience, dont la mobilisation terrestre est inconstante, semble se déplacer sous l'eau avec aisance et confiance : « Je me sens comme un poisson dans l'eau, c'est magique».

Il parvient à franchir la surface sans appréhension, comme s'il avait à y faire quelque chose. Il apprécie particulièrement l'évolution subaquatique en apnée, et révèle de bonnes aptitudes physiques pour cette pratique. La plongée en bouteille s'avère un peu plus laborieuse au départ, du fait du poids de la bouteille qui rend la stabilisation plus difficile. Les progrès se feront progressivement, l'essentiel étant que le bien-être prime sur le côté technique.

Nous observons par ailleurs dès les premières séances, le déclenchement quasiautomatique de mouvements désynchronisés de pédalage au niveau des jambes. Ces mouvements sont similaires à ceux effectués de manière réflexe par le nouveau-né lors des premières immersions.

Yves est bien décidé à faire ce voyage accompagné. Sur terre comme sous l'eau, il est en demande d'accompagnement. La mise en phase visuelle avec le moniteur se fait

naturellement. Après quelques mètres le duo se met en place, la dyade est privilégiée. Ce type de relation ne reproduit pas strictement la relation symbiotique puisqu'elle est régulée, en immersion, de façon tierce par l'écran technique dépendant des lois de la plongée.

Lors des premières plongées, Yves se laisse guider calmement, porté par le regard et le milieu : « sous l'eau je suis calme, heureux ». Si l'étayage visuel est insuffisant, il se met à « couler ».

Sous l'eau, Yves se laisse aller doucement à la régression le temps de l'immersion, guidé par la bienveillance de son vis-à-vis. Le processus semble apporter un changement : « l'eau me permet de prendre du recul par rapport à ce que j'étais avant ».

Les temps de verbalisation en sortie d'eau sont riches. Sa parole gagne progressivement en fluidité, à l'image de ses déplacements subaquatiques. A aucun moment il ne parle de sa mère. Les propos sont centrés sur son ressenti corporel.

Il évoque un certain nombre de sensations nouvelles, en lien avec la mobilisation du corps dans son ensemble : «sous l'eau on sent son corps bougé, transformé », « sur terre je bute, sous l'eau ça coule » « on vole, on sent son corps différemment », « on sent ses muscles s'étirer, sous l'eau je n'ai pas cette sensation d'avoir moins de force ».

Yves nous confie pouvoir « retrouver ses dimensions» le temps de la plongée comme s'il retrouvait son corps, et pouvait à nouveau l'incarner de manière plus cohérente et moins constante : « sous l'eau le corps m'appartient et s'appartient à lui-même», « dehors je me sens divisé en deux alors que sous l'eau mon corps est rassemblé ».

Certains propos semblent attester de répercussions dépassant le cadre du corps: « sur terre mon corps et ma tête se vident, pas sous l'eau », « je me sens détendu, ça fait du bien à la tête on se sent reboosté », « je ressors avec du punch pour quelque temps».

• Evolution terrestre

Au cours des mois qui suivent le début de l'activité plongée, les épisodes régressifs sont toujours présents et deviennent même plus fréquents. Ils sont parfois de forte intensité occasionnant des gestes de violence physique à l'égard de l'équipe soignante. Ces épisodes sont quasi-systématiques lors des retours à la clinique, après les temps de plongée : « lorsque le groupe se disloque, je me disloque avec ».

Ces observations nous amènent alors à plusieurs interrogations : les temps de régressions subaquatiques faciliteraient-ils le processus régressif terrestre ? Dans quelle mesure la régression est-elle thérapeutique?

Les épisodes aigus bien que plus fréquents sont plus courts : Yves serait-il dorénavant en mesure de se « rassembler » plus facilement ?

L'amélioration majeure concerne le comportement d'Yves entre les épisodes aigus. Il apparait physiquement plus présent. Sa démarche est plus fluide, sa posture redressée.

Les mises en route matinales sont moins laborieuses. Les temps debout sont durables, plus nombreux et plus constructifs. Yves parvient par exemple, à se remettre à la coiffure qu'il avait abandonnée alors qu'il venait de tomber malade. Il la pratique plusieurs fois par semaine au sein d'un atelier qui connait beaucoup de succès. Yves assure ses prestations, bien ancré dans la réalité, avec beaucoup de calme et d'attention.

La reprise de cette activité depuis longtemps abandonnée, s'accorde au retour d'une certaine vitalité, et signe à nos yeux, le préambule d'un mouvement de « remise en route » psychique.

L'utilisation du questionnaire des aberrations perceptives de Chapmann en août 2012 ne retrouve pas d'éléments relatifs à l'inconstance des limites corporelles. Les impressions de morcellement sont par ailleurs toujours présentes.

La PANSS réalisée au mois d'août 2012 met en évidence une amélioration de la symptomatologie négative. Les scores retrouvés, comparativement aux précédents sont :

- ➤ de 29/49 sur les items positifs avec une perte d'un point de «idées délirantes », « hallucinations ».
- ➤ de 27/49 sur les items négatifs avec une perte de trois points de « repli social/apathie » et d'un point de « retrait affectif ».
- ➤ de 69/112 sur les items généraux avec une perte d'un point d' « anxiété », de « préoccupations somatiques », de «dépression », de « trouble de la volition», d' «évitement social actif », de « mauvais contrôle des pulsions ».

• Points de réflexion

Au total, les différents éléments d'observations mettent en évidence :

- ➤ la présence d'une aisance aquatique certaine et insoupçonnée. Comment et pourquoi Yves, qui éprouve parfois les plus grandes difficultés pour se tenir debout, parvient-il à évoluer sous l'eau avec autant de naturel et de facilité ?
- ➤ l'expérience d'un corps unifié et vivant le temps des immersions. En quoi le milieu aquatique peut-il favoriser le rassemblement corporel ? Cette « remise en route corporelle » est-elle à l'origine du regain de vitalité observé ?
- ➤ une capacité accrue à régresser jusqu'à des stades primitifs de développement. Que trouve Yves dans ce mouvement de régression historique ?

4. Tableau synthétique

Prénom Age du patient	Diagnostic Psychiatrique	Evolution PANSS août 11; août 12	Comportement en immersion	Evolution intégration corporelle	Evolution comportement terrestre
Paul 50 ans	Schizophrénie hébéphrénique (évolution de dysharmonie)	Scores positifs 25/49; 20/49 Scores négatifs 36/49; 33/49 Scores généraux 60/112; 56/112	aisance attiré vers le fond hermétisme relationnel puis harmonisation levée d'inhibition motrice	limites floues morcellement du corps puis perception plus unifiée	amélioration du contact prise d'initiatives diminutions des préoccupations somatiques
Christophe	Schizophrénie paranoïde	Scores positifs 40/49 ; 32/49	agitation puis calme	limites floues	amélioration du contact
32 ans	paramorae	Scores négatifs 38/49 ; 35/49 Scores généraux 71/112 ; 64/112	hermétisme puis attention toute puissance puis craintes	du corps inconstante puis précision des limites meilleure incarnation	apragmatisme moindre désorganisation moindre
Yves	Schizophrénie hébéphrénique	Scores positifs 31/49 ; 29/49	aisance attitude	limites inconstantes	épisodes régressifs : + fréquents
50 ans		Scores négatifs 31/49 ; 27/49 Scores généraux 75/112 ; 69/112	régressive levée d'inhibition motrice	morcellement du corps puis précision des limites	+ courts vivacité accrue

IV. Schizophrénie et immersion. Propriétés thérapeutiques du milieu subaquatique

Au regard de notre expérience pratique, le milieu subaquatique semble constituer un lieu privilégié et particulièrement adapté à la problématique psychotique.

Certaines caractéristiques font de ce milieu un espace unique, en lui-même thérapeutique pour nos patients schizophrènes.

A. Milieu terrestre empreint de difficultés

L'observation des malades schizophrènes dans les différents lieux de soins met en évidence un certain nombre de difficultés concernant leurs possibilités de déplacement. Leur mobilisation est souvent laborieuse et limitée. Tout se passe comme si l'espace terrestre même dit « thérapeutique » semblait peu adapté à l'organisation psychique défaillante du malade, comme si les difficultés de mobilisation rencontrées par les patients étaient majorées par les caractéristiques du milieu terrestre.

Généralement dans l'institution, le malade erre suivant les chemins de sa logique interne, tête baissée, dos vouté, bras ballants. L'ensemble de son corps semble écrasé, rendant sa marche lourde. Son regard ne fixe rien, il ne l'oriente plus. Le patient donne l'impression de se déplacer de point en point. S'il s'arrête, sa position de repos est là, immédiate : accroupi ou assis, parfois la tête entre les mains, souvent dos contre le mur ou simplement couché.

Le malade semble ne rien pouvoir faire aisément au sein de cet espace terrestre. Il stagne, paraît arrêté devant cet espace ouvert dont il ne sait que faire. Rien ne l'appelle.

Malgré la capacité qu'il a de réaliser dans son espace familier quelques activités ponctuelles et souvent automatiques, le malade semble avoir arrêté « la conquête de son espace ». Cette conquête ancestrale qui mène vers l'exploration du monde et de l'horizon.

1. Précarité de la station debout

L'enfant part à la conquête de son espace à partir du moment où il acquiert la station debout. Après la période de soins primaires pendant laquelle il est complètement porté,

l'enfant commence par tenir sa tête, puis son dos. Il se tient ensuite assis, puis progressivement de façon hésitante, commence à se tenir debout.

Une fois bien planté sur ses jambes, l'enfant porte son regard au loin, curieux d'explorer son espace plus ou moins lointain. Il tente ainsi de s'éloigner de sa mère pour la première fois, même si l'acquisition parfaite de la station bipède n'est acquise réellement qu'entre 5 et 7 ans ¹¹⁰. Rien n'est plus censé pouvoir l'arrêter, excepté la maladie.

La phylogenèse témoigne de ce long périple pour se tenir debout. L'hypothèse classique installe les origines de la bipédie au moment où nos ancêtres australopithèques adoptent la vie dans les savanes ; ils se redressent alors pour mieux scruter les environs, pour transporter les outils ou la nourriture, pour impressionner proies et prédateurs¹¹¹.

De tous les primates, le genre Homo se distingue par une bipédie réelle et permanente lors de ses déplacements ainsi que par une station verticale parfaite lui conférant une certaine suprématie sur le reste du règne animal.

Si, à la lumière de l'ontogenèse et de la phylogenèse, la station debout semble dès lors bien établie, il n'en reste pas moins que de nombreux « évènements » peuvent venir la remettre en cause : la maladie, le malheur, la vieillesse... Ces dernières peuvent venir rompre ce bel équilibre. L'homme malade vient rapidement à se coucher, le vieillard marqué par la voussure de l'âge va se recroqueviller, le jeune malade schizophrène abandonne parfois cette position bien verticale qui fait la fierté de son âge.

Nos patients paraissent subir la gravité terrestre de plein fouet comme si le corps était devenu un fardeau pesant qu'il fallait alléger en s'allongeant ou en s'asseyant. La station debout devient précaire, elle semble avoir perdu son « intérêt ».

Tout se passe comme si l'équipement neurophysiologique regroupant les systèmes visuels, vestibulaires et musculo-articulaires et permettant au malade de tenir debout et de partir alors explorer le monde, était devenu inutilisable.

C'est à la hauteur de ces difficultés que le médiateur de soins aquatique apparaît comme particulièrement adapté à nos malades schizophrènes.

¹¹⁰ Rivière J. Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles. Broché; 2003.

¹¹¹ Pica P. Les Origines de l'homme : L'odyssée de l'espèce. Seuil; 2005.

L'eau soulage le corps des contraintes de la gravité, elle porte et catalyse le mouvement¹¹². *«Sous l'eau je n'ai pas cette sensation d'avoir moins de forces comme dehors»* nous explique un patient.

Le poids apparent du corps est diminué en immersion. Ce poids est en effet égal à la différence algébrique entre le poids réel et la poussée d'Archimède qu'il subit. De plus, la pression hydrostatique (progressant avec la profondeur) permet une facilitation du maintien de l'équilibre statique et dynamique sous l'eau.

Ainsi la poussée d'Archimède, s'appliquant sur le centre de la masse du plongeur, libère aussitôt la crispation terrestre à se tenir debout. L'inhibition terrestre est levée, la remise en mouvement est facilitée. « *Tout se débloque dans l'eau* » nous dit B., patient hébéphrènocatatonique et plongeur depuis 10 ans.

Le patient est ainsi soulagé du vecteur vertical que constitue la gravité terrestre et qui est généralement perçu comme une force accablante. Il va pouvoir se déplacer librement et avec plus de légèreté tel un « homme volant » dans un milieu au sein duquel toutes les harmonies du mouvement vont pouvoir se jouer. Dans ce milieu porteur dépourvu d'apesanteur, B. aime à rappeler qu' « il n'y a plus d'effort à faire comme pour marcher, on se sent libre ».

2. La troisième dimension

L'homme redressé n'a cessé de scruter l'horizon. Il porte son regard plus loin que n'importe quel quadrupède au sol et cette particularité pourrait avoir déterminé la préférence qu'il accorde au système visuel dans l'acquisition et le traitement de l'information¹¹¹.

La verticalité de l'homme assigne à son regard une fonction d'intentionnalité, point de départ de l'exploration du monde. La pulsion de vie, ou pulsion dromique, naîtrait de la capacité de l'homme à scruter l'horizon et à s'arrêter sur un point de cet horizon.

Claude Jeangirard développe cette notion dans son livre intitulé *La troisième dimension dans la construction du psychisme*¹³ et la met en perspective avec la problématique psychotique. Pour lui, la pulsion dromique prend sa source dans l'ensemble des organes du système nerveux perceptif (organes de l'équilibre, de la coordination motrice, du regard) et conditionne la soumission à trois axes d'orientation :

¹¹² Kemoun G, Watelain E, Carette P. Hydrokinésithérapie. Elsevier. EMC. 2006; 26–140A–10.

¹¹¹ ibid

¹¹³ Jeangirard C, De Graaf W. La troisième dimension dans la construction du psychisme. Eres; 1998.

- l'axe vertical produit de l'attraction terrestre
- l'axe horizontal engendré par la vue en tant que productrice d'un champ visuel
- l'axe sagittal ou « *troisième dimension*» constituant l'étayage de la station verticale, fondatrice de l'angle droit sur lequel se règle les systèmes labyrinthique et cérébelleux.

Cette pulsion ne serait existante que si l'équipement neurologique est au complet. Elle se développerait chez l'enfant corrélativement à la prise de possession de l'espace, à la constitution de son ego et de son langage. Son achèvement réalisé, elle aurait pour application l'appropriation de l'espace via celle de la *« troisième dimension »*.

Cette pulsion conditionnerait ainsi le destin de l'appareil psychique, « faute de laquelle développement psychique ne pourrait présider à la production des moyens de vivre sur l'espace terrestre » 113.

Cette pulsion, composante de la pulsion de vie, ne semble ne pas s'appliquer chez nos patients. Nous présupposons que les organisations mentales psychotiques seraient privées de ce système à trois dimensions. Il y aurait une faillite de l'usage normal de l'espace et de la capacité de le figurer graphiquement chez les malades pouvant conduire à une sorte d' « agnosie de l'espace ».

Dans cette perspective, l'espace du patient serait un espace à deux dimensions. La troisième dimension sagittale, qui situe le corps dans l'espace et dans le monde, lui ferait défaut. Il y aurait ainsi une perte de la dimension spatiale du monde et du repère d'horizon (matérialisant l'Autre pour Jeangirard).

Le malade psychotique souffrant de ce trouble de l'organisation de l'espace éprouverait d'importantes difficultés à se situer dans l'espace et à organiser son espace. Il serait dépourvu de cette conceptualisation de l'espace lui donnant un point de perspective et lui permettant de « partir à la conquête du monde ». Les dessins réalisés par les malades, la plupart du temps dénués de profondeur et de toute perspective, traduisent clairement ce genre de difficultés.

¹¹³ ibid

Le milieu aquatique est un espace optique à deux dimensions. Il forme un espace « vitre » sans profondeur de champ à la différence de l'espace terrestre. Il nous semble constituer, dans cette mesure, un milieu simplifié pour les malades.

Que ce soit en mer ou en piscine, sous l'eau l'horizon n'existe pas. C'est pourquoi le patient en manque d'équipement spatial neurologique doit pouvoir se mouvoir au sein l'espace subaquatique avec plus d'aisance et de liberté qu'au sein de l'espace terrestre. L'appréhension spatiale du milieu par le patient est simplifiée sous l'eau.

Lors de plongées effectuées en eaux troubles (visibilité de quelques mètres), la majorité des patients a pu garder la même aisance et le même calme que lors des plongées en piscine. À partir du moment où le moniteur restait visible, l'absence totale de profondeur de champ n'a pas semblé être un frein à leur progression sous l'eau.

Récurrence des stimuli

Lieu de sollicitations et de stimuli de toutes sortes, l'environnement terrestre est bien souvent perçu comme hostile par le patient. Tout peut être perçu comme agression, et particulièrement pour le patient paranoïde qui ne parvient pas toujours à « fîltrer » ces stimuli.

Le monde parait, à certains moments, trop bruyant de présence humaine et trop compliqué. Le malade peut alors se figer et trouver refuge dans le repli, l'isolement : tel un processus de « *glaciation* »¹¹⁴.

Le milieu subaquatique, véritable monde du silence, offre le temps de l'immersion un espace où le malade n'est plus agressé comme nous l'explique L. : « je me sens mieux au fond qu'à la surface, j'ai l'impression qu'il y a moins de pression ».

Cet espace peut jouer un rôle de filtre sensoriel pour le malade très vulnérable au stress lié à l'environnement. Sous l'eau, le bruit disparaît, la lumière et les couleurs s'atténuent, les mouvements sont plus lents. Pour la plupart de nos malades, le passage sous la surface permet d'apporter calme et sérénité.

L'immersion apporte en général des conditions d'évolution suffisamment rassurantes et facilitantes pour le malade. Les spécificités du milieu combinent subtilement l'isolement sensoriel à la décharge des contraintes physiques terrestres.

-

¹¹⁴ Resnik S. *Temps des glaciations*. Eres; 1999.

Ces caractéristiques propres font du milieu aquatique un véritable lieu de « refuge » pour de nombreux malades.

B. Aisance aquatique aux origines lointaines

L'observation de nos patients au cours des sessions de plongée montre d'une manière générale, que le malade se montre presque immédiatement à l'aise dans l'espace sous-marin. On peut en effet observer une certaine facilité du patient à progresser dans ce milieu. Il « sonde » spontanément, il demande à « descendre » comme si ce milieu lui était déjà familier.

Il semble y évoluer de manière naturelle sans les appréhensions d'ordres phobiques classiquement retrouvées dans la population générale. Le plongeur « normal » doit apprendre la plongée par la technique pour surmonter la crainte de l'immersion, c'est à dire la crainte de l'asphyxie par noyade.

Faits culturels plus que réalité scientifique : on ne peut affirmer que l'Homme en tant que tel aurait eu des ancêtres directs aquatiques. Alors que tous les mammifères marins sont devenus aquatiques et le sont restés, l'Homme est le long prolongement d'ancêtres aquatiques sortis des eaux vers le milieu terrestre voici 310 millions d'années¹¹⁵.

Ainsi nous gardons au fond de nous-mêmes, à chaque moment de notre existence (et disponibles suivant les circonstances) de nombreuses adaptations à la vie sous l'eau, vestiges de cet héritage inconscient.

Si nous gardons en nous l'histoire phylogénétique de nos ancêtres lointains, nous pouvons donc supposer l'existence d'une mémoire subaquatique au même titre que celle des mammifères marins.

1. Cas des bébé-nageurs

L'observation des bébés nageurs et plongeurs, pratique très en vogue dans les années 70, témoigne de cet héritage aquatique originel¹¹⁶.

¹¹⁵ Lecointre G, Guyader HL. *Classification phylogénétique du vivant*. 3e édition revue. Belin; 2006.

¹¹⁶ Mayol J. *Homo Delphinus*. Glénat; 1983.

Il n'y a en effet chez le nouveau-né aucune répulsion à pénétrer dans l'élément liquide. Le nouveau-né a encore sans doute en mémoire le souvenir d'une vie aquatique passée au sein du ventre maternel. L'oxygène lui était alors fourni par voix fluide dans l'attente de la formation définitive de ses poumons¹¹⁷.

Lors de l'immersion d'un nourrisson, on peut observer une succession de comportements moteurs réflexes témoignant d'une probable mémoire archaïque subaquatique.

Il existe un réflexe d'apnée chez le nouveau-né permettant le blocage automatique des voies respiratoires et empêchant ainsi l'inhalation d'eau. Il suffit de jeter quelques gouttes d'eau sur le visage d'un nourrisson pour le voir automatiquement bloquer sa glotte et retenir son souffle.

Sur le plan moteur, le nouveau-né évolue d'abord automatiquement sous l'eau en réalisant des mouvements similaires à ceux d'une grenouille. Vers l'âge de 4 à 5 mois, survient un mouvement de redressement du corps avec synchronisation des deux jambes comparable au mouvement d'ondulation observé chez les dauphins. Par la suite, les mouvements de jambes se désynchronisent jusqu'à constituer un mouvement de pédalage établissant une sorte de « pré marche aquatique » qui anticipe la marche terrestre¹¹⁰.

2. Héritage phylogénétique

Héritier d'une lignée plongeant ses racines dans le milieu océanique, puis beaucoup plus tard au sein même des continents, l'Homme a-t-il gardé une mémoire de son long parcours ? Une forme de mémoire est-elle inscrite au sein de notre ADN ? Sans qu'on n'ait, pour le moment, mis en relation précise mémoire comportementale et ADN, la nature même de cette molécule permet le stockage de l'information. On sait que la séquence des nucléotides constitue un message codé porteur d'informations transmises de génération en génération.

Les comportements innés ne peuvent qu'être inscrits dans ce message. Chez tout individu, ce type de comportement correspond essentiellement à des comportements de survie : réflexe de succion du nouveau-né, réflexe d'apnée, réflexe de marche automatique de nage, et d'autres encore contrôlés par le tronc cérébral et qualifiés de réflexes archaïques car sans modulation et peu différenciés.

Gold F, Saliba E. Physiologie du fœtus et du nouveau-né. Adaptation à la vie extra-utérine. Elsevier. EMC. 2007; 4–002P–10

¹¹⁰ Rivière J. *op.cit.*

Un certain nombre d'éléments et de mécanismes physiologiques portent encore les stigmates de l'existence d'un tel héritage aquatique :

- le phénomène physiologique d'adaptation « blood-shift » présent chez l'homme et chez les mammifères marins permettant la redistribution du sang artériel des organes périphériques vers les organes internes au cours d'immersions en grandes profondeurs¹¹⁸.
- le phénomène de bradycardie réflexe présent chez l'homme et les baleines. Lors de l'immersion du corps le rythme cardiaque est spontanément réduit permettant de réduire la consommation d'oxygène.
- le phénomène d'habituation à l'apnée présent chez l'homme. Au cours d'apnées répétées, il existe un accroissement exponentiel des capacités d'apnée lors d'immersion successivement répétées.
- la persistance d'un faible pourcentage de respiration cutanée chez l'homme (environ 1%), processus présent en plus grande proportion chez les amphibiens et chez de nombreux poissons.

Au cours de certains stades de l'ontogenèse humaine, on peut voir apparaître des caractères homologues aux caractères ancestraux de la lignée tels que les arcs branchiaux présents de manière transitoire chez le fœtus humain mais également chez tous les vertébrés.

Certains scientifiques, dont Haeckel au XIX^e siècle, ont théorisé à partir de ces observations. Selon la théorie de la récapitulation, «L'Ontogénie est une récapitulation rapide de la Phylogénie [...] signifiant que dans son développement embryogénique, tout individu revêt successivement les différentes formes par lesquelles a passé son espèce, pour arriver à son état actuel »¹¹⁹.

À la lumière des avancées actuelles cette théorie est largement tombée en désuétude. Chaque génération hérite bien du capital génétique ayant permis à la précédente de survivre sans qu'il s'agisse pour autant d'une récapitulation accélérée de l'histoire de l'espèce.

Il semble que l'homme porte bien en lui, par son bagage génétique, certaines potentialités des espèces qui l'ont précédé dans le temps. L'homme a mené une vie aquatique durant sa vie prénatale et intra-utérine qu'il n'oubliera pas.

-

¹¹⁸ Pelizzari U, Tovaglieri S. *Apnée: De l'initiation à la performance*. Editions Amphora; 2005.

¹¹⁹ Duvernay Bolens J. La théorie de la récapitulation de Haeckel à Freud. Topique. 2001; 75(2):13.

Nous avons pu observer à de nombreuses reprises au cours des séances de plongée le déclenchement de mouvements réflexes chez les malades, similaires à ceux classiquement décrits chez le nouveau-né. Il peut s'agir du déclenchement de mouvement d'ondulation des membres inférieurs mais aussi d'un redressement global de la tête et du tronc alors que la position d'évolution subaquatique naturelle est horizontale.

Ces éléments d'observation constituent pour nous le témoin d'une adaptation ancienne. Ils nous laissent à penser que cette mémoire aquatique pourrait être sollicitée par le milieu sous-marin dans lequel évolue le patient.

L'aisance subaquatique quasi-immédiate du patient laisse supposer l'existence d'un accès plus facile à cette mémoire que l'individu normal qui, bien souvent, éprouve de la peur lors des premières immersions.

Pourquoi le patient psychotique pourrait-il avoir accès à cette mémoire comportementale plus facilement que les autres?

3. Théorie du cerveau tri-unique

Les données actuelles de l'ontogenèse et de la phylogenèse suggèrent que le cerveau antérieur de l'homme (ou cerveau frontal) a atteint son organisation actuelle en conservant des propriétés reflétant des relations ancestrales avec les reptiles, les premiers mammifères et les mammifères évolués 120.

Paul Mac Lean introduit en 1967 la théorie du cerveau tri-unique. Il considère que l'ordre hiérarchique des centres cérébraux supérieurs, et par conséquent des fonctions correspondantes, est déterminé par leur ordre d'apparition dans la phylogenèse : le nouveau cerveau se bâtissant sur l'ancien¹²¹.

L'évolution du cerveau humain se serait faite en plusieurs phases correspondant à l'apparition sur Terre des différentes classes phylogénétiques d'animaux [Annexe 5] avec :

• le cerveau « reptilien » : structure anatomique la plus ancienne (400 millions d'années) régissant le fonctionnement des oiseaux, des amphibiens, des poissons et des reptiles. Il correspondrait anatomiquement au cervelet et au tronc cérébral. Son

¹²⁰ Kolb B, Whishaw IO. *Cerveau et comportement*. De Boeck Supérieur; 2008.

¹²¹ Paul Maclean. *Les trois cerveaux de l'homme*. Robert Laffont; 2000.

rôle est d'assurer les besoins primaires (respiration, température interne, alimentation, sommeil, reproduction). Il est également responsable de comportements stéréotypés et de certains réflexes innés de défense. Les comportements induits par le cerveau reptilien ne peuvent évoluer avec l'expérience.

le cerveau « paléo-mammalien » ou limbique : structure intermédiaire (65 millions d'années, apparition des premiers mammifères) correspondant à l'hippocampe, l'amygdale et l'hypothalamus. Il est à l'origine du système limbique dévolu aux principaux comportements instinctifs et à la mémoire. Il permet les émotions, l'apprentissage kinéthique et déclenche les réactions d'alarmes du stress.

• le cerveau « néo-mammalien », résultat de la troisième et dernière phase d'évolution (3,6 millions d'années, date d'apparition des Australopithèques africain bipèdes). Il correspond au cerveau cortical permettant notamment le raisonnement logique, le langage et l'anticipation des actes.

L'accroissement du néocortex et l'augmentation de la proportion du cerveau attribué aux aires associatives au cours de la phylogenèse sont le reflet de cette évolution vers une meilleure organisation des comportements complexes. De toutes les régions du néocortex, c'est certainement le cortex préfrontal qui a connu la plus forte expansion chez l'être humain 120.

Mac Lean pensait que ces « trois cerveaux » étaient totalement indépendants les uns des autres et qu'en cas de lésion d'un des cerveaux, les autres pouvaient fonctionner de manière autonome.

¹²⁰ ihid

Cet aspect de totale indépendance de trois cerveaux clairement distincts est à ce jour globalement rejetée¹²². Les aires cérébrales fonctionnent bien en interaction les unes avec les autres. Ceci n'empêche pas la partie paléontologique et évolutive de la théorie d'être justifiée : le cerveau humain semble bien être le résultat de périodes de « céphalisation » successives au cours desquelles les niveaux supérieurs ont intégré les niveaux inférieurs laissant la possibilité à chaque cerveau d'opérer de manière relativement indépendante si l'un d'entre eux est lésé.

Même si de multiples connexions relient le cortex-frontal aux autres aires néo-corticales de même qu'aux structures sous-corticales et notamment au stratium (cerveau reptilien), ces aires conservent une relative autonomie. Les activités les plus anciennes phylogénétiquement parlant pourraient bénéficier dans certaines situations particulières d'une relative indépendance.

4. Théorie de la dissolution

Les travaux de Mac Lean se basent sur les conceptions du neurologue anglais Jackson datant du XIX^e siècle se situant eux-mêmes dans la continuité des travaux évolutionnistes de Spencer.

Selon la loi de « *L'évolution-dissolution* » ¹²³ énoncée par de Jackson et reprise par Henry Ey, la maladie mentale résulterait d'une déstructuration de l'organisation hiérarchique fonctionnelle et historique du cerveau.

Au cours de l'évolution, les fonctions nerveuses s'organiseraient par niveau partant du plus connecté et organisé pour le niveau inférieur (c'est à dire le niveau sous cortical), au plus ouvert et plastique pour le niveau supérieur (c'est à dire le niveau cortical). Le processus d'évolution constituerait un passage du plus simple au plus complexe du fait de la multiplication des connexions possibles. Les comportements seraient de plus en plus différenciés, de plus en plus souples, exigeant donc du sujet un contrôle de plus en plus précis.

Les structures nerveuses seraient ainsi responsables de mouvements de plus en plus complexes et contrôlés que l'on pourrait situer dans une hiérarchie comportementale directement liée à la hiérarchie structurale neurologique. L'organisation du système nerveux

¹²² Vincent J. *Biologie des passions*. Odile Jacob. Paris; 2002.

¹²³ Ev H. *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie.* L'harmattan. Paris; 1975.

central serait celle d'une hiérarchie de fonctions, chacune contrôlant et inhibant celle qui lui est inférieure.

Jackson applique cette théorie générale aux maladies du système nerveux qu'il conçoit comme des dissolutions. La dissolution s'effectuant conjointement dans les comportements et les structures nerveuses responsables.

Au cours des maladies nerveuses, la dissolution atteindrait d'abord les fonctions et les structures des plus hauts niveaux mais ne descendrait pas le chemin jusqu'au bout. Le processus s'arrêterait à un palier où certaines structures et certaines fonctions seraient conservées. « La régression n'ayant pas parcouru la totalité de l'évolution, un certain niveau d'évolution subsiste [...] dire subir la dissolution équivaut à être réduit à un niveau inférieur de l'évolution » 123.

La notion de « dissolution » implique que l'atteinte d'un centre nerveux libèrerait l'expression des activités des centres qui sont sous sa domination.

Dès lors, des signes négatifs témoins de la localisation de l'atteinte ont été distingués des signes positifs témoins de l'activité des centres sous-jacents ou des parties juxtaposées restées saines.

Les maladies nerveuses comporteraient toujours dans cette perspective à la fois un aspect négatif lié à la dissolution d'une fonction supérieure (plus complexe, plus fragile et plus fine) et un aspect positif lié à la désinhibition de la fonction lui étant immédiatement inférieure (processus d'adaptation moins complexes et plus rigide). « La maladie ne fait que produire des symptômes mentaux négatifs. Tous les symptômes mentaux positifs complexes sont le résultat d'activités d'éléments nerveux qu'aucun processus pathologique n'a atteint » 123.

5. Modèle organodynamique

Henri Ey reprend ces principes neurologiques au travers de sa théorie organodynamique pour les appliquer au champ du psychisme.

Il existerait dans cette perspective, des niveaux de dissolution de la conscience correspondant à des niveaux de dégradation de l'activité psychique parmi lesquels les structures schizophréniques constitueraient le niveau le plus grave de dissolution.

.

¹²³ ifid

Cette dissolution aurait pour effet de répartir la clinique sous deux axes³¹ :

• la structure négative s'exprimant sous forme de dissolution de la conscience avec comme manifestations possibles : dissociation schizophrénique, perte d'élan vital et/ou l'appauvrissement psychique.

• la structure positive liée à la libération des instances sous-jacentes pouvant se manifester par le délire, les hallucinations et/ou les comportements automatiques.

Ainsi, un des facteurs de folie serait la dissolution de la conscience, considérée comme la fonction suprême de l'activité cérébrale. Pour Ey, le niveau normal de la conscience représente le niveau de plasticité suffisante pour que l'individu puisse s'adapter aux conditions sociales de l'existence en équilibrant ses pulsions affectives et en exécutant son programme vital

La régression ou l'immaturation à un niveau inférieur donnerait à la maladie sa physionomie clinique. Le processus schizophrénique serait à la fois une désorganisation (structure négative) et une réorganisation (structure positive) de l'Etre. « Les illusions d'un aliéné ne sont pas causées par la maladie mais sont le résultat de ce qui reste de lui » ³¹.

Dans la maladie schizophrénique, l'atteinte corticale est prédominante et responsable des symptômes négatifs de la maladie (perte de l'élan vital, appauvrissement psychique...).

D'après la théorie de la dissolution, cet affaissement des fonctions supérieures corticales libèrerait les structures sous-corticales.

La libération des structures sous corticales serait ainsi à la fois responsables de la symptomatologie positive (délire, hallucinations) mais également de comportements automatiques tels que nous les observons chez nos patients en immersion. Ces comportements réflexes pourraient correspondre à différents niveaux de régression coïncidant avec les dernières formes d'adaptation saine. La symptomatologie liée au processus de déconstruction jusqu'à la base saine fixerait alors le niveau de régression.

L'ensemble de ces éléments nous laisse supposer qu'il y pourrait y avoir chez le malade schizophrène un accès facilité à une mémoire archaïque aquatique dans certaines conditions d'environnement, du fait de l'atteinte de fonctions corticales supérieures.

³¹ Garrabe J. op.cit.

Cet accès « phylogénique régressif » pourrait justifier l'existence d'une telle aisance et d'une telle facilité observées lors des plongées de nos patients.

L'héritage d'un « passage aquatique » est ancré en chacun de nous. Les malades schizophrènes sembleraient pouvoir y accéder de manière plus directe, en immersion.

C. Immersion et régression

L'ensemble des caractéristiques du milieu subaquatique participe à la création d'un espace rassurant et sécurisant pour le malade. *«Sous l'eau c'est comme une protection rapproché ça rassure»* nous dit F., patient plongeur.

Les propriétés spécifiques du milieu qu'elles soient enveloppante, porteuse, filtre permettent l'aménagement d'un environnement dans lequel le patient peut se sentir en confiance et ainsi libre de régresser.

Elles favorisent la mise en place d'une relation transférentielle forte entre le soignant et le malade. Cet aspect n'est pas anecdotique quand on sait les difficultés existantes pour mettre en place une relation avec les patients d'une manière générale.

La communication sous l'eau s'effectue sur un mode infra verbal : elle est basée sur les gestes et les regards. Ce type de communication requiert une « attention à l'autre » soutenue et permanente faisant de la dimension relationnelle un axe fondamental du processus thérapeutique.

Il s'agit, dans notre approche, de privilégier l'établissement d'une relation interpersonnelle authentique plutôt que d'adopter une attitude purement technique. Il est important de s'adapter aux besoins du malade pour permettre au processus régressif de s'installer.

Le processus de régressif a, dans cette perspective, un sens thérapeutique. L'idée est de permettre au malade d'aller chercher symboliquement dans une situation nouvelle une « autre conscience » que celle envahie par la maladie.

1. Concept de régression

La régression indique en psychologie un retour en arrière dans un processus de développement ainsi que le recours à des attitudes et à des comportements liés à une phase antérieure de développement¹²⁴.

Dans les années 30, les traitements de choc se développent en psychiatrie faisant de la régression une technique de choix dans la prise en charge des maladies mentales.

L'objectif des cures de sommeil de Klaesi est, par exemple, d'induire un mouvement de régression contrôlé par la création d'un climat clos de sécurité et par la suspension des stimulations sensorielles et sociales.

Les cures de Sakel (ou comas insuliniques) utilisées jusque dans les années 60 ont pour but d'établir une dissolution temporaire de la conscience par hypoglycémie induite. La phase de réveil permet alors l'instauration d'un maternage intensif et de soins corporels sensés apaiser le patient et le rendre psychiquement disponible pour des interventions psychothérapiques.

D'un point de vue analytique, on désigne par régression « dans un processus psychique comportant un sens de parcours ou de développement, un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui »¹²⁵. Les théories analytiques classiques dégagent plusieurs sens spécifiques à la régression.

La régression formelle marque le passage à des modes d'expression et de comportement d'un niveau inférieur du point de vue de la complexité, de la structuration et de la différenciation.

La régression temporelle suppose une succession génétique et un retour du sujet à des étapes dépassées de son développement lorsque celui-ci se trouve confronté à des difficultés qu'il ne peut surmonter.

Bien que pour Freud la régression apparaisse initialement comme un phénomène pathologique, il développe l'hypnose qui encourage la reviviscence des traumatismes passés et leur abréaction favorisant ainsi la régression temporelle, topique et formelle.

¹²⁴ Edmond M. La régression thérapeutique. Gestalt. 2002; (23).

¹²⁵ Laplanche J, Pontalis J. *Vocabulaire de la psychanalyse.* Edition 3e. PUF; 2004.

Il parle d'un retour de l'organisation libidinale à des points de fixation, des modes relationnels et des attitudes qui leur sont liés¹²⁶.

Ferenczi reprend cette démarche qu'il nomme « *néocatharsis*»¹²⁷. En plus d'aider à la reconstruction de l'histoire du patient, l'objectif thérapeutique est aussi dans cette optique de corriger et de réparer les traumatismes de l'enfance. La mise en place d'un cadre sécurisant doit permettre au malade de régresser jusqu'à la situation traumatique. Ferenczi fait de la régression un véritable outil thérapeutique dans lequel la communication non verbale et émotionnelle est au centre du processus.

Nous retrouvons ce principe de communication infra verbale dans notre pratique. En immersion, le canal de communication préférentiel est corporel et émotionnel. Le malade retourne alors à des types de sensations et des modes de communication rappelant ceux des premières relations mère-enfant. Le milieu peut ainsi constituer pour le patient un espace suffisamment neutre et paisible permettant d'y « revivre » des situations analogues à celles vécues lors des premières relations objectales.

2. L'espace thérapeutique

L'immersion permet ce rappel du monde de la dyade et les retrouvailles avec cette mémoire primaire de façon analogique. La relation binaire est ici régulée de façon tierce par l'écran technique dépendant des lois de la plongée.

Au travers de cet écran aquatique de signification immédiate, passe le message inconscient du symbole de la relation mère-enfant de par la structure analogique évoquant le nourrisson dans sa baignoire, voire le fœtus dans le liquide amniotique.

Le milieu aquatique permet et soutien une tendance naturelle à la régression ontogénique; « *je vole dans l'eau*, *comme un gros bébé*, *c'est le retour de l'enfant* » nous dit un malade.

Pour Winnicott, le cadre thérapeutique régressif doit être un équivalent des soins maternels privilégiant le « *holding* » et le « *handling* » ¹²⁸. Ces termes représentent les soins maternels prodigués au nourrisson au stade de la dépendance absolue. Ils dénotent que l'on

¹²⁶ Bourdin. L'interprétation des rêves. Breal; 2001.

¹²⁷ Ferenczi S. *Psychanalyse*, *T. IV. Oeuvres complètes*. Payot; 1990.

¹²⁸ De Coulon. La cure de packs, une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique. L'information psychiatrique. 1985; 61(2).

porte physiquement l'enfant mais désignent également tout ce que l'environnement lui fournit antérieurement au concept de vie commune.

Ces notions supposent qu'un nourrisson ne peut se développer que couplé aux soins prodigués par la mère qui doit pouvoir percevoir de manière empathique tout ce qui le concerne.

Dans notre pratique, il ne s'agit pas de remplacer la mère ou d'occuper la place de « la mère suffisamment bonne ». Le rôle du soignant est d'apporter au patient certaines fonctions de la mère dans son rôle de barrière protectrice et de Moi auxiliaire.

C'est en effet par le contact immédiat du corps et le réapprentissage de la distance qu'une ébauche de « Moi » peut se réorganiser.

Il s'agit en pratique d'utiliser par le milieu certaines caractéristiques du « **holding**» et du « handling» pour créer un environnement bienveillant qui pourra permettre le développement du sentiment de continuité d'être 128.

Le patient se retrouve, lors des premières plongées, dans une situation de totale dépendance à son moniteur. C'est pourquoi, le soignant se doit d'être entièrement disponible pendant tout le processus. Il est profondément sollicité et impliqué dans le travail thérapeutique. L'attitude soignante doit privilégier l'empathie, le soutien et le contact corporel. Elle se démarque de la classique « neutralité bienveillante ».

Rencontrer le malade « au niveau de sa régression » n'est possible qu'au travers d'une relation sécurisante et privilégiée avec le soignant. Ce processus nécessite une capacité d'empathie suffisante résultant de la possibilité personnelle de chacun à s'identifier à des patients régressés.

Cette attitude constitue le « prix » d'une relation authentique d'une richesse psychiatrique et humaine incomparable.

¹²⁹ ibid

3. Processus thérapeutique

Pour bon nombre d'auteurs classiques, la psychose est en rapport avec une carence du milieu à un stade très primitif du développement affectif de l'individu. Ce type de carence résulte, dans cette perspective, d'un écart trop grand entre les besoins du nourrisson et les soins maternels.

Le modèle du changement proposé par Balint est celui d'un retour, par une régression contrôlée, à la situation primitive de carence ou « défaut fondamental » 129. Ce modèle propose à partir de là une reprise de la maturation suivant les étapes naturelles du développement. La régression permettrait alors d'apporter au patient une réponse différente de celle qui s'est révélée traumatique.

Pour Winnicott la régression doit provoquer le « dégel » d'une structuration figée de la personnalité, avec l'espoir que l'environnement actuel puisse réparer le défaut d'adaptation de l'environnement passé¹²⁸. Winnicott parle de « régression à la dépendance » correspondant à la nécessité pour le patient de revenir avec le thérapeute à la situation de dépendance primordiale qui a été la sienne lorsqu'il était nourrisson. Le but est de restaurer le narcissisme primaire qui n'a pu s'établir à l'époque, si défaillance maternelle il y a eu. À partir de l'établissement du narcissisme primaire, la croissance doit pouvoir reprendre. À partir de là, le self authentique pourra désormais être capable de faire face aux frustrations de l'environnement sans recourir à des mécanismes de défense archaïque.

Les théories mettant en cause le comportement maternel dans la genèse des psychoses ont été depuis justement critiquées et largement abandonnées. Néanmoins, l'idée d'un retour organisé à une forme de dépendance primitive nous semble tout à fait intéressante.

Le mouvement symbolique qui consiste à « régresser pour progresser », à « mourir pour renaître » est tout à propos dans notre pratique. Ce mouvement pourrait constituer une sorte de « voyage au centre de la Terre» 114 dont le but serait la quête d'un soi « authentique ». Rappelant la position de Winnicott, la régression pourrait constituer par ce biais un moyen de dégeler la créativité et la force vitale du Soi.

¹²⁹ Michael DB. *Le défaut fondamental : aspects thérapeutiques de la régression*. Payot; 1971.

¹¹⁴ Resnik S. op. cit.

Appuyons nous sur les propos de Ferenczi, pour lequel les pulsions dirigées vers l'avant puisent leur énergie dans la force d'attraction du passé, la nature faisant « appel à des forces génératrices archaïques pour les mettre au service de la régénération »⁸⁷.

Pour Sivadon, l'organisme doit d'abord régresser et retrouver sa « normalité » en deçà de l'état anormal pour pouvoir ensuite réorganiser de nouveaux modes de fonctionnement tenant des capacités du malade⁶⁷.

Par la décharge des fonctions d'intégration, la régression pourrait amener à une réorganisation de la personnalité permettant une désinhibition des fonctions archaïques et une détente des systèmes fonctionnels plus complexes. Cette régression pourrait entraîner par ellemême l'abandon de certaines structures pathologiques, acquises et entretenues sous l'influence des exigences trop fortes d'un milieu trop complexe.

Le travail doit alors s'opérer sur le ressenti actuel et sur son expression dans la situation thérapeutique. Il faut pouvoir lever les inhibitions qui empêchent le malade de trouver une nouvelle réponse aux situations qu'il répète. À partir de là, le malade doit pouvoir libérer les émotions contenues par l'inhibition ; «Ce n'est pas l'image passée qui provoque la décharge de l'affect, mais la relaxation de l'inhibition présente »¹²⁴.

L'homme qui plonge peut ainsi faire un retour à l'origine de tout, condition nécessaire pour que de là il puisse « s'élever aux états supérieurs ». Le processus régressif peut permettre au malade d'aller chercher au niveau de « sa partie saine » l'énergie et les ressources anciennes nécessaires pour effectuer le chemin inverse.

Le patient pourra, à partir de cette forme de « *régression à la dépendance* », s'acheminer progressivement vers l'indépendance avec une vitalité et une vigueur authentiques.

Guérir, c'est régresser. C'est faire retour au point d'origine pour renaître comme l'indique la tradition.

Le patient peut ainsi refaire lors de chaque immersion ce parcours inscrit dans la mémoire de son premier développement, résultat des forces conjuguées avec « son monde océanique ». De là, il pourra peut-être repartir debout et avec élan dans le monde terrestre qui lui est si difficile à vivre.

⁸⁷ Ferenczi S. op. cit.

⁶⁷ Sivadon G. op. cit.

¹²⁴ ibic

4. I mage du corps et régression

L'abord corporel se situe au moment le plus régressif du traitement de la psychose.

Les conditions de régression dans le milieu aquatique permettent un retour symbolique à un passé inscrit dans la mémoire et le corps du malade. Elles offrent la possibilité d'un dialogue primitif corporel à partir duquel le malade pourra progressivement apprendre à utiliser son corps et son langage d'une façon nouvelle. Le processus régressif est un moyen de rendre supportable le traitement des lacunes dans l'organisation corporelle du Moi³³.

L'immersion apporte la possibilité de rejouer d'une autre façon les relations de portage et de contenance infantile qui participent à la construction normale de l'image du corps ainsi qu'à la naissance du sentiment primaire d'être. Le milieu permet la mise en place de ce duo primaire.

Esther Bick décrit la fonction psychique de la peau dans le développement du bébé et montre la nécessité de l'expérience d'un objet contenant, auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau. « Le besoin d'un objet contenant semblerait, dans l'état non intégré du premier âge, produire une recherche frénétique d'un objet [...] qui puisse retenir l'attention et, partant, être éprouvé momentanément au moins comme tenant rassemblées les parties de la personnalité » 130.

Le nourrissage représente l'expérience prototypique du rassemblement à l'intérieur d'une même peau. La jonction entre les différentes modalités sensorielles, l'enveloppement, le portage, le bain de paroles donne au bébé le sentiment primaire d'être.

Pour Schilder, l'image du corps se développe sous l'influence de processus émotionnels et libidinaux au sein de la vie affective².

Le corps constitue un mode de relation avec l'environnement matériel et humain. C'est par un processus de construction active, à partir des expériences réelles du sujet, de ses désirs et de ses besoins que s'élabore la connaissance du corps. L'identité corporelle dépend ainsi de la présence des autres. La rencontre avec autrui est nécessaire à sa constitution.

³³ Pous G. op. cit.

¹³⁰ Bick E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Harris et Bick; 1968.

² Morin C, Thibierge S. op. cit.

Le passage du corps ressenti au corps reconnu représente une étape importante dans le développement humain. Le corps tel que ressenti par le sujet est intimement lié au corps tel que reconnu par l'autre. Le corps peut être considéré dans ses relations aux autres ou se référer seulement à une manière d'être qui ne concerne que lui-même.

Le développement normal du sujet permet de fonder l'image du corps pour soi sur l'image du corps pour autrui : « *une image du corps intégrée suppose un corps ressenti qui sera également reconnu par autrui* »⁶⁵. C'est par l'intermédiaire d'autrui que le corps propre accède au statut d'objet perçu.

Dolto considère l'image du corps comme incarnation symbolique inconsciente du sujet, comme synthèse vivante des expériences émotionnelles et comme mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel⁸. L'image du corps du sujet est faite de superpositions d'images passées de son corps et de l'image actuelle. Elle est de ce fait propre à chacun et intégralement liée au sujet et à son histoire.

Ainsi, le corps doit être investit narcissiquement et simultanément représenté pour un autre, pour que son image puisse se construire. L'image du corps permet au Moi de se constituer dans le narcissisme. Cette image est utilisée comme catalyseur et comme unificateur permettant de renforcer les instances du Moi.

Lacan met l'accent sur cette dimension libidinale de l'image du corps qui est nécessairement vécue, bien ou mal, comme objet de désir pour autrui¹³¹.

Aux aspects intégratifs des données sensorielles, s'adjoint un champ affectif indispensable dans la construction de la conscience du corps. La motricité et la sensorialité sont liées à une expérience émotionnelle produite par la relation à autrui.

La construction de l'image du corps chez le nourrisson se fait au travers des paroles de la mère qui nomme ce qu'elle voit du comportement de son enfant et qui propose son interrogation sur le sens à donner. Le visage de la mère constitue le premier miroir au travers duquel l'enfant se découvre. Les représentations que l'enfant construit de lui-même, sont très liées à celles que sa mère a de lui. Le Moi de la mère est alors le support du Moi de l'enfant.

⁶⁵ Pelsser R *op. cit.*

⁸ Dolto F. op. cit.

¹³¹ Lacan J. "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du "Je" telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique » in Écrits. Le Seuil; 1966.

Spitz parle de ce « *climat émotionnel* »¹³² naissant des sentiments de la mère pour son bébé qui est en tout point favorable au développement psychique du nourrisson. La perception affective constitue là le mode perceptif prédominant chez le nourrisson du fait d'un développement encore insuffisant de l'appareil perceptif sensoriel.

Dans notre pratique, il est fondamental que l'expression émanant du vécu corporel des patients soient accueillie. La fonction du soignant consiste à recevoir ce que le patient parvient à exprimer, à dire de ses sensations et de ses affects. À partir de là, il sera important de signifier que ces sensations viennent du corps et qu'elles portent un sens.

S'intéresser aux corps de nos patients, c'est redonner à ces corps leurs places propres « d'objet à aimer ».

Les séances de débriefing réalisées en groupe après chaque séance de piscine et de plongée s'inscrivent dans cette perspective. Elles ouvrent la possibilité d'un dialogue, d'un échange autour du corps.

« Le corps doit devenir image pour être pensé, il doit de la même manière être aimé pour être senti » 33. L'intégration d'un corps chargé de sens, investi comme objet et reconnu comme indépendant pourra participer à la construction et à l'intégration de son image.

¹³² Spitz RA. *De la naissance à la parole : La première année de la vie*. Presses Universitaires de France - PUF; 1997.

³³ Pous G. op. cit.

V. Immersion et conscience du corps

S'immerger c'est accepter de quitter des repères connus et rassurants pour découvrir un autre monde impliquant d'autres perceptions corporelles et d'autres expériences.

A. Mobilisation sensorielle

L'eau combine subtilement isolement et stimulation sensorielle. Elle est à la fois milieu filtre et puissant mobilisateur sensorielle.

De par les propriétés physiques spécifiques de l'eau (température, poussés d'Archimède, résistance hydrodynamique), le travail en immersion sollicite majoritairement les systèmes sensoriels tactiles et visuels.

1. Enveloppement physique

L'évolution aquatique peut être source de sensations nouvelles, inédites. La détente musculaire automatique au contact de l'eau chaude, est physiologiquement à l'origine d'une sensation de bien-être. Un patient nous le confirme : «*l'eau me relaxe, en plus l'eau contre ma peau, c'est comme un massage* ».

Comme nous l'avons vu, l'enveloppe perméable qu'est censée constituer la peau, peut ne plus assurer sa fonction de limite et de protection dans la schizophrénie. Le filtre devient alors passoire. Les excitations excessives d'origines externes ne sont plus stoppées aux frontières de ce territoire, et les excitations d'origines internes ne sont plus contenues. Le malade peut avoir la sensation de se vider de sa substance, sans pouvoir rien opposer aux invasions du dehors.

Pour se défendre, il peut faire de sa peau, normalement si vivante, une chose lui permettant de rester indifférent aux changements de température, aux chocs, aux coups. Son « enveloppe » n'est alors plus sienne, il s'en dessaisi.

L'eau comme la combinaison de plongée, épousent les contours du corps (immobile ou en mouvement). Le milieu aquatique a cette particularité d'assurer l'enveloppement de l'ensemble de la surface corporelle dans un espace infini. Il favorise ainsi la prise de

conscience de l'existence d'un dedans et d'un dehors. Sentir sa peau dessinée, son corps délimité en favorise logiquement la perception matérielle¹¹².

L'immersion, à la manière du « packing », apporte une sensation de double enveloppement corporel. L'enveloppement est tactile, mais également thermique par vasodilatation périphérique réactionnelle au contact du froid. L'eau stimule de manière puissante la sensibilité de surface.

On retrouve dans la pratique du « packing » ou des massages physiques, la notion de « stimulation du schéma corporel » par stimulation de la sensibilité tactile superficielle. D'un point de vue théorique, les objectifs de cette technique énoncés par Woodbury dans la psychose sont « de donner au malade une stimulation du schéma corporel, en plus de contrôler ses tendances auto-destructrices et agressives sans avoir recours aux médicaments» ⁹⁶. La sensation d'enveloppement induite peut ainsi aider « l'image du corps » à retrouver sa fonction de forme et de surface.

Dans notre approche, la nature de l'enveloppement corporel ainsi que les moyens pour y parvenir sont différents de ceux des techniques de « packing ». La notion d'enveloppement physique y est bien présente, mais ne limite pas le malade dans ses possibilités de mouvement. Bien qu'installé dans un processus régressif et sous la dépendance du soignant, le patient ne se retrouve pas dans une position de passivité totale, pouvant-être parfois très anxiogène. De plus, la stimulation corporelle ne se fait pas de manière directe par le toucher du soignant, elle est médiatisée par l'eau.

Le milieu aquatique comporte ainsi des conditions suffisamment douces et sécurisantes, qui permettent l'activation de sensations de surface généralement supportées par nos patients.

Une des idées fondatrices de notre approche est de favoriser la prise de conscience des limites du corps, via le réveil de cette sensibilité de surface. Favoriser l'émergence de sensations corporelles de surface, peut amener le malade à reconnaître les limites de son corps et dès lors, à identifier ce qui ne lui appartient pas, ce qui n'est pas son corps.

¹¹² Kemoun G, Watelain E, Carette P. op. cit.

⁹⁶ Woodbury MA.op. cit.

«La connaissance intime du corps se construit à travers l'expérience des limites » nous dit Merleau-Ponty⁵. Le travail en immersion nous semble être en mesure de favoriser les retrouvailles avec une peau, dont la fonction d'enveloppe a été chez nos patients bien souvent perdue. L'abord corporel permet l'instauration d'une base de sensations-perceptions sans laquelle il n'y a pas de sentiment d'exister.

Nous formulons l'hypothèse, que le fait d'induire une expérience corporelle de surface pourrait renforcer les possibilités de perception et de représentation du corps, d'une manière analogue aux processus mis en jeu lors des premiers stades du développement de l'enfant.

2. Le Moi-peau

Didier Anzieu nous rappelle dans ses travaux³² la multiplicité des fonctions de la peau où, le physique et le psychique, le concret et le symbolique se combinent. En plus du rôle biologique complexe qu'elle joue, la peau transforme l'organisme en un système sensible, qui participe à « l'éprouvé » des sensations, et qui constitue un lieu d'échanges avec l'entourage. Elle occupe un statut d'intermédiaire, de transitionnalité.

Elle constitue à la fois, par la matérialisation des limites corporelles, notre protection contre le monde extérieur et l'une des voies principales d'accès à ce monde.

La peau est un système de plusieurs organes des sens (toucher, pression, douleurs, chaleurs,...) et recouvre tout le corps. Elle combine les dimensions spatiales et temporelles. Elle sépare et unit les différentes sensorialités (organes des sens externes, les sensibilités kinesthésiques et d'équilibration).

D'un point de vue embryologique, l'ectoderme forme à la fois la peau et le cerveau, tous deux êtres de surface. La surface interne ou cortex, est en rapport avec le monde extérieur par la médiation d'une surface externe : la peau.

De tous les organes des sens, elle constitue le plus vital. Elle apparaît chez l'embryon avant tout autre système sensoriel, en vertu de la loi selon laquelle plus une fonction apparaît précocement plus elle est fondamentale.

⁵ Merleau Ponty *op.cit*.

³² Anzieu D. op. cit.

Le toucher est le seul des cinq sens externes à posséder une structure réflexive : l'enfant qui touche du doigt les parties de son corps, expérimente les deux sensations complémentaires d'être un morceau de peau qui touche, en même temps que d'être un morceau de peau qui est touché ¹³³. C'est sur ce modèle de la réflexivité tactile que se construisent pour Anzieu, toutes les autres réflexivités sensorielles, puis la réflexivité de la pensée.

Stimuler la peau, c'est mobiliser bien plus que cela, c'est solliciter l'être dans ses profondeurs. Comme le figure Paul Valéry, elle constitue « *ce qu'il y a de plus profond en nous et ce qui est notre surface*»¹³⁴.

Dans la conception phénoménologique, le toucher insère les sensations dans le tissu du corps le rendant propre à un Je. Ceci, dans la mesure où la singularité de chaque perception différencie du corps d'autrui.

Le toucher constitue dans cette perspective, le mode originaire de constitution du corps propre, lieu des sensations et des émotions. Le corps est l'expression de la vie de l'esprit, et représente la médiation absolue de l'homme par le biais du schéma corporel, qui trouve son unité dans la synthèse de la perception et des sensations.

La complexité anatomique et physiologique de la peau sur le plan organique, anticipe la complexité du moi sur le plan psychique.

Les sensations cutanées introduisent, dès la naissance (et même avant), le nourrisson dans un univers d'une grande richesse et d'une grande complexité. Cet univers est encore diffus, mais éveille le système perception-conscience, qui sous-tend un sentiment global et épisodique d'existence et qui fournit la *«possibilité d'un espace psychique originaire »*³².

Freud considère dans cette mesure, que tout ce qui est psychique se développe en constante référence à l'expérience corporelle. « Le Moi est avant tout un Moi corporel [...], il est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent à la surface du corps, à côté du fait qu'il représente la superficie de l'appareil mental » 133.

Didier Anzieu par le concept de « Moi-peau » fait de la sensorialité tactile, le modèle organisateur du Moi et de la pensée. Il désigne par Moi-peau : « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter

¹³³ Freud S. Le Moi et le Ca, Essais de Psychanalyse. Payot. Paris; 1981.

¹³⁴ Valéry P. *L'idée fixe*. Gallimard. Paris; 1960.

³² Anzieu D. op. cit.

lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps »³².

Les stimulations tactiles éprouvées par le fait d'être tenu, porté, serré contre le corps de la mère dans un bain de paroles et de communications, conduisent le bébé à différencier une surface comportant une face externe et une face interne ; lui permettant de distinguer le dehors du dedans. Cette surface, nommée « *interface*», délimite un volume donnant à l'enfant la sensation d'un contenant.

A l'occasion des expériences de contact de son corps avec le corps de la mère, le bébé acquiert la perception de la peau, comme surface commune avec la mère dans un premier temps¹³⁰. La poursuite des expériences de contact engendre ensuite la reconnaissance de l'existence d'une peau propre à chacun, impliquant d'une part, la notion d'une limite entre l'intérieur et l'extérieur, et d'autre part, un sentiment d'intégrité de l'enveloppe corporelle. Ce sentiment d'intégrité donne au Moi une enveloppe narcissique, et un bien-être de base correspondant à l'avènement du Moi-peau.

L'environnement maternant « entoure » le bébé d'une enveloppe externe faite de messages. Cet entourage est censé ajuster avec une certaine souplesse, un écart disponible à la surface du corps du bébé, et constituer une enveloppe interne. Cette enveloppe sur mesure, achève progressivement d'individualiser le bébé par la reconnaissance qui lui apporte la confirmation de son individualité. La jonction entre les différentes modalités sensorielles, l'enveloppement, le portage, le bain de paroles et la plénitude interne, donne alors au bébé un sentiment d'être.

Les spécificités régressives du milieu aquatique permettent, « sans en avoir l'air », de rejouer de manière analogique ces situations primaires d'hyperstimulation sensorielle, à partir desquelles le malade pourra initier un mouvement de reconstruction de son image du corps.

Le tactile tient ainsi un rôle incontournable dans la construction du psychisme. Il apporte à la fois des perceptions externes et internes, fournissant en permanence au psychisme une « enveloppe contenante » ainsi que la possibilité d'avoir des contenus.

³² Anzieu D. op. cit.

¹³⁰ Bick E. op. cit.

3. Enveloppement psychique

Freud suggère la notion d'enveloppe psychique dès 1895 en présentant l'idée de limites du Moi, d'un dedans et d'un dehors. Houzel considère l'enveloppe psychique comme « un plan de démarcation entre le monde intérieur et le monde extérieur, entre monde psychique interne et monde psychique d'autrui » 135.

Dès lors, cette différenciation entre un lieu à l'intérieur du corps et un lieu à l'extérieur, est rapprochée de la notion de contenant psychique qui permet alors, la création d'un espace interne de pensée.

Anzieu prête plusieurs fonctions à l'enveloppe psychique que constitue le Moi-peau s'étayant sur les fonctions métaphoriques de la peau :

- une fonction de maintenance du psychisme analogue au « holding » de Winnicott
- une fonction de conteneur analogue au « handling »
- une fonction de pare excitation protégeant l'enfant des agressions et des excès de stimulation
- une fonction d'individuation qui apporte à l'individu le sentiment d'unicité du Soi souvent inconstant dans la schizophrénie
- une fonction d'intersensorialité qui aboutit à la constitution d'un « sens commun » reliant entre elles les sensations de diverses natures
- une fonction d'inscription des traces sensorielles et tactiles.

Du point de vue des sciences cognitives, le bébé va avoir besoin de recevoir des soins et d'explorer l'environnement physique, à la recherche des stimulations nécessaires pour exercer ses potentialités et activer son développement sensori-moteur.

Des modèles de comportement psychomoteur se constituent à l'occasion des interactions enfant-adultes. S'ils sont réussis et répétés, ils deviennent des comportements préférés et des précurseurs des modèles cognitifs ultérieurs. Ils assurent le développement d'un tempérament propre, précurseur d'un moi individuel.

¹³⁵ Anzieu D. *Les Enveloppes psychiques*. 2e ed. Dunod; 2003.

La réussite dans les capacités de discrimination sensorielle, d'effectuation motrice et d'émission signifiante, s'ajoute à une force qui pousse le bébé à expérimenter d'autres boucles, à tenter d'autres apprentissages. Le bébé acquiert progressivement un sentiment de force intérieure qui va d'un sentiment de confiance dans ses entreprises, à un sentiment euphorisant de toute puissance illimitée. Ce sentiment est indispensable au bébé pour accomplir les réorganisations de ses schèmes sensori-moteurs et affectifs.

Chaque discipline atteste à sa manière, de l'existence chez le nouveau-né d'un « pré-Moi » corporel doté d'un élan intégrateur de diverses données perceptives, sensorielles, et particulièrement tactiles. La sensorialité occupe, dans cette mesure, une place prépondérante dans la construction du psychisme et fait du *« Moi conscient, avant tout un Moi corps*»³². Cette dimension est fondamentale pour la compréhension des processus en jeu dans notre approche.

La stimulation d'expériences perceptives prenant source dans la surface du corps, pourrait permettre la réémergence d'un pré-Moi corporel et, de fait, être à l'origine d'un mouvement de reconstitution d'une double enveloppe physique et psychique chez le malade.

Le processus d'enveloppement a pour but d'amener le malade à pouvoir se représenter à lui-même, unifiant sa personne et donnant un appui au sentiment d'être. L'enveloppe partiellement reconstituée pourra alors constituer le précurseur d'un sentiment d'identité personnelle, et d'un sens de la réalité retrouvé.

4. Sollicitations visuelles

A l'image du système perceptif tactile, le système visuel est fortement sollicité sous l'eau. Les sollicitations sont bien différentes des sollicitations terrestres.

Les propriétés physiques et la qualité de l'eau altèrent l'information visuelle. L'eau annule l'effet optique de la courbure de la cornée. Il en résulte l'apparition d'une image non focalisée et trouble. Sous l'eau l'acuité visuelle est très mauvaise, mais la perception des tailles et des distances reste en partie possible.

-

³² Anzieu D. op. cit.

Pour retrouver une meilleure image, il est nécessaire de restituer l'interface aérienne avec la cornée d'où l'utilisation de masques vitrés. Cette interface n'est pas parfaite puisqu'elle altère également la vision, du fait de la différence d'indices de réfraction entre les milieux. Avec le masque, le champ visuel est réduit, la perception des distances est faussée, les images apparaissent agrandies et déformées sur les parties périphériques.

Les références visuelles peuvent également être perturbées par la baisse de luminosité, et la modification de la vision des couleurs. En pleine eau dans le « grand bleu », l'absence de repères visuels est totale. Dans ce milieu infiniment opaque, les points d'appui terrestres et visuels habituels sont inexistants. Seul existe l'autre. Le regard de son vis-à-vis constitue le seul appui possible.

Pour le malade schizophrène incapable d'utiliser l'horizon comme point de perspective¹¹³ le regard du moniteur constitue plus que chez n'importe qui un point d'appui fixe et porteur.

Faute d'autre possibilité de communication, la communication gestuelle est primordiale et indispensable pour pouvoir évoluer dans le milieu en toute sécurité. La plongée impose de par ses caractéristiques, la présence de l'autre et la présence à l'autre.

Cette dimension est fondamentale car elle permet l'instauration d'une relation soignantmalade transférentielle forte. Le mode de communication visuel imposé par le milieu, emprunte une voie de communication primitive et fondamentalement impliquée dans la construction du psychisme.

Les données visuelles occupent en effet une place centrale dans la maturation du psychisme. Au cours des expériences répétées des premiers mois, l'enfant commence à compter sur la perception visuelle qu'il ne perd jamais. Celle-ci s'avère plus constante et plus gratifiante que celle du toucher. Elle est sûre, continue mais non contiguë. La vision des couleurs, la perception visuelle de l'espace, des trois dimensions et du mouvement, sont les premiers modes perceptifs à fonctionner.

La seule peau contenant et limitant ne suffit pas à faire « vivre avec » le bébé. C'est bien l'association de la fonction enveloppante de la peau tenant ensemble les parties du corps, avec la dialectique des regards, qui va introduire le monde à trois dimensions.

Jeangirard C, De Graaf W. op. cit.

Le nourrisson au sein communique avec la mère beaucoup par ses yeux, les regards échangés avec elle lui permettent d'envelopper ses affects d'une façon plus hétérogène.

A la dissymétrie entre la bouche du bébé et le mamelon de la mère, répond la symétrie de leurs regards qui ouvre à la possibilité de communiquer des expériences différentes avec le même langage de référence.

L'intégration des modalités sensorielles visuelles commence vers 6 mois. Les objets perçus par la vue vont permettre de reconnaître les différentes parties du corps ; ils sont portés à la bouche de telle sorte que peu à peu, l'enfant arrive à distinguer ce qui dépend du mouvement émanant de son corps propre, et ce qui appartient au monde extérieur. Cette distinction permet initialement l'unification du corps.

La perception visuelle, a alors une maturation suffisante pour permettre la reconnaissance d'une forme humaine, entraînant une modification dans l'éprouvé affectif et mental du corps¹³⁶.

L'harmonisation visuelle entre le patient et son moniteur est un élément fondamental du travail en immersion. Ce processus constitue par lui-même un levier, et une condition sans quoi aucun mouvement thérapeutique n'est possible. C'est pourquoi, dès les premières secondes d'immersion, un temps de mise en place visuelle, d'harmonisation des regards est nécessaire. C'est seulement une fois "cette relation » établie que les plongeurs pourront commencer leur voyage sous-marin.

Cette harmonisation est d'autant plus difficile à installer que le patient est désorganisé. Avec les patients schizophrènes paranoïdes, la mise en place de l'ancrage visuel est loin d'être évidente au départ. Cependant, une fois en place, ce type d'ancrage semble être doté d'un véritable effet organisateur et contenant, si les plongées sont réalisées régulièrement.

B. Mobilisation cénesthésique

L'immersion permet au corps d'expérimenter des sensations différentes de celles qu'il vit et connaît sur terre. Ces sollicitations nouvelles concernent, comme nous l'avons vu, certains aspects de la sensibilité extéroceptive (sensorielle et cutanée) mais également d'une sensibilité plus profonde.

-

¹³⁶ Lacan J. *Ecrit I. Nouvelle édition*. Edition du seuil; 1966.

Les conceptions scientifiques actuelles, ont vu disparaitre la notion de « cénesthésie » lui préférant des termes tels que « somatognosie » ou encore « somesthésie » lui « somatognosie » est devenu le terme général recouvrant l'ensemble des informations délivrées par les organes sensoriels qui concourent à la connaissance complète, qu'a le sujet de son corps et de ses limites.

Les voies permettant l'acheminement de ces informations se divise en trois types : la sensibilité extéroceptive (superficielle), la sensibilité intéroceptive (viscérale) et la sensibilité proprioceptive (profonde).

La sensibilité profonde ou proprioception dépend de multiples mécanorécepteurs musculaires, tendineux, ligamentaires et articulaires. Ce système se répartie en deux aspects : l'un conscient qui renseigne sur la position des membres dans l'espace (kinesthésie), l'autre inconscient destiné essentiellement aux informations concernant le tonus (axial en particulier).

Malgré la perte de son usage scientifique, nous avons décidé d'utiliser le terme de « cénesthésie » dans notre réflexion psychopathologique. Cette entité ne nous semble pas être totalement obsolète, et s'avère même tout à fait intéressante, dans la mesure où elle fait pond entre les versants biologiques, psychologiques et phénoménologiques, de la perception sensible du corps.

La cénesthésie caractérise une forme de perception interne, globale et affective du corps, suscitant chez l'être humain le sentiment général de son existence.

1. Perte des repères physiologiques

Une fois immergé, le corps n'est plus soumis aux lois de l'apesanteur et se trouve, « porté » par l'eau. Privé de gravité, le milieu aquatique permet la mobilisation du corps dans son ensemble et dans une moindre contrainte.

L'équilibre du corps sur terre est géré par un système plurimodal de stabilisation statique et dynamique¹³⁸. Ce système dispose de trois informateurs-récepteurs périphériques étroitement intriqués et interdépendants : le vestibule, la vision, et la proprioception.

Le système vestibulaire en informant en permanence les centres sur la position exacte de la tête dans l'espace et sur son déplacement, participe en priorité aux réactions d'adaptation

¹³⁷ Cambier J, Masson M, Masson C, Dehen H. *Neurologie*. 13e édition. Elsevier Masson; 2012.

¹³⁸ Berthoz A. *Le sens du mouvement*. Odile Jacob; 2013.

qui maintiennent l'équilibre. Le système postural proprioceptif permet de savoir comment le corps est en mesure de conserver son équilibre, grâce aux jeux musculaires et articulaires.

L'ensemble de ce système, apporte en permanence une représentation du corps dans l'espace aux niveaux des centres intégratifs (cervelet, tronc cérébral).

Le milieu aquatique crée de nouvelles conditions d'équilibre. Ce nouvel environnement apporte des informations sensorielles et sensitives qui ne se complètent plus, voire qui s'opposent. L'absence de l'axe gravitaire constitue un manque important, voire majeur, pour la régulation posturale. Par le biais de la pression hydrostatique, le corps est soumis dans son ensemble à une plus grande résistance aux déplacements, obligeant l'individu immergé à effectuer des mouvements du corps plus lents et plus amples.

Outre les modifications concernant les références visuelles déjà évoquées, l'immersion entraine un important chamboulement des repères vestibulaires et proprioceptifs. La modification de l'action gravitaire habituelle, due à la poussée d'Archimède, trompe le système vestibulaire, et met le plongeur dans une impression d'impesanteur relative.

Les centres nerveux perdent ainsi, en grande partie, leurs béquilles visuelles et vestibulaires. Cette situation de déséquilibre a pour conséquence une sollicitation importante et nouvelle, des circuits proprioceptifs et cénesthésiques. La recherche d'un nouvel équilibre sous l'eau permet de solliciter en synergie et de manière importante, l'ensemble des muscles permettant le maintien postural.

En modifiant les repères habituels, le milieu subaquatique amène l'organisme à chercher d'autres supports préexistants, afin de rééquilibrer le déséquilibre rencontré. Il favorise la régression à des schèmes moteurs, psychomoteurs et sensoriels plus anciens, qui vont venir pallier la perte des supports présents dans le monde aérien.

2. Cénesthésie et conscience du corps

Comme nous l'avons vu, les perturbations cénesthésiques sont fréquentes dans la schizophrénie, fragilisant l'unicité de la conscience du corps.

D'un point de vue phénoménologique l'expérience de soi prend racine dans les expériences corporelles¹³⁹. La conviction d'exister provient de sensations qui découlent directement, des expériences physiques et des perceptions.

La cénesthésie correspond à une expérience globale dans laquelle toutes les sensations corporelles sont synthétisées. Elle constitue le carrefour de toutes les sensibilités sur lesquelles la conscience est établie, incluant le sentiment d'exister, d'être soi et d'être séparé du monde extérieur. Pour Sartre, « la manière dont nous existons se révèle en nous au travers de la cénesthésie »⁵.

Les sensations internes permettent, en plus des sensations externes, l'incarnation du corps et participent de ce fait, à la formation du sens basique de soi 140.

L'affectivité cénesthésique constitue dans cette perspective, l'essence même d'un espace psychique implicite du corps, sur lequel se fixent les objets de la conscience. La cénesthésie et l'expérience corporelle représentent les conditions de possibilité de la conscience.

L'intégration de la perception cénesthésique conditionne la conscience du corps, mais également la conscience du monde extérieur. Le corps vivant n'est pas seulement le lieu des perceptions et leur intégration ; il représente le véhicule de l'existence du sujet dans le monde, et le moyen par lequel l'individu appartient au monde.

L'abolition du sens cénesthésique prive nos patients d'un corps au monde. Tout se passe comme si la conscience de soi était dépossédée de l'information essentielle, normalement véhiculée par les voies de la sensibilité profonde¹¹³.

Stimuler le vécu corporel via la mobilisation de la sensibilité profonde, reviendrait ainsi, à favoriser le sentiment général et fondamental de l'existence.

Notre travail avec les patients sous l'eau, vise à « remettre en route » la machine corporelle, en sollicitant de manière supportable et contrôlée cette sensibilité profonde. Ce travail est facilité par les caractéristiques spécifiques du milieu.

En pratique, plusieurs manœuvres subaquatiques sollicitent de manière spécifique la cénesthésie.

¹³⁹ Sartre J-P. L'être et le néant: essai d'ontologie phénoménologique. Gallimard; 1943.

⁵ Merleau-Ponty M. op. cit.

_

¹⁴⁰ Sass L, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophrenia Bulletin. 2003; (3): 427–44.

¹¹³ Jeangirard C, De Graaf W, op. cit.

Le simple fait de respirer à l'aide des bouteilles en constitue un des aspects. Sous l'eau la respiration via le détendeur (mécanisme porté à la bouche qui permet au plongeur de respirer l'air contenu dans sa bouteille) est bruyante, le plongeur s'entend respirer. La respiration en bouteille implique également une attention particulière vis-à-vis de la fréquence respiratoire que le plongeur doit contrôler, pour ne pas consommer l'air trop rapidement. De plus, l'air se densifie à mesure de la descente devenant de plus en plus lourd à respirer et provoquant une forte stimulation de la sensibilité thoracique.

La technique du « poumon-ballast » sollicite également la sensibilité profonde. Cette technique permet au plongeur de monter ou descendre de quelques mètres, sans utiliser son gilet-stabilisateur. Pour descendre, il suffit de vider les poumons d'air à l'aide d'une légère apnée expiratoire. Pour monter, il suffit de faire l'action contraire. Cette technique est une technique basique de la plongée en bouteille, mais nécessite une bonne maitrise de l'amplitude respiratoire.

Faire émerger des sensations corporelles émanant de la mobilisation cénesthésique, aider le malade à identifier ses sensations et à s'en rendre maitre, constituent plusieurs fondements de notre démarche thérapeutique.

Ce travail de « rééducation perceptive » doit permettre au patient de retrouver un corps sensible, vivant, unifié ; un corps *« qui s'appartient à lui-même »*.

3. Cénesthésie et construction du schéma corporel

Les processus décrits ne sont pas sans rappeler les premiers moments du développement de l'enfant au cours desquels « *la psyché s'organise à partir du corps* » ³³.

Le schéma corporel du point de vue de la psychologie génétique se construit en effet, au cours des trois premières années à partir du développement des systèmes de sensibilité intéroceptif, proprioceptif et extéroceptif. Ces différents systèmes sont d'abord dissociés, et s'édifient peu à peu grâce à la maturation du système nerveux¹⁴¹.

Avant même la naissance, les premiers systèmes sensoriels à fonctionner pendant cette période d'apesanteur relative, semblent être les sensibilités tactiles et proprioceptives. Après la

³³ Pous G. op. cit.

¹⁴¹ Wallon H. Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. Enfance. 1959; 12(3): 252–63.

naissance, ces sensations changent dans la mesure où l'apesanteur, s'impose pour constituer un facteur dominant des mécanismes du mouvement.

De la naissance à trois mois, l'univers du nourrisson est enraciné dans une tableau sensoriel cénesthésique sans que les informations fournies par les différentes modalités sensorielles ne soient encore coordonnées¹³². L'enfant n'est pas conscient du monde qui l'entoure, de son corps propre, ni de la séparation entre les deux.

Ce sont les réflexes archaïques qui mettent en jeu les sensations tactiles, auditives et surtout cénesthésiques. Le schéma corporel est alors limité à certains espaces locaux.

La maturation s'effectue à cette période, dans le sens d'une différenciation progressive des informations proprioceptives et extéroceptives, responsable de l'apparition des premières coordinations sensori-motrices.

Le bébé devient progressivement capable de distinguer son corps des objets, du milieu environnant. Il devient également capable d'utiliser le schéma corporel comme un système de référence, permettant la localisation et la saisie des objets par rapport à la position de son propre corps dans l'espace.

Les signaux cénesthésiques émanant du climat affectif établi entre la mère et l'enfant, constituent des moyens normaux et naturels de communication à ce moment du développement.

Le schéma corporel s'affine par la suite avec l'acquisition du langage. L'apparition d'un mode de communication basé sur des symboles sémantiques relègue « la communication cénesthésique » en arrière-plan.

Dans cette perspective, l'immersion pourrait constituer un quelque sorte un moyen de « revenir » aux origines de la construction du schéma corporel, au cours desquelles la conscience corporelle émerge de la mobilisation cénesthésique.

Nous pensons que la sollicitation intense des modalités cénesthésiques pourrait participer directement à la structuration du schéma corporel, et de fait, à l'élaboration de la représentation que le patient se fait de lui-même.

¹³² ibid

Chaque sensation corporelle qui peut être reconnue, apporte une aide efficace à nos malades. Chaque parcelle du corps ressentie, constitue de la « terre ferme » conquise sur le processus de la psychose.

Il s'agit pour nous de redonner une cohérence fonctionnelle au corps du malade, de tenter de remettre les « morceaux » du corps ensemble, de sorte que le corps devienne habitable et que le malade puisse apprendre à l'habiter.

4. Altérité et conscience du corps

Georges Pous nous rappelle que les techniques dont l'objectif est de permettre au patient de « sentir son corps » sont sans intérêt, si elles ignorent que la difficulté n'est pas seulement de sentir, mais d'investir d'affects les sensations³³.

C'est ce double investissement qui fera du corps et de ses sensations, une référence dans la perception d'une continuité d'identité.

La rencontre avec autrui est fondamentale dans la constitution de la connaissance intime du corps. Comme nous l'avons vu le corps doit être reconnu par autrui pour être ressenti par soi-même. Avoir un corps, l'imaginer, se le représenter, se double de la capacité de transférer ce vécu dans la relation à autrui³⁴.

C'est pourquoi, l'émergence de sensations corporelles au cours et à la suite des plongées doit être accompagnée d'un effort d'investissement, qui va permette à la sensation partagée d'acquérir un sens partagé. Il est fondamental d'écouter ce que le patient a à dire de son corps, de proposer une interrogation sur le sens à donner, afin que le vécu corporel prenne sens dans la relation.

Le soignant fait office de médiateur, de miroir, dont la fonction pour le malade n'est pas tant de créer une conscience de soi, mais plutôt d'en révéler l'existence. Tel « le miroir » qui favorise la structuration du « Je » et l'expérience d'un corps unifié chez l'enfant¹³¹.

³³ Pous G. op. cit.

³⁴ Resnik S. op. cit.

¹³¹ ibid

La rencontre avec l'autre favorise l'accès à la représentation mentale d'un corps envisagé dans ses contours et sa totalité. « L'homme ne peut arriver à se connaître qu'en sortant de soi-même, c'est-à-dire en se projetant hors de soi pour se découvrir »⁵.

C. Le sens du mouvement

Le milieu aquatique libère et catalyse le mouvement. L'absence de gravité diminue les contraintes articulaires entrainant une levée d'inhibition motrice qui facilite le mouvement, et ce malgré la pression hydrostatique ¹¹². « Sous l'eau je n'ai pas cette sensation d'avoir moins de forces, je sens mes muscles s'étirer, se contracter plus facilement qu'ailleurs » explique Yves.

Quel que soit le type d'action en cours, le corps est en perpétuel mouvement sous l'eau. Les mouvements nécessaires pour se déplacer et se stabiliser, sollicitent tous les segments du corps dans les trois plans de l'espace.

Les sensations relatives aux mouvements du corps sont également potentialisées du fait d'une plus grande résistance au déplacement (liée à la pression hydrostatique et à la viscosité du milieu). L'utilisation de matériel spécifique facilite les déplacements, et renforce également les sensations corporelles. Par exemple, l'utilisation des palmes permet d'accentuer les sensations kinesthésiques perçues dans les membres inférieurs, la sensation d'appui du pied sur l'eau étant plus marquée.

Cette mise en mouvement aquatique a la particularité d'être complète et douce, comme nous le souligne Yves : « je me sens bien dans l'eau, on sent tout son corps bougé, transformé; sur la terre je bute, sous l'eau ça coule... ». Cette levée d'inhibition motrice, contribue aux impressions d'aisance et de légèreté aquatiques souvent exprimées par nos patients.

L'évolution en immersion favorise ainsi la mise en mouvement de l'ensemble du corps, et revêt généralement l'aspect d'un véritable « dialogue tonique » s'effectuant sur le mode du dialogue mère-enfant fondateur du sentiment de corps propre.

⁵ Merleau-Ponty M. op. cit.

¹¹² Kemoun G, Watelain E, Carette P. op. cit.

1. Le dialogue tonique

Comme nous l'avons décrit, la conscience du corps propre, se construit chez le nourrisson au travers de l'intégration de perceptions de tout ordre dont les perceptions du mouvement.

L'intégration des données tactiles et kinesthésiques commence vers l'âge de 6 mois, au moment de l'instauration du « dialogue tonique entre l'enfant et sa mère. Le nourrisson, dépendant de l'adulte, s'exprime par son corps, son tonus, sa gestualité. Il va progressivement à la découverte des parties de son corps, et du lien qui existe entre elles.

Le « dialogue tonique » avec son environnement lui permet de développer ses postures, ses déplacements, sa motricité manuelle avant d'accéder à ses premiers mots. L'enfant va pouvoir acquérir le sentiment de « corps propre » en réagissant aux variations toniques qui l'entourent. Il s'adapte aux messages tonico-posturaux dans le portage ou le maternage.

Il s'attribue les effets vus en autrui lors de situations communes, en même temps qu'il prête à autrui sa sensibilité kinesthésique. C'est dans ce double jeu de reflet, que l'enfant sort de la symbiose primitive, et commence à prendre une conscience plus objective de lui-même. Il se constitue un corps kinesthésique et un corps visuel, dont les images autonomes se correspondent au point d'être susceptibles de se substituer.

Le tonus est à la fois communication de l'état émotionnel entre l'enfant et son environnement, mais il est aussi expression de son état psychique¹⁴². L'adaptation tonique permet l'élaboration d'une gestualité adaptée aux contraintes de la réalité et intégrée à la personnalité.

Elle constitue le fondement le plus précoce de la relation à l'autre, en propulsant le corps dans une activité dirigée vers un but et dotée de significations.

La verticalisation confirme cette évolution par l'acquisition de la station assise (6 mois), puis de la station debout (9 mois), et enfin de la marche (12-16 mois) qui témoigne des bases du schéma corporel constituées. Les bases du schéma corporel peuvent être considérées comme constituées avec l'acquisition des déplacements autonomes.

¹⁴² Ajuriaguerra J. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson; 1971.

Ainsi les processus propres au développement de l'enfant, font de l'intégration des données kinesthésiques, une dimension à la fois constitutive et constructive de la perception et de la représentation du corps.

2. Mouvement volontaire et conscience du corps

Certains penseurs du XIX^e siècle dont Main de Biran ont qualifié un *« sens de l'effort »*³³ permettant de percevoir la force musculaire volontaire, indépendamment de la contraction musculaire elle-même. Pour les penseurs de l'époque, ce sens n'accompagne pas seulement le mouvement du corps, il participe intégralement à la construction de la conscience du corps, en permettant de structurer le Moi autour de la sensation d'effort volontaire.

Sans l'expérience subjective de l'effort, il n'y aurait probablement pas de conscience de soi. Nous aurions sans doute l'impression d'être les initiateurs et les observateurs passifs de nos propres actes.

C'est à travers l'expérience de son corps et de sa mise en action, que se structure le processus de personnalisation. « Sans sentiment d'effort l'individu ne connaîtrait rien, ne soupçonnerait aucune existence [...] Il n'aurait même pas d'idée de la sienne propre »³³.

Le mouvement permet de prendre conscience des relations des différentes parties du corps entre elles dans l'espace et ce, dans la totalité de l'action. L'intégration d'informations afférentes et efférentes dans le contexte de l'action, doit permettre une expérience du corps plus cohérente.

L'évolution répétée dans le milieu subaquatique, de par la richesse et la diversité des stimulations sensori-motrices, crée les conditions nécessaires pour que le système nerveux plastique puisse s'enrichir de nouvelles connections.

Le système nerveux central a en effet la propriété de se réorganiser en fonction des informations perçues par le sujet et ce, tout au long de son existence. Même si la souplesse cérébrale est très marquée au début de la vie, elle existe encore chez l'adulte¹⁴³.

Le concept de neuroplasticité suggère que l'expérience et l'apprentissage, pourraient changer à la fois la structure anatomique du cerveau mais aussi, son organisation physiologique.

³³ Pous G. op. cit.

¹⁴³ Stiles J. Neural plasticity and cognitive development. Dev Neuropsychol. 2000; 18(2): 237–72.

Certains travaux présupposent que l'activité physique volontaire pourrait jouer un rôle important sur la plasticité comportementale et cérébrale¹⁴⁴ ¹⁴⁵. Elle stimulerait même la neurogénèse dans certaines zones cérébrales (hippocampe)¹⁴⁶. Même si cette voie de recherche n'est encore qu'à ses débuts, ces notions ouvrent des perspectives intéressantes. Elles laissent supposer que la répétition de mouvements volontaires guidés pourrait entrainer une réorganisation, un remodelage des circuits synaptiques, permettant de substituer des circuits nerveux non atteints à des circuits nerveux détruits pour en assurer la fonction.

Malgré le peu d'études s'intéressant spécifiquement au lobe pariétal, on sait que cette aire est au centre du circuit de la conscience des actions et des perceptions propres, permettant d'avoir une conscience dynamique du corps dans l'espace¹⁴⁷. Elle est en charge de l'intégration sensorielle (stimuli proprioceptifs, intéroceptifs et vestibulaires), de la représentation du corps et des limites du soi physique. Le lobe pariétal gauche aurait lui, un rôle plus spécifique dans le contrôle de l'action et dans l'attribution de l'action, permettant la représentation des mouvements du corps au cours d'une action.

Le lobe pariétal, étant une des zones cérébrales les plus jeunes ontogénétiquement (donc plus complexe et plus fragile), laisse présager d'un potentiel plastique important, rendant le remodelage de certaines voies impliquées dans la conscience du corps, possible.

3. Intentionnalité et appropriation du corps

Le sens relatif à l'intentionnalité du mouvement est très souvent perturbé dans la schizophrénie. Le malade peut perdre le sentiment d'être agent au second niveau de l'intentionnalité (comportementale), mais également au premier niveau (celui de la conscience en tant que telle)¹⁴⁸.

«Si le désir de me mouvoir n'est pas intégré à la sensation de mon bras qui se meut réellement, je suis alors privé de l'expérience d'être moi-même effectivement à l'origine de

¹⁴⁴ Van Praag H, Christie BR, Sejnowski TJ, Gage FH. Running enhances neurogenesis, learning, and long-term potentiation in mice. Proc. Natl. Acad. Sci.1999 nov; 96(23): 13427–31.

¹⁴⁵ Tyc F, Boyadjian A, Devanne H. Motor cortex plasticity induced by extensive training revealed by transcranial magnetic stimulation in human. Eur. J. Neurosci. 2005 Jan; 21(1): 259–66.

¹⁴⁶ Van Praag H. Neurogenesis and exercise: past and future directions. Neuromolecular Med. 2008; 10(2): 128–40.

Torrey EF. Schizophrenia and the inferior parietal lobule. Schizophrenia Research. 2007 Dec; 97(1–3): 215–25.

¹⁴⁸ Davidson L. Intentionality, Identity, and Delusions of Control in Schizophrenia: A Husserlian Perspective. Journal of Phenomenological Psychology. 2002; 33(1): 39–58.

l'évènement; *d'être autrement dit l'agent de mon acte* » explique Husserl¹⁴⁹. Le malade ne peut alors plus s'éprouver comme « Je » agent, ni comme « Je » affecté.

De la même manière, l'expérience de la mise en mouvement crée la sensation d' « être affecté », d'être capable de pouvoir agir sur son propre corps. La perception implique donc une intentionnalité.

Si l'intention dans une action n'est plus correctement perçue, un sentiment d'étrangeté peut survenir. Certains auteurs 150 supposent qu'un trouble de la composante intentionnelle de la perception, est préalable aux manifestations hallucinatoires et aux troubles cognitifs dans la schizophrénie. Les symptômes de premier rang sont dans cette perspective, liés à une altération du sens de l'expérience de soi.

Le corps est alors privé de la possibilité de vivre les expériences, les perceptions, les pensées, les émotions, comme siennes. Les mouvements et les actions du malade ne sont plus rapportés à son propre corps. Le corps est désincarné. Il peut alors constituer une entité abstraite qui contemple sa propre existence de l'extérieur.

Ces éléments de réflexion viennent appuyer la légitimité d'une approche visant à mobiliser le corps dans la schizophrénie.

Permettre la mise en mouvement de l'ensemble du corps chez le malade, revient à l'aider à percevoir son intention dans l'action et ainsi l'aider à s'approprier son corps comme sujet et objet de sa propre expérience. Favoriser l'appropriation de l'expérience, c'est faciliter l'incarnation du corps, c'est renforcer la conscience de soi.

L'image du corps n'est pas une forme spatiale pure, une figure figée. Le temps, le rythme, interviennent et donnent vie et mouvement à cette image. Le schéma corporel est incomplet si l'on néglige la motricité qui est l'explication d'un temps intérieur dans l'agir ¹⁵¹. L'induction d'expériences kinesthésiques liées à la possibilité de pouvoir bouger son corps, semble avoir pu favoriser chez certains de nos patients l'émergence d'un « sens de la volonté », lui-même à la base du sentiment d'identité ¹⁴⁹.

Fuchs T. Delusional mood and delusional perception -- a phenomenological analysis. Psychopathology. 2005 Jun; 38(3): 133–9

¹⁴⁹ Husserl E. *Idées directrices pour une phénoménologie*. Gallimard. Paris; 1913.

¹⁵¹ Joli A. La question du corps, Husserl et Binswanger. L'Évolution Psychiatrique. 2008 Apr; 73(2): 255–71.

4. Concepts neurocognitifs.

Les sciences cognitives distinguent deux aspects du soi ou du self : le soi minimal et le soi narratif⁴⁹.

Le soi minimal est sujet des expériences à l'origine des actes. Il est impliqué dans les troubles de la conscience de l'action concernant le corps en mouvement, et les perceptions associées. Le soi narratif est lui objet de connaissance, il permet de se constituer une identité.

Le sens primitif de la conscience de soi comprend deux aspects qui permettent de distinguer le soi du non soi : le « self ownership » et le « self agency ».

Le « self-ownership » ou sentiment d'appartenance, correspond au sens pré-reflexif d'être celui qui vit l'expérience.

Le « self-agency » ou agentivité, correspond lui, au sens pré-reflexif d'être celui qui initie l'action. Ces deux composantes sont intrinsèquement liées et font parties d'une expérience préréflexive de l'expérience incarnée ¹⁵². Comme nous l'avons vu, de nombreux travaux de l'altération de ces deux composantes du soi dans la schizophrénie ⁴⁸.

• Troubles de l'attribution de l'action

Les approches de la perception dans les neurosciences considèrent la perception du corps comme intimement liée à l'action.

La perception est contrainte par l'action : elle est simulation interne de l'action, jugement et prise de décision. Elle anticipe les conséquences de l'action, en intégrant l'ensemble des signaux provenant de l'intention du mouvement.

Le concept de « monitoring » de l'action, recouvre un ensemble d'opérations inconscientes intervenant normalement dans la programmation, la régulation et la vérification de l'activité. Chaque fois que le système nerveux lance une action, il doit apprécier le progrès et la réussite de l'action sur la base des retours perceptifs occasionnés par l'action. L'organisme doit pouvoir réévaluer et éventuellement rectifier la programmation et l'exécution de l'action, en fonction du feedback sensoriel ou cognitif.

⁴⁹ Gallagher S. *op. cit.*

⁻

Waters FAV, Badcock JC. First-rank symptoms in schizophrenia: reexamining mechanisms of self-recognition. Schizophr Bull. 2010 May; 36(3): 510–7.

⁴⁸ Grivois H. Proust J op. cit.

Les structures intégratives centrales anticipent les effets de l'action, grâce à un processus appelé « décharge corollaire »⁴⁹ qui correspond à la copie d'un ordre moteur envoyé vers les effecteurs périphériques.

Le système de contrôle de l'action, repose sur le couplage de ce mode de contrôle de l'action avec un feed back externe, basé sur l'évaluation proprioceptive et visuelle. Le comparateur calcule les différences entre les réafférences sensorielles et les réafférences anticipées, pour en minimiser l'écart, et permettre ainsi l'auto-attribution du mouvement.

Ce processus est censé permettre une distinction entre un mouvement de l'objet et un mouvement propre du sujet, assurant la prise de conscience de l'intentionnalité de l'action. L'individu sait normalement que c'est lui qui accomplit délibérément ses mouvements, car il ressent ce qu'il s'attend à ressentir, et distingue ce que le mouvement a changé en lui.

Dans le mouvement, les éléments perceptifs et exécutifs sont intégrés par la commune référence au corps dans la dynamique de l'action.

Des symptômes tels que l'automatisme mental, le délire d'influence, pourraient être la conséquence d'un trouble de l'identification de la source de l'action, ou de la source de l'activité mentale⁵⁴.

Il y aurait, dans la schizophrénie, une perturbation dans le suivi de l'action volontaire annulant la conscience d'agir¹⁵³. L'anomalie pourrait intéresser spécifiquement l'intégration sensorielle des différents types de signaux (signaux visuels, tactiles et proprioceptifs), empêchant la congruence entre les informations kinesthésiques du mouvement en cours, et les informations relatives au mouvement attendu¹⁵⁴.

Pour certains auteurs, la perturbation concernerait l'ensemble des processus d'accès à la représentation anticipée de ses actes⁴⁸.

La connaissance des actes intentionnels reposerait sur une représentation spécifique de l'intention, dont le traitement permettrait la distinction d'actes intentionnels des actes

_

⁴⁹ Gallagher S. op. cit.

⁵⁴ Haggard P, Martin F, Taylor-Clarke M, Jeannerod M, Franck N. op. cit.

¹⁵³ Frith CD, Blakemore S, Wolpert DM. Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. Brain Res. Rev. 2000 Mar; 31(2-3): 357–63.

Posada A, Franck N, Augier S, Georgieff N, Jeannerod M. Altered processing of sensorimotor feedback in schizophrenia. C. R. Biol. 2007 May; 330(5): 382–8.

⁴⁸ Grivois H, Proust J. op. cit.

automatiques. Le trouble d'attribution de l'action serait de ce point de vue-là, la conséquence d'un trouble de la représentation ou de la conscience de l'action. Le malade pourrait ainsi perdre la notion de frontières entre lui-même et les autres.

Les études cognitives proposent ainsi un ensemble d'anomalies diverses, plutôt qu'un modèle de dysfonctionnement cognitif univoque et spécifique¹⁵⁵.

Même si la composante motrice n'est pas la seule source d'informations contribuant à la reconnaissance de soi, les informations efférentes liées à l'action, contribuent largement à l'établissement et au maintien du sens propre du corps.

La conscience du corps est basée sur l'interaction incontournable entre les informations sensorielles et les réponses motrices. La composante sensorielle permet d'établir et de renforcer la conscience corporelle. Elle oriente ensuite les mouvements volontaires guidant la composante motrice, qui renforce à son tour, la conscience du corps via la conscience d'être à l'origine de l'action 156.

La production de mouvements volontaires répétés pourrait dans cette mesure, aider le malade à se reconnaitre comme auteur de ses propres actions, et ainsi renforcer sa « conscience d'agir ». L'intégration des informations afférentes et efférentes dans le contexte de l'action, conduirait ainsi à une expérience plus cohérente et mieux intégrée du corps 157.

Tout le travail de mobilisation volontaire sous l'eau, pourrait également mettre en jeu l'ensemble des processus de représentation du corps dans l'action. Comme précédemment explicité, les représentations motrices qui pilotent l'action, sont constituées d'une composante ayant trait à la représentation du but de l'action. Anticiper les conséquences de l'action participe de ce fait, à son appropriation.

En immersion, le mouvement et ses conséquences doivent être en permanence anticipés pour permettre au plongeur de se déplacer avec fluidité. Les effets du gonflement volontaire du gilet en pleine eau, doivent par exemple être anticipés pour ne pas entrainer une remontée trop importante et trop rapide. En fonction du déplacement souhaité, le gilet doit être plus ou

¹⁵⁶ Daprati E, Sirigu A, Nico D. Body and movement: consciousness in the parietal lobes. Neuropsychologia. 2010 Feb; 48(3): 756–62.

¹⁵⁵ Arbib MA. Other faces in the mirror: a perspective on schizophrenia. World Psychiatry. 2007 Jun; 6(2): 75–8.

Tsakiris M, Schütz-Bosbach S, Gallagher S. On agency and body-ownership: phenomenological and neurocognitive reflections. Conscious Cogn. 2007 Sep; 16(3): 645–60.

moins gonflé ou dégonflé, l'effet de l'action s'appliquant avec quelques secondes de latence. Il en va de même quand on utilise la technique du « poumon ballaste », ou lorsque l'on effectue un mouvement de palme. Il faut sans cesse « doser » son mouvement dans le milieu aquatique.

• Apprentissage par imitation

Chez le sujet sain, les actions réalisées par lui-même et celles observées chez autrui activent en partie le même circuit cérébral. Des neurones appelés « neurones miroirs » situés dans certaines zones (cortex frontal inférieur, lobule pariétal inférieur) sont activés aussi bien par l'exécution, la simulation, et l'observation de l'action 158 159. Ce système serait couplé à un autre appelé « *Who System* » chargé d'identifier qui réalise l'action, afin d'éviter qu'il y ait confusion entre soi et autrui 48.

Observer l'action d'un autre ne consiste donc pas seulement à analyser une forme visuelle : c'est déjà construire une image de soi en train d'exécuter la même action.

L'observation des mouvements d'autrui n'est pas simplement l'observation d'un « pattern » visuel. Elle génère une représentation motrice correspondant à l'intention par le sujet d'accomplir une action du même type.

Donner une signification aux intentions d'autrui et à ses propres intentions, est rendue possible par la capacité d'imiter, et d'intérioriser l'expérience d'autrui dans ses propres représentations.

Les fonctions imitatives interviennent dans la constitution du schéma corporel, en permettant à l'enfant de mettre en relation son corps avec celui d'autrui. L'enfant s'attribue les effets vus en autrui lors d'une situation commune, dans le même temps qu'il prête à autrui sa sensibilité kinesthésique.

Le processus d'imitation est fondamental pour l'acquisition des éléments constitutifs de sa propre image corporelle. Il permet à l'enfant de se représenter son corps propre par analogie avec celui d'autrui, et de concevoir ce corps comme permanent.

¹⁵⁸ Kilner JM, Neal A, Weiskopf N, Friston KJ, Frith CD. Evidence of mirror neurons in human inferior frontal gyrus. J. Neurosci. 2009 Aug 12; 29(32): 10153–9.

¹⁵⁹Kilner JM, Marchant JL, Frith CD. Relationship between activity in human primary motor cortex during action observation and the mirror neuron system. PLoS One. 2009; 4(3):e4925.

⁴⁸ Grivois H. Proust J. op. cit.

Le corps propre entendu, palpé et regardé, est d'abord traité par l'enfant comme un objet étrange, dont les frontières avec les autres objets se construisent peu à peu. Manipulé et regardé par l'entourage, le corps kinesthésique de l'enfant reçoit et sollicite d'autrui une « empreinte visuelle ». « La conscience d'être un corps qui agit, d'être à la fois une unité physique et mentale ne devient possible qu'après identification à son semblable [...] L'introjection, l'imitation, l'identification et la projection permettront à l'enfant de devenir objet dans le champ des relations » 142. C'est à travers la nécessité de la reconnaissance d'autrui que l'enfant peut accéder à la conscience de soi.

La représentation du corps se dégage d'un vécu psychomoteur dans la relation avec autrui, et constitue le résultat de justes rapports entre l'individu et le milieu.

Cette représentation est le fruit de rapports changeants entre d'une part, l'espace postural qui se construit par la perception des différentes activités sensorielles et kinesthésiques, et d'autre part, l'espace environnant conditionné par les relations inter-objets.

L'apprentissage par imitation sous l'eau en vis-à-vis avec le moniteur prend, dans cette perspective, un intérêt tout particulier.

L'observation du mouvement réalisé par l'autre, pourrait aider le malade à se représenter mentalement sa propre action à venir. Dans le même temps, la confrontation de ses propres sensations kinesthésiques aux mouvements du moniteur perçus par la vue pourrait favoriser le clivage entre son corps et celui de l'autre.

D. De la conscience du corps à la conscience de soi

D'un point de vue phénoménologique, la notion de corps est bidimensionnelle. Elle désigne d'une part le corps physique dans son allure, sa stature, sa forme spatiale, et rend compte d'autre part, du corps vécu ou corps propre²⁵.

Le corps propre fait référence au corps que l'individu expérimente de lui-même comme agent incarné spatio-temporel dans le monde. Il correspond à ce qui est ressenti du dedans comme unité synthétique de l'expérience.

_

¹⁴² ibid

²⁵ Stanghellini G. op. cit.

Le corps vécu est pensé dans un rapport à l'expérience et à l'existence.

Ce dédoublement appartient à l'expérience humaine du corps, seul susceptible de vivre le corps à la fois comme forme extérieure et comme lieu intérieur. Le corps est à la fois intériorisé et extériorisé permettant au sujet de vivre son corps en lui-même, et d'instaurer une relation au monde⁵.

1. Corps propre et expérience subjective

Ce qui rend humain le corps, c'est son aptitude à manifester la pensée dans le monde et à informer la pensée d'un contenu sensible toujours renouvelé. Il fournit à la pensée les « data » de la représentation qui correspondent à des contenus sensitifs et sensibles comme le toucher, le regard, la voix, la kinesthésie¹⁴⁸.

L'expérience du corps constitue un « espace psychique » déterminant, une base sur laquelle repose la cohésion des différentes figures de la conscience. L'affectivité cénesthésique pourrait constituer dans cette mesure, l'essence même de cet espace implicite du corps sur lequel se fixent les objets de la conscience.

Au regard de la pensée phénoménologique, le corps propre est au centre des trois dimensions de l'expérience subjective correspondant à :

- l'expérience du soi constituant la forme la plus primitive de la conscience de soi
- l'expérience du monde extérieur et son interprétation
- l'expérience des autres ou intersubjectivité.

Merleau-Ponty lie le sens primitif de la conscience de soi au monde de la sensation, et l'enracine dans les expériences corporelles vécues.

Pour de nombreux psychiatres phénoménologues plus actuels, la conviction d'exister provient des sensations et des impressions, parce qu'elles découlent des expériences physiques et des perceptions¹⁶⁰.

La cénesthésie et l'expérience corporelle constituent, dans cette mesure, les conditions de possibilité de la conscience. Le sens pré-reflexif d'exister comme un sujet de conscience, constitue le point de départ de toutes autres expériences.

_

⁵ Merleau Ponty. op. cit.

¹⁴⁸ ibid.

¹⁶⁰ Uhlhaas PJ, Mishara AL. Perceptual anomalies in schizophrenia: integrating phenomenology and cognitive neuroscience. Schizophr Bull. 2007 Jan; 33(1): 142–56.

Le corps est expression de la vie de l'esprit et représente, comme nous l'avons vu, la médiation absolue de l'homme, par le biais du schéma corporel. Toute perception du monde extérieur s'accompagne d'une perception du corps, « sans le corps propre, le monde ne serait pas connu de l'âme »⁵. La corporéité est un moment intégrant de l'histoire de la vie : « le corporel est coprésent dans tous les actes de l'expérience»¹⁵¹.

Ainsi, le corps propre ne peut se concevoir comme objet en soi, mais comme sujet incarné présent dans un milieu et dans le monde.

Par l'intégrité de l'expérience corporelle, le corps vécu permet l'orientation dans le champ perçu, ainsi que l'interaction avec l'environnement. Chez le nouveau-né, on parle d'un sens primitif proprioceptif de soi, qui permet cette harmonisation avec le monde environnant.

Le corps, bien limité, joue un rôle social dans la rencontre interhumaine et intersubjective. Merleau-Ponty place le corps vécu au centre de la question de l'intersubjectivité qu'il associe à l'intercorporéité.

L'intersubjectivité correspond au lien préreflexif entre son corps et le corps de l'autre, reconnu comme alter ego. Cette dimension est à la base de toute communication avec autrui, puisqu'elle permet par l'identification et la reconnaissance du corps de l'autre, d'établir un premier lien. Avoir un corps, l'imaginer, se le représenter, se double de la capacité de transférer ce vécu dans la relation à autrui. «Avoir un corps c'est être regardé, c'est se regarder; c'est être visible»⁵.

Une structure défectueuse du soi peut ainsi devenir un obstacle à l'harmonisation intercorporelle entre soi et les autres. Dans la schizophrénie, la dimension autistique proviendrait pour certains auteurs, de cette incapacité à entrer dans une harmonie relationnelle²⁵.

Etant support de l'existence de la personne, la conscience corporelle constitue de fait, une forme authentique de la conscience de soi, partiellement constitutive du soi.

Le corps est à la fois objet mais également sujet de la conscience. Il fait un certain nombre d'expériences intentionnelles, mais réalise aussi l'expérience non intentionnelle de lui-même¹⁶¹. L'individu normal vit son corps et dans un corps.

⁵ Merleau-Ponty M. op. cit.

¹⁵¹ ibid

²⁵ Stanghellini G. op. cit.

¹⁶¹ Legrand D. Le soi corporel. L'Évolution Psychiatrique. 2005; (70): 709–19.

2. Corps propre et identité

Ainsi, le corps vivant n'est pas seulement le lieu des perceptions et de leur intégration, il est le véhicule de notre existence dans le monde, et représente un constituant même de cette existence. Il crée la situation vécue et nous impose le sens de notre affirmation dans le monde.

Une modification au niveau du corps vécu, induit alors forcément une modification dans la perception du monde extérieur.

C'est à travers l'expérience du corps propre que se structure le processus de personnalisation. Ce processus est lié au sentiment d'habiter son corps.

Heidegger parle de la relation entre « habiter » et « être », de la relation entre résider et vivre³⁴. Le verbe « habiter » renvoyant à la manière dynamique d'occuper son corps en l'animant.

Le corps n'est pas « dans » l'espace et le temps, il habite l'espace et le temps. Habiter son corps permet l'acquisition d'une identité et d'une relation interpersonnelle véritable. Corps et histoire sont indissociables : qui perd l'accès à son corps vécu perd aussi l'accès à son histoire : « L'homme sans corps ne sait plus qui il est, il perd son identité » ²⁷.

Le malade schizophrène est un aliéné du Moi dans lequel le Moi disparait en tant qu'acteur de son propre monde. Le malade, n'ayant pas la possibilité d'agir sur son corps, ne peut ainsi agir normalement sur son environnement et prendre part à une vie sociale ordinaire. Le corps alors, est privé de fluide communicatif.

Dans la psychose, l'homme perd son image et n'a de cesse d'essayer de la rattraper. Le corps du malade est souvent perçu telle « une enveloppe vide », tel un récipient qui aurait perdu son contenu.

En perdant son enveloppe protectrice, le malade rejette aussi la mémoire et les sentiments constituant une partie de son existence historique. La destruction de l'image du corps au cours de la schizophrénie s'accompagne simultanément d'une perte de relation à l'histoire. Pankow assimile alors l'existence du malade au *« champ de ruines d'une vie sans temporalité »*²⁷.

Dans cette perspective, encourager l'expérience spatiale d'un corps unifié pourrait ainsi permettre au malade d'entrer dans le temps de sa propre histoire.

_

³⁴Resnik S. *op. cit*

²⁷ Pankow G. *op. cit.*

3. Immersion et reconquête

Le sens du travail réalisé en immersion, se nourrit de l'ensemble de ces concepts.

Le but de notre approche est de rendre le corps « habitable » pour le malade, en essayant de lui redonner une cohérence fonctionnelle. Investir le corps du malade en le stimulant dans la globalité de son vécu, semble être en mesure de permettre la reconstruction d'une expérience de soi plus réaliste et plus cohérente.

Certains patients retrouvent leur corps lors des immersions, en témoigne Yves qui dit « retrouver ses dimensions».

Revigorer la frontière affaiblie du Moi entre réalité psychique et réalité extérieure, devrait permettre de rectifier les fausses réalités, et d'amener le malade à utiliser correctement l'épreuve de la réalité.

Rendre le corps « habitable », c'est également amener le malade à prendre conscience du triple statut du corps : comme partie du Moi, comme partie du monde extérieur, et comme frontière entre le Moi et le monde. Reconquérir la fonction sociale du corps constitue le point de départ de la reconquête d'un « *monde perdu* » ³⁴.

Redonner mouvement et dialectique, c'est redonner vie au corps arrêté du malade. Aider le corps à retrouver forme, limite et contenu, c'est aider le patient à retrouver une identité temporairement ou durablement. La mobilisation du corps, permet de relancer la « machine corporelle » pour redonner sa place au Moi. C'est par le corps et par le Moi retrouvé, que le patient pourra à nouveau faire des projets et prendre une direction.

La mobilisation du vécu corporel a pu permettre la réémergence d'un « sens de la volonté» depuis longtemps perdus chez certains de nos patients, et ainsi renforcer leur capacité à « agir dans le monde ».

-

³⁴ Resnik S. op. cit.

¹⁴⁹ Husserl E *op. cit.*

Les plongées répétées semblent avoir rendues ce processus de « reconquête » possible pour beaucoup de nos patients. « Après la plongée tout se débloque, sous l'eau on reprend tout à zéro » nous confie G. Pour L., atteint de schizophrénie paranoïde, les immersions « libèrent le physique et guident l'esprit », « Plus on se sent mieux sous l'eau, plus on avance dans la vie ».

La répétition régulière des immersions est nécessaire à l'amorce de cette reconquête, et au maintien des bénéfices acquis.

Le malade peut à partir de là, gagner de nouveaux territoires, élargir son espace terrestre ; comme B. qui dit se sentir après les plongées « un peu à neuf, plus en confiance avec les gens» et pour qui « l'envie de faire de nouvelles choses » est réapparue.

Des patients couchés, arrêtés, ont pu se remettre debout temporairement ou durablement. Ils ont pu prendre possession d'espaces et d'activités, jusque-là inconnus ou arrêtés. **« On devient plus autonome »** explique Q.

Cette marche en avant témoigne d'une identité retrouvée. Certains sont désormais plus à même à s'occuper d'eux, à pouvoir faire des choses pour eux, et « à pouvoir faire des choix » comme le dit P. qui se « sent grandi » après chaque plongée.

Condusion

«On entre dans la connaissance qu'à travers le seuil du corps » disait Paul Valéry. Le malade schizophrène, dont la pensée a perdu ses amarres corporelles, doit « retrouver» son corps pour espérer accéder à la connaissance de soi généralement égarée dans l'imaginaire débridé du délire, de la dépersonnalisation et du vide anéantissant.

Notre approche vise à favoriser les retrouvailles du malade avec son corps et permettre ainsi l'émergence d'une parole à nouveau « arrimée à la chair ». Le corps du malade constitue un élément par lequel et également sur lequel le soignant peut agir.

Il s'agit de permettre au malade de réintégrer son corps comme lieux d'expérience et d'existence d'un soi plus réaliste. Il s'agit également d'induire la possibilité d'un échange s'inscrivant dans un temps de partage collectif. Le corps, vecteur d'expression et lieu d'existence, représente un médiateur privilégié dans la relation à soi et dans la relation à l'autre.

Il revient aux soignants de mettre en place des « artifices » à la hauteur des besoins des malades, afin de rompre avec la passivité généralement engendrée par la routine hospitalière. L'investissement nécessaire est important et peut rendre difficile la mise en place de telles pratiques, surtout quand on sait le peu de temps et de moyens alloués aux équipes soignantes pour ce type de prise en charge.

L'élément aquatique constitue dans cette mesure, un moyen simple et abordable permettant la mise en place d'un « lieu » adapté au monde de la psychose. L'eau, de par ses qualités propres, rend possible une mise en mouvement « énergétique » du corps. Stimuler le corps dans son ensemble, c'est encourager l'émergence d'un corps plus vivant, plus unifié et ainsi privilégier le sentiment général et fondamental de l'existence.

Cette « remise en route corporelle » a permis la reprise d'un mouvement dynamique chez plusieurs de nos patients. Le malade, soulagé d'une part importante de son mal être, peut puiser dans l'immersion une force, un élan nouveau, une régénérescence durable qui le conduisent à élargir son espace et à repartir à la « conquête » du monde.

L'ensemble de nos observations laisse à penser que cette action thérapeutique est d'autant plus rapide et efficace que la psychose s'exprime par le corps. L'efficacité observée dans le cas de schizophrénies hébéphréno-catatoniques constitue une donnée intéressante, surtout quand on connaît la limite d'efficacité des traitements médicamenteux sur ces formes déficitaires.

Il pourrait être intéressant, dans cette perspective, de mener des études méthodologiquement fiables sur le sujet. Dans le cas présent, notre approche ne se prévaut en aucune façon d'une quelconque supériorité vis-à-vis des autres thérapeutiques. Néanmoins, elle constitue un moyen de prise en charge complémentaire tout à fait singulier qui considère le malade dans la globalité de son vécu psychocorporel.

Bibliographie

- 1. Starobinski J. The concept of cenesthesia and the neuropsychological ideas of Moritz Schiff. Gesnerus. 1977; 34(1-2): 2–20.
- 2. Morin C, Thibierge S. L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire. Apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. L'Évolution Psychiatrique. 2004 Jul; 69(3): 417–30
- 3. Bonnier P. Le sens des attitudes. Nouvelle Iconographie de La Salpêtrière. 1902; (15): 146–83.
- 4. Guiose M. Du schéma corporel à l'image du corps [En ligne]. 2007. Disponible sur: http://www.artec.fr/actualites/laboratoire-artec/du-schema-corporel-a-l-image-du-corps.html
- 5. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la perception*. Gallimard; 1976.
- 6. Schidler P. L'image du corps. Paris: Gallimard; 1968.
- 7. Finger S. *Origins of Neuroscience: A History of Explorations Into Brain Function*. Oxford University Press; 2001.
- 8. Dolto F. L'image inconsciente du corps. Seuil; 1992.
- 9. Lhermitte J. L'image de notre corps. Nouvelle Revue Critique; 1939.
- 10. Bonnet C. Processus intégratifs dans la perception et dans l'action. Dunot. Paris; 1995.
- 11. Rajender G, Kanwal K, Rathore DM, Chaudhary D. Study of cenesthesias and body image aberration in schizophrenia. Indian J Psychiatry. 2009 Sep; 51(3): 195–8.
- 12. Kraepelin E. *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*. L'Hartmann; 2000.
- 13. Bleuler E. Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies. Coédition GREC/EPEL; 1911.
- 14. Dupré E, Camus J. *Psychiatrie clinique*, 1905.
- 15. Schneider K. Klinische psychopathologie. Thieme Verlag. Stuttgart; 1955.
- 16. Huber G. « Cenesthetic schizophrenia » a subtype of schizophrenice disease. Neurology Psychiatry and Brain research. 1992;(1): 54–60.
- 17. Graux J, Lemoine M, Gaillard P, Camus V. Les cénesthopathies : un trouble des émotions d'arrière-plan. Regards croisés des sciences cognitives et de la phénoménologie. L'Encéphale. 2011; (37): 361–70.
- 18. CIM-10/ICD-10: Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 10ème révision. Masson; 1992.
- 19. Ey H, Bernard P, Brisset C. *Maladies mentales chroniques ; Psychose schizophrénique. 3ième Ed. Manuel de Psychiatrie.* Masson; 1967. p539–608.
- 20. DSM-IV-TR: Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux. Masson; 2004.

- 21. Saladini O, Luauté J. Dépersonnalisation. Elsevier. EMC. 2003; 37–125–A–10.
- 22. Winnicott D. Intégration du Moi au cours du développement de l'enfant. Processus de maturation chez l'enfant. Paris: Payot; 1962.
- 23. Ey H. Traité des hallucinations. Masson. Paris; 1973.
- 24. André P, Benavides T, Giromini F. *Corps et psychiatrie*. 2e édition revue et augmentée. Heures de France; 2004.
- 25. Stanghellini G. Embodiment and schizophrenia. World Psychiatry. 2009 Feb; 8(1):56–9.
- 26. Kobayashi T, Kato S. Psychopathology and outcome of first-admission schizophrenic patients: hypochondriac-cenestopathic symptoms as predictors of an unfavorable outcome. Psychiatry Clin. Neurosci. 2004 Oct; 58(5): 567–72.
- 27. Pankow G. L'homme et sa psychose. Flammarion; 1969.
- 28. Montebello P. Deleuze: La passion de la pensée. Vrin; 2008.
- 29. Verney-Kutz C. L'approche des schizophrénies selon Gisela Pankow. La Lettre du Psychiatre. 2010 avril; (2).
- 30. Jenkins G, Röhricht F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review. Psychopathology. 2007; 40(5): 361–8.
- 31. Garrabe J. Les études cliniques et psychopathologiques sur la schizophrénie de H.Ey. Empêcheurs/Synthelabo; 1996.
- 32. Anzieu D. Le Moi-peau. Dunod. Paris; 1995.
- 33. Pous G. *Thérapie corporelle des psychoses*. L'harmattan; 1995.
- 34. Resnik S. Personne et psychose. Payot. Paris; 1973.
- 35. Minkowski E. La schizophrénie. Payot; 1927.
- 36. Lukianowicz N. "Body Image" Disturbances in Psychiatric Disorders. Br J Psychiatry. 1967 Jan 1; 113(494): 31–47.
- 37. Röhricht F, Priebe S. Body image of patients with acute paranoid schizophrenia. A follow-up study. Nervenarzt. 1996 Jul; 67(7): 602–7.
- 38. Braunig P. Cenesthopatic schizophrenia, Prevalence and symptomatology. Body experience in schizophrenia. 1998;55–66.
- 39. Leonhard K. Aufteilung der endogenen psychosen und ihre diferenzierte. Akademie Verlag; 1986.
- 40. Röhricht F, Priebe S. Do cenesthesias and body image aberration characterize a subgroup in schizophrenia? Acta Psychiatr Scand. 2002 Apr; 105(4): 276–82.
- 41. Scharfetter C. The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, border- line disorders and depression. Private Publication; 1995.
- 42. McGilchrist I, Cutting J. Somatic delusions in schizophrenia and the affective psychoses. Br J Psychiatry. 1995 Sep; 167(3): 350–61.

- 43. Bonnot O, Tordjman S. Schizophrénies et réactivité à la douleur. La Presse Médicale. 2008 Nov; 37(11): 1561–8.
- 44. Priebe S, Rohricht F. Specific body image pathology in schizophrenia. Psychiatry Research. 2001; (101): 289–301.
- 45. Koide R, Iizuka S, Fujihara K, Morita N. Body image, symptoms and insight in chronic schizophrenia. Psychiatry Clin. Neurosci. 2002 Feb; 56(1): 9–15.
- 46. Lottenberg N, Yazigi L. The Rorschach and the body. Rorschachiana. 2009; (30): 3–25.
- 47. Koide R, Chien C, Lizuka S, Morita N. A mass of flesh: schizophrenic Rorschach percepts. Comprehensive Psychiatry. 2002; (43(6)): 474–7.
- 48. Grivois H, Proust J. Subjectivité et conscience d'agir. Approches cognitive et clinique de la psychose. Puf; 1998.
- 49. Gallagher S. Philosophical conception of the self. Trend in cognitive neuroscience. 2000;4 (1).
- 50. Stirling JD, Hellewell JS, Ndlovu D. Self-monitoring dysfunction and the positive symptoms of schizophrenia. Psychopathology. 2001 Aug; 34(4): 198–202.
- 51. Brébion G, Amador X, David A, Malaspina D, Sharif Z, Gorman JM. Positive symptomatology and source-monitoring failure in schizophrenia--an analysis of symptom-specific effects. Psychiatry Res. 2000 Aug 21; 95(2): 119–31.
- 52. Farrer C, Franck N, Frith CD, Decety J, Georgieff N, D' Amato T, et al. Neural correlates of action attribution in schizophrenia. Psychiatry Res. 2004 May 30; 131(1): 31–44.
- 53. Farrer C, Franck N. Sens du corps dans la schizophrénie. L'Encéphale. 2009 Feb; 35(1): 43–51.
- 54. Haggard P, Martin F, Taylor-Clarke M, Jeannerod M, Franck N. Awareness of action in schizophrenia. Neuroreport. 2003 May 23; 14(7): 1081–5.
- 55. Verdoux H, Liraud F, Droulout T, Theillay G, Parrot M, Franck N. Is the intensity of Schneiderian symptoms related to handedness and speech disorder in subjects with psychosis? Schizophr. Res. 2004 Apr 1; 67(2-3): 167–73.
- 56. Niznikiewicz M, Donnino R, McCarley RW, Nestor PG, Iosifescu DV, O'Donnell B, et al. Abnormal angular gyrus asymmetry in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2000 Mar; 157(3): 428–37.
- 57. Franck N, O'Leary DS, Flaum M, Hichwa RD, Andreasen NC. Cerebral blood flow changes associated with Schneiderian first-rank symptoms in schizophrenia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2002; 14(3): 277–82.
- 58. Farrer C, Franck N, Georgieff N, Frith CD, Decety J, Jeannerod M. Modulating the experience of agency: a positron emission tomography study. Neuroimage. 2003 Feb; 18(2): 324–33.
- 59. Shergill SS, Samson G, Bays PM, Frith CD, Wolpert DM. Evidence for sensory prediction deficits in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2005 Dec; 162(12): 2384–6.
- 60. Arzy S, Mohr C, Michel CM, Blanke O. Duration and not strength of activation in temporoparietal cortex positively correlates with schizotypy. Neuroimage. 2007 Mar; 35(1): 326–33.

- 61. Giovacchini G, Squitieri F, Esmaeilzadeh M, Milano A, Mansi L, Ciarmiello A. PET translates neurophysiology into images: A review to stimulate a network between neuroimaging and basic research. J. Cell. Physiol. 2011 Apr; 226(4): 948–61.
- 62. Nakamura M, McCarley RW, Kubicki M, Dickey CC, Niznikiewicz MA, Voglmaier MM, et al. Fronto–Temporal Disconnectivity in Schizotypal Personality Disorder: A Diffusion Tensor Imaging Study. Biol Psychiatry. 2005 Sep 15; 58(6): 468–78.
- 63. Liddle PF, Friston KJ, Frith CD, Frackowiak RS. Cerebral blood flow and mental processes in schizophrenia. J R Soc Med. 1992 Apr; 85(4): 224–7.
- 64. Jeannerod M. Les troubles de la reconnaissance de soi: une approche neuropsychologique des symptômes positifs de la schizophrénie. M/S : médecine sciences. 2003; 19(5): 621–4.
- 65. Pelsser R. Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique. Santé mentale au Québec. 1984; 9(1): p. 80–96.
- 66. Racamier P.C. L'interprétation psychanalytique des schizophrénies. EMC. 1976; 37-291- A-10.
- 67. Sivadon P, Gantheret F. La rééducation corporelle des fonctions mentales. ESF. Paris; 1973.
- 68. Quélin-Soulignoux D. De l'objet à la médiation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2003; (41): p.29-39.
- 69. Di Rocco V. Le narcissisme primaire, une construction psychotique ? Filigrane. 2007; 16(2): p. 97–108.
- 70. Winnicott D. Les objets transitionnels. Paris; 2010.
- 71. Aulagnier P. Naissance d'un corps, origine d'une histoire. Corps et histoire. IVième rencontre psychanalytique d'Aix en Provence. Paris. Les Belles lettres. 1986.
- 72. Sechehaye M. Journal d'une schizophrène. Puf. Paris; 2000.
- 73. Dubois O, Nuss P, Revel S. Techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique. Elsevier. EMC. 2003; 37–870–A–10.
- 74. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris; 1976.
- 75. Goertzel V, May P, Salkin J, Schoop T. Body-ego technique: an approach to the schizophrenic patient. Journal of Nervous and Mental Disease. 1965; (141): p.53–60.
- 76. Feldenkreis M. La conscience du corps. Marabou; 1989.
- 77. Priebe S, Rohricht F. Effect of body-oriented therapy on negative symptoms in schizophrenia: A randomised controlled trial. Psychological Medicine. 2006; (36): 669–78.
- 78. Xia J, Grant T. Dance therapy for schizophrenia (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD006868.
- 79. Rohricht F, Papadopoulos N, Suzuki I, Priebe S. Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2009; (82): 19–30.
- 80. Potel C. Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité. Broché; 2009.

- 81. Brosseau H. L'eau, la piscine, la plongée, comme soins aux malades psychotiques chroniques. Synapse. 2001 Oct; (179): 53–60.
- 82. Ravignant P. Les grands mythes de création du monde. le Mail; 1988.
- 83. Miller P, Vandome A, McBrewster J. *Divinité: Divinités égyptiennes, Mythologie romaine, Religion grecque antique, Mythologie grecque, Religion de la Rome antique, Divinités nord-amérindiennes.* Broché; 2010.
- 84. Hidiroglou P. L'eau divine et sa symbolique. Albin Michel; 1994.
- 85. Emoto M, Fliege J. Le pouvoir guérisseur de l'eau. Guy Trénadiel; 2012.
- 86. Foex J. Histoire sous marine des hommes. Robert Laffon: 1964.
- 87. Ferenczi S. Thalassa, *Psychanalyse des origines de la vie sexuelle*. Payot; 1992.
- 88. Vigarello G. Le propre et le sale. Seuil. Paris; 1987.
- 89. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie; 1801.
- 90. Esquirol E. Esquirol E. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* [En ligne]. Paris; 1838. Disponible sur: http://books.google.fr/books/about/Des_maladies_mentales_considérées_sous.html?hl=fr&id=ekXaeCul.JhIC
- 91. Littré E. Dictionnaire de la langue française, 1880.
- 92. Fleury L. Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie: recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement. Labé; 1856.
- 93. Magnan V. Leçons cliniques sur les Maladies mentales. Publication du Progrès médical; 1893.
- 94. Freud S, Breuer J. Les Etudes sur l'hystérie. PUF. 2002.
- 95. Wright R. Hydrotherapy in Psychiatric Hospitals. Tudor Press Inc.; 1940.
- 96. Woodbury MA. L'équipe thérapeutique. L'information psychiatrique. 1966; 42(10).
- 97. ANESM, HAS: Autisme-Questions/Réponses [En ligne]; 2012 Mar. Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Questions Reponses.pdf
- 98. F.F.E.S.S.M.: Contres indications à la plongée en scaphandre autonome [En ligne]; 2012.Disponible sur: http://medical.ffessm.fr/wp-content/uploads/CMPN.Contre_Ind-1-3_1_.pdf
- 99. Assemblée Nationale, loi n°2000-647 du 10 juillet 2000, art. 1 JORF, publié le 11 juillet 2000, disponible sur:

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417206

- 100. ANMP [En ligne]. Disponible sur http://www.anmp-plongee.com/
- 101. Assemblée Nationale, "Arrêté du 5 janvier 2012 modifiant les dispositions réglementaires (Arrêtés) du code du sport", JORF n°0045 du 22 février 2012, disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025391686&dateTexte&categ orieLien=id

- 102. Brosseau H, Méliet J. Quelle sécurité pour la plongée de loisirs en présence d'une restriction d'aptitude ? Cas de l'incapacité mentale. Genève; 2003.
- 103. Rostain J. Le mal des profondeurs. Pour la science. 2006; (346): 30-6.
- 104. Méliet J. La narcose aux gaz inertes : état actuel des recherches en laboratoires. Bull medsubhyp. 1998; (8(2)): 35–44.
- 105. Guelfi J. L'échelle PANSS. L'Encéphale. 1997; Sep(2): 35–8.
- 106. Kay S, Opler L, Fiszbein A. *Manuel de cotation de la PANS*, *traduction française*: Lépine, J.P. 1988.
- 107. Dumas P, Saoud M, Gutknecht C, Dalery J, D'Amato T. Traductions et adaptations françaises des questionnaires d'idéation magique et d'aberrations perceptives. L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique. 1999; 25(5): 422–8.
- 108. Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012. Presses de l'EHESP; 2012.
- 109. Klein M. *Développements de la psychanalyse*. Puf. Paris; 1946.
- 110. Rivière J. Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles. Broché; 2003.
- 111. Picq P. Les Origines de l'homme : L'odyssée de l'espèce. Seuil; 2005.
- 112. Kemoun G, Watelain E, Carette P. Hydrokinésithérapie. Elsevier. EMC. 2006; 26–140A–10.
- 113. Jeangirard C, De Graaf W. *La troisième dimension dans la construction du psychisme.* Eres; 1998.
- 114. Resnik S. *Temps des glaciations*. Eres; 1999.
- 115. Lecointre G, Guyader HL. *Classification phylogénétique du vivant*. 3e édition revue. Belin; 2006.
- 116. Mayol J. Homo Delphinus. Glénat; 1983.
- 117. Gold F, Saliba E. Physiologie du fœtus et du nouveau-né. Adaptation à la vie extra-utérine. Elsevier. EMC. 2007; 4–002P–10.
- 118. Pelizzari U, Tovaglieri S. Apnée: De l'initiation à la performance. Editions Amphora; 2005.
- 119. Duvernay Bolens J. La théorie de la récapitulation de Haeckel à Freud. Topique. 2001; 75(2):13.
- 120. Kolb B, Whishaw IQ. *Cerveau et comportement*. De Boeck Supérieur; 2008.
- 121. Paul Maclean. Les trois cerveaux de l'homme. Robert Laffont; 2000.
- 122. Vincent J. Biologie des passions. Odile Jacob. Paris; 2002.
- 123. Ey H. *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. L'harmattan. Paris; 1975.
- 124. Edmond M. La régression thérapeutique. Gestalt. 2002; (23).

- 125. Laplanche J, Pontalis J. Vocabulaire de la psychanalyse. Edition 3e. PUF; 2004.
- 126. Bourdin. L'interprétation des rêves. Breal; 2001.
- 127. Ferenczi S. *Psychanalyse, T. IV. Oeuvres complètes.* Payot; 1990.
- 128. De Coulon. La cure de packs, une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique. L'information psychiatrique. 1985; 61(2).
- 129. Michael DB. Le défaut fondamental: aspects thérapeutiques de la régression. Payot; 1971.
- 130. Bick E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Harris et Bick; 1968.
- 131. Lacan J. "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du "Je" telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique » in Écrits. Le Seuil; 1966.
- 132. Spitz RA. *De la naissance à la parole : La première année de la vie*. Presses Universitaires de France PUF; 1997.
- 133. Freud S. Le Moi et le Ca, Essais de Psychanalyse. Payot. Paris; 1981.
- 134. Valéry P. L'idée fixe. Gallimard. Paris; 1960.
- 135. Anzieu D. Les Enveloppes psychiques. 2e ed. Dunod; 2003.
- 136. Lacan J. *Ecrit I. Nouvelle édition*. Edition du seuil; 1966.
- 137. Cambier J, Masson M, Masson C, Dehen H. *Neurologie*. 13e édition. Elsevier Masson; 2012.
- 138. Berthoz A. Le sens du mouvement. Odile Jacob; 2013.
- 139. Sartre J-P. L'être et le néant: essai d'ontologie phénoménologique. Gallimard; 1943.
- 140. Sass L, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophrenia Bulletin. 2003; (3): 427–44.
- 141. Wallon H. Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. Enfance. 1959; 12(3): 252–63.
- 142. Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris: Masson; 1971.
- 143. Stiles J. Neural plasticity and cognitive development. Dev Neuropsychol. 2000; 18(2): 237–72.
- 144. Van Praag H, Christie BR, Sejnowski TJ, Gage FH. Running enhances neurogenesis, learning, and long-term potentiation in mice. Proc. Natl. Acad. Sci.1999 nov; 96(23): 13427–31.
- 145. Tyc F, Boyadjian A, Devanne H. Motor cortex plasticity induced by extensive training revealed by transcranial magnetic stimulation in human. Eur. J. Neurosci. 2005 Jan; 21(1): 259–66.
- 146. Van Praag H. Neurogenesis and exercise: past and future directions. Neuromolecular Med. 2008; 10(2): 128–40.
- 147. Torrey EF. Schizophrenia and the inferior parietal lobule. Schizophrenia Research. 2007 Dec; 97(1–3): 215–25.

- 148. Davidson L. Intentionality, Identity, and Delusions of Control in Schizophrenia: A Husserlian Perspective. Journal of Phenomenological Psychology. 2002; 33(1): 39–58.
- 149. Husserl E. *Idées directrices pour une phénoménologie*. Gallimard. Paris; 1913.
- 150. Fuchs T. Delusional mood and delusional perception -- a phenomenological analysis. Psychopathology. 2005 Jun; 38(3): 133–9.
- 151. Joli A. La question du corps, Husserl et Binswanger. L'Évolution Psychiatrique. 2008 Apr; 73(2): 255–71.
- 152. Waters FAV, Badcock JC. First-rank symptoms in schizophrenia: reexamining mechanisms of self-recognition. Schizophr Bull. 2010 May; 36(3): 510–7.
- 153. Frith CD, Blakemore S, Wolpert DM. Explaining the symptoms of schizophrenia: abnormalities in the awareness of action. Brain Res. Brain Res. Rev. 2000 Mar; 31(2-3): 357–63.
- 154. Posada A, Franck N, Augier S, Georgieff N, Jeannerod M. Altered processing of sensorimotor feedback in schizophrenia. C. R. Biol. 2007 May; 330(5): 382–8.
- 155. Arbib MA. Other faces in the mirror: a perspective on schizophrenia. World Psychiatry. 2007 Jun; 6(2): 75–8.
- 156. Daprati E, Sirigu A, Nico D. Body and movement: consciousness in the parietal lobes. Neuropsychologia. 2010 Feb; 48(3): 756–62.
- 157. Tsakiris M, Schütz-Bosbach S, Gallagher S. On agency and body-ownership: phenomenological and neurocognitive reflections. Conscious Cogn. 2007 Sep; 16(3): 645–60.
- 158. Kilner JM, Neal A, Weiskopf N, Friston KJ, Frith CD. Evidence of mirror neurons in human inferior frontal gyrus. J. Neurosci. 2009 Aug 12; 29(32): 10153–9.
- 159. Kilner JM, Marchant JL, Frith CD. Relationship between activity in human primary motor cortex during action observation and the mirror neuron system. PLoS One. 2009; 4(3):e4925.
- 160. Uhlhaas PJ, Mishara AL. Perceptual anomalies in schizophrenia: integrating phenomenology and cognitive neuroscience. Schizophr Bull. 2007 Jan; 33(1): 142–56.
- 161. Legrand D. Le soi corporel. L'Évolution Psychiatrique. 2005; (70): 709–19.

Annexe 1

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

Kay S, Opler LA, Fiszbein A. Manuel de cotation de la PANSS, traduction française : Lépine, J.P. 1988

CONSIGNES

N4

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation.

Absence Minime Légère Moyenne

1 2 3 4 5 6 7

Echelle positive			
P1	Idées délirantes.	1 2	3 4 5 6 7
P2	Désorganisation conceptuelle.	1 2	3 4 5 6 7
P3	Activité hallucinatoire.	1 2	3 4 5 6 7
P4	Excitation.	1 2	3 4 5 6 7
P5	Idées de grandeur.	1 2	3 4 5 6 7
P6	Méfiance/Persécution.	1 2	3 4 5 6 7
P7	Hostilité.	1 2	3 4 5 6 7
Echelle négative			
N1	Emoussement de l'expression des émotions.	1 2	3 4 5 6 7
N2	Retrait affectif.	1 2	3 4 5 6 7
N3	Mauvais contact.	1 2	3 4 5 6 7

Repli social passif/apathique.

N5	Difficultés d'abstraction.	1	2	3	4	5	6	7
N6	Absence de spontanéité et de fluidité.	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensée stéréotypée.	1	2	3	4	5	6	7
Echelle psychopa	athologique générale							
G1	Préoccupations somatiques.	1	2	3	4	5	6	7
G2	Anxiété.	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentiments de culpabilité.	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tension.	1	2	3	4	5	6	7
G5	Maniérisme et troubles de la posture.	1	2	3	4	5	6	7
G6	Dépression.	1	2	3	4	5	6	7
G7	Ralentissement psychomoteur.	1	2	3	4	5	6	7
G8	Manque de coopération.	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenu inhabituel de la pensée.	1	2	3	4	5	6	7
G10	Désorientation.	1	2	3	4	5	6	7
G11	Manque d'attention.	1	2	3	4	5	6	7
G12	Manque de prise de conscience de la maladie.	1	. 2	2 3	8 4	. 5	6	7
G13	Trouble de la volition.	1	2	3	4	5	6	7
G14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1	2	3	4	5	6	7
G15	Préoccupation excessive de soi.	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitement social actif.	1	2	3	4	5	6	7

Perceptual Aberration Scale.

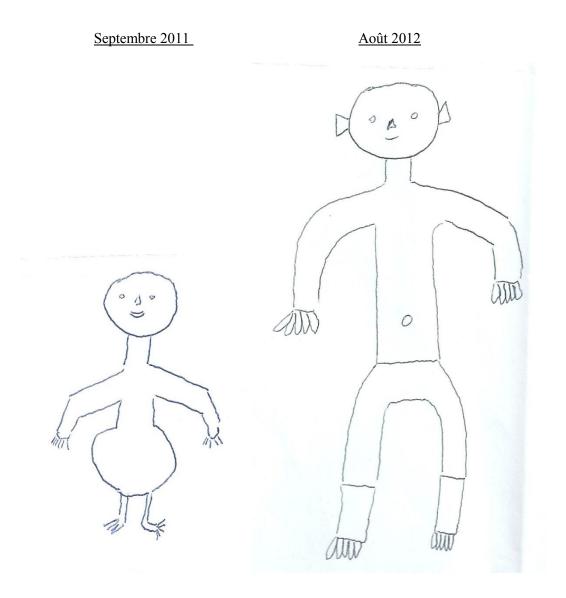
Dumas P, Saoud M, Gutknecht C, Dalery J, D' Amato T. Traductions et adaptations françaises des questionnaires d'idéation magique et d'aberrations perceptives. L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique. 1999;25(5):422–8.

Il s'agit d'un auto-questionnaire, où il faut répondre par vrai ou faux à chaque question.

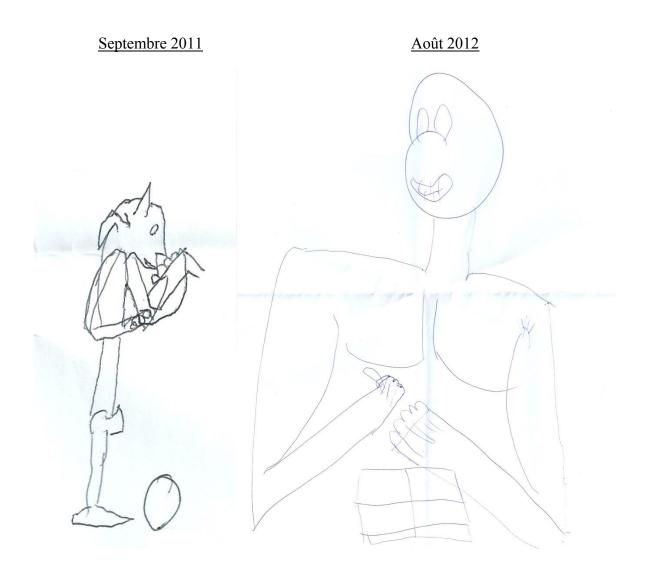
- 1. Quelquefois, j'ai l'impression que je me confondais avec un objet à proximité de moi.
- 2. J'ai quelquefois eu l'impression que l'un de mes bras ou l'une de mes jambes était détachés du reste de mon corps.
- 3. Je dois parfois me toucher pour être sûr que je suis bien là.
- 4. Quelquefois, j'ai eu l'impression qu'une partie de mon corps était plus grande que d'habitude.
- 5. Par moment, je me suis demandé si mon corps était réellement le mien.
- 6. Certaines parties de mon corps semblent de temps en temps morte ou irréelles.
- 7. J'ai quelquefois eu la pensée fugace qu'une partie de mon corps était en train de pourrir.
- 8. J'ai occasionnellement eu l'impression que mon corps n'existait pas.
- 9. Quelquefois, j'ai ressenti que je ne pouvais pas discerner mon corps d'autres objets autour de moi.
- 10. Il m'a par moment semblé que mon corps fusionnait avec mon environnement.
- 11. Je n'ai jamais ressenti que mes bras ou mes jambes avaient momentanément augmenté de taille
- 12. Les limites de mon corps semblent toujours nettes.
- 13. Je peux me rappeler avoir eu l'impression qu'un de mes membres prenait une forme inhabituelle.
- 14. J'ai quelquefois eu l'impression que mon corps était anormal.
- 15. J'ai quelquefois eu l'impression que mon corps pourrissait de l'intérieur.
- 16. J'ai eu l'impression momentanée que les choses que je touchais restaient attachées à mon corps.
- 17. Occasionnellement, il m'a semblé que mon corps avait pris l'apparence de celui d'une autre personne.
- 18. Quelquefois, j'ai l'impression que tout est penché autour de moi.
- 19. Les couleurs ordinaires me semblent parfois trop vives.
- 20. Mes mains ou mes pieds ne m'ont jamais semblé être bien loin.
- 21. J'ai quelquefois ressenti qu'une partie de mon corps ne m'appartenait plus.
- 22. J'ai eu l'impression que quelque chose d'extérieur à mon corps était une partie de mon corps.
- 23. J'ai eu l'impression que mon corps et celui d'une autre personne ne faisait qu'un seul et même corps.
- 24. De temps en temps quand je me regarde dans le miroir, mon visage parait relativement différent de ce qu'il est d'habitude.
- 25. J'ai eu comme l'impression que ma tête ou mes membres n'étaient en quelque sorte pas les miens
- 26. Quelquefois, quand je regarde des choses comme des tables ou des chaises, elles ont l'air étranges.
- 27. Je n'ai jamais eu la pensée fugace que mes bras ou mes jambes étaient devenus plus grands que d'habitude.
- 28. J'ai quelquefois eu l'impression que certaines parties de mon corps n'étaient pas attachées à la même personne.
- 29. J'ai eu l'impression momentanée que mon corps était devenu difforme.
- 30. Quelquefois, une partie de mon corps m'a semblé plus petite que d'habitude.
- 31. Mon ouïe est parfois si sensible que des sons habituels deviennent désagréables.

- 32. Quelquefois, des gens que je connais bien m'apparaissent tout d'un coup comme des étrangers.
- 33. J'ai quelquefois été troublé par la question de savoir si mon corps était bien le mien.
- 34. Il y a souvent des jours où les lumières d'intérieures semblent si vives qu'elles m'éblouissent.
- 35. Pendant une période de quelques jours, j'ai eu une perception si intense des images et des sons que je ne pouvais pas m'en débarrasser.

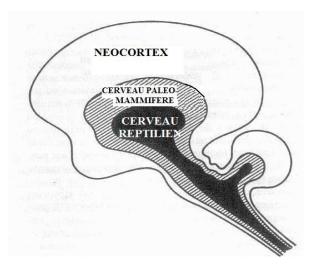
Dessins Paul

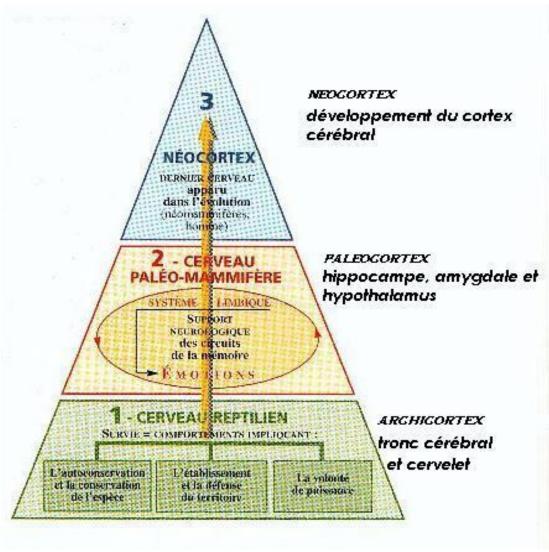


Dessins Christophe



Adapté de J. Panksepp (1998). Affective Neuroscience. New York: Oxford University Press.





« Le calme, la sérénité

Au plus proche de son âme

En vérité

Le calme, la conscience de soi

Au plus fort des armes

D'intense émoi.

Diaphane

Libérée

Exhortant son âme

Intense émotivité »

Poème d'une patiente sur le thème de la plongée.

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

de la Faculté de médecine de TOURS





Thèse 2012 - 2013

Doctorat en Médecine

Diplôme d'Etat

D.E.S. de Psychiatrie

Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

NOM: GUILLARD

Prénoms : Alexandre

Date de naissance : 4/ 09/ 1982 Nationalité : Française

Lieu de naissance : Orléans (45)

Directeur de Thèse: Monsieur le Docteur Henry BROSSEAU

<u>Titre de la Thèse</u>: Intérêt des prises en charge à médiation corporelle dans la schizophrénie. L'immersion subaquatique comme outil thérapeutique : réflexion à partir de cas cliniques.

JURY

Président:

Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD, CPU Saint-Cyr-sur-Loire

Membres:

Monsieur le Professeur Vincent CAMUS, CPU Saint-Cyr-sur-Loire

Monsieur le Professeur Michel WALTER, CHU Brest

Monsieur le Docteur Pierre-Guillaume BARBE, Hôpital Bretonneau (Psychiatrie D) Tours

Monsieur le Docteur Henry BROSSEAU, Activité libérale Blois

Avis du Directeur de Thèse

Avis du Directeur de l'U.F.R. à Tours,

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

Alexandre GUILLARD Thèse n°

157 pages – 1 tableau – 6 annexes

Résumé:

L'observation des malades dans les différents lieux de soins, atteste de la manière pathologique dont le patient schizophrène vit généralement son corps. Les préoccupations corporelles sont multiples et récurrentes dans la schizophrénie, indiquant fréquemment la mise en péril de l'unicité de la conscience du corps. Le corps, lieu de souffrance, peut également constituer le vecteur d'une demande de soins quand la parole ne suffit pas. Le corps du malade schizophrène nous semble dans cette mesure, représenter une cible thérapeutique privilégiée, ainsi qu'une authentique porte d'entrée vers la possibilité d'un échange.

L'idée de « soigner l'esprit à travers le corps » a traversé les siècles, faisant de l'hydrothérapie une technique de choix dans le traitement de la folie. Notre pratique de la plongée en bouteille avec des malades schizophrènes, s'inscrit dans la lignée de ces « approches à médiation corporelle » dont certaines dimensions thérapeutiques semblent à ce jour, avoir été délaissées.

L'immersion subaquatique est pratiquée à la clinique de Freschines (41) de manière originale, depuis plus de quinze ans. Notre récent travail de suivi clinique, a permis de faire émerger un certain nombre d'éléments de réflexion psychopathologique, appuyant l'intérêt thérapeutique d'une telle technique dans la prise en charge de la schizophrénie.

Le milieu subaquatique, de par ses propriétés spécifiques, constitue un espace particulièrement adapté à la problématique schizophrénique. Il favorise l'instauration d'une relation « vraie » avec le malade, point de départ d'une possible régression. La mise en place d'une telle relation, semble également facilitée par l'aisance avec laquelle la majorité des patients évolue sous l'eau. Cette aisance quasi naturelle, pourrait témoigner de l'existence d'un accès privilégié à une mémoire océanique primitive. Les immersions répétées ont permis de « remettre en route» la machine corporelle chez plusieurs de nos malades. La mobilisation du corps dans son ensemble, encouragerait l'intégration d'une expérience de soi plus cohérente. Grâce à une conscience du corps retrouvée, des patients restés « couchés » ont pu se remettre debout temporairement ou durablement, gagnant de nouveaux espaces et s'ouvrant de nouvelles perspectives.

Motsclés:

Schizophrénie Immersion subaquatique Thérapie à médiation corporelle Conscience du corps

Jury:

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD **Membres du jury :** Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Monsieur le Professeur Michel WALTER
Monsieur le Docteur Pierre-Guillaume BARBE

Monsieur le Docteur Henry BROSSEAU

Date de la soutenance : 5 mars 2013