

QI GONG AVEC SIX PATIENTS PSYCHOTIQUES

ÉTUDE DE FAISABILITÉ ET DE PERTINENCE

Christiane Bopp-Limoge, Philippe Greth, Hubert Weibel

Dans *L'information psychiatrique* 2009/1 (Volume 85), pages 27 à 33

Dans les psychoses, le processus de mentalisation du corps du sujet est perturbé de telle sorte que l'angoisse de perte de l'intégrité corporelle menace le Moi. Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle il serait possible, pour certains de ces patients, d'établir par des exercices corporels, une autre mentalisation de leur corps, moins angoissante, dans le but d'améliorer leur qualité de vie. Sur la base d'une interprétation des théories d'Anzieu sur le Moi-Peau et de Dolto sur l'Image inconsciente du corps, une prise en charge corporelle basée sur des exercices Feldenkrais et de Qi Gong, a été proposée à six patients adultes, souffrant d'angoisse archaïque. Il semblerait que le Moi morcelé ait pu s'amarrer en des lieux du corps, dans une relation dynamique entre sensorialité et mise en parole.

Introduction

1 - La mentalisation du corps du sujet dépend notamment de la qualité des premiers soins qui lui ont été donnés au début de sa vie, dans un jeu de sollicitations réciproques avec son environnement maternel. Celle-ci devrait permettre d'aboutir à une représentation unifiée, grâce à laquelle le corps vécu est ressenti comme une entité. Dans les psychoses, ce processus est perturbé de telle sorte que l'angoisse de perte de l'intégrité corporelle menace le Moi. Le patient est soumis à des angoisses archaïques de type morcellement, dévoration, dissolution, effondrement.

2 - Or la prise en charge de cette dimension de l'éprouvé corporel du patient psychotique est complexe, notamment liée à la crainte d'une recrudescence du délire [20].

3 - Parmi les auteurs psychanalystes, quelques-uns argumentent qu'un travail de spatialisation, permettant la constitution d'une image du corps plus unifiée, est un préalable incontournable à l'accès à la temporalité : Racamier [15] insiste sur l'importance d'approches corporelles des patients psychotiques, leur investissement corporel étant profondément altéré. Ferrari [17] utilise l'expérience corporelle du patient en séance pour l'inviter à créer un réseau de contact « entre les sensations et la possibilité de se les représenter à travers des significations, des pensées ». Pankow, grâce à sa méthode de Structuration Dynamique de l'Image du Corps [12], invite le patient à percevoir l'existence d'un lien dynamique entre les parties et la totalité de son corps, puis à saisir le contenu et le sens de ce lien. « Le schizophrène a besoin (...) de se retrouver, d'abord dans l'espace, où il ne peut plus se situer comme corps, et où il devra refaire l'image de son corps morcelé (...) Ensuite seulement, il retrouvera le temps de son histoire et le pouvoir de la vivre [11]. » À partir des théories d'Anzieu sur « le Moi-Peau » [2] et de Dolto sur « l'Image inconsciente du corps » [6], nous

proposons ici une lecture psycho-dynamique en vue d'étudier la faisabilité et les effets d'une prise en charge corporelle de patients souffrant d'angoisse archaïque. Celle-ci, basée sur des exercices tirés de la méthode Feldenkraïs [9] et du Qi Gong [1], visait à permettre aux patients d'établir une autre mentalisation de leur corps, moins angoissante, dans le but d'améliorer leur qualité de vie. Après avoir présenté ces théories et méthodes corporelles, nous exposerons notre protocole. Suivront l'illustration de la démarche à partir de vignettes cliniques, les résultats globaux, et une discussion.

Cadre théorique

4 - Le Moi-Peau est une « figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps [2] ». Anzieu décrit huit fonctions au Moi-Peau [3] établissant un parallèle entre les fonctions de la peau et les fonctions du Moi :

- fonction de maintenance du psychisme, qui se développe par l'intériorisation du « Holding » [18] maternel. « C'est l'identification primaire à un objet support contre lequel l'enfant se serre et qui le tient (...) l'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale » ;
- fonction de contenance du psychisme, qui se développe à l'occasion du « Handling » [18] maternel. « Le Moi-Peau est alors figuré comme écorce, le Ça pulsionnel comme noyau » ;
- fonction de pare-excitation, protégeant des agressions extérieures ;
- fonction d'individuation qui métaphorise la capacité de différenciation entre réalité extérieure et réalité intérieure ;
- fonction d'intersensorialité qui métaphorise le lien entre des sensations de diverses natures ;
- fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle, « surface sur laquelle, en cas de développement normal, des zones érogènes peuvent être localisées, la différence des sexes reconnue et leur complémentarité désirée » ;
- fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique en rapport avec « la peau comme surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes » ;
- fonction d'inscription de traces sensorielles, organisée à travers les rythmes et le sens, procuré par l'Autre à ses expériences corporelles.

Françoise Dolto, insistant sur la dimension interhumaine qui donne sens aux perceptions procurées par le corps, décrit l'élaboration de l'Image inconsciente du corps à partir du schéma corporel. Celui-ci représente « notre vivre charnel au contact du monde physique », se référant au besoin. L'image inconsciente du corps est « la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles (...) du côté du désir ». Elle distingue trois modalités d'une même image du corps se remaniant dans le temps : l'image de base permet au sujet de se sentir exister parce que le corps est arrimé au narcissisme du sujet qui désire vivre. Chez le petit enfant : au départ image aérienne de base, elle devient image de base orale, puis image de base anale. C'est à son niveau que se situe le conflit opposant pulsion de vie et pulsions de mort, lesquelles « triomphent justement [7] pendant notre sommeil naturel,

(...) grâce à quoi, le corps se repose des exigences du désir du sujet ». L'image fonctionnelle représente le sujet visant l'accomplissement de son désir, dans sa relation au monde. L'image érogène représente le lieu où plaisir et déplaisir se focalisent, dans la relation à l'autre. Synthèse des trois autres, l'image dynamique représente le désir d'être et d'advenir, métaphore des pulsions de vie.

5 - Les exercices physiques choisis ont été compris comme pouvant étayer métaphoriquement les enveloppes de substitution du « Moi-Peau » de la manière suivante : la méthode Feldenkrais, conçue par un judoka, Moshe Feldenkrais, est notamment utilisée dans deux types d'indications :

- faciliter la récupération des fonctions instrumentales après un traumatisme physique ;
- réduire des troubles anxieux.

Elle invite à prendre conscience du corps lors de mouvements simples, lents et répétitifs à type de rotations, roulements, en mettant l'accent sur la sensibilité tactile et kinesthésique.

6 - Ce qui, d'après notre interprétation, peut permettre d'étayer les fonctions de maintenance, de contenance, de recharge libidinale, et d'intersensorialité du Moi-Peau.

7 - **Le Qi Gong**, (prononcer « tchi gong »), littéralement « travail du Qi », de tradition plurimillénaire en Chine, est fondé sur des exercices physiques principalement, soit dans un but martial soit dans un but médical (entretenir et développer sa vitalité, se soigner dans certaines circonstances). Le Qi représente « l'élément en mouvement qui constitue la base de toutes les choses existantes, (...) s'apparente au *pneuma* des Grecs et à l'*anima* des Latins, (...) recouvre les notions de *Souffle*, d'*Énergie* et de *Vitalité* » [1]. Les exercices de Qi Gong médical choisis, nous semblent particulièrement intéressants pour tenter d'étayer, d'après notre interprétation, différentes fonctions du Moi-Peau :

- l'attention soutenue requise et l'ancrage au sol nécessaire étayeraient la fonction de maintenance ;
- l'attention orientée vers l'enveloppe corporelle dans certains exercices, étayerait la fonction de contenance ;
- la nécessité de coordonner la gestuelle des différentes parties du corps, la respiration, et le regard, étayerait la fonction d'intersensorialité ;
- l'attention requise sur les différents temps de la respiration, et la perception du trajet de l'air inspiré et expiré, étayeraient la fonction d'individualisation, tout autant que la fonction de maintenance.

La mise en mot des sensations nous semble contribuer à étayer la fonction de contenance du Moi-Peau. L'aisance découverte à l'occasion des mouvements, semble étayer la fonction libidinale.

Description du protocole

8 - Dans le cadre de l'hôpital de jour du secteur 68G07 de psychiatrie adulte du Haut-Rhin, à Mulhouse, nous avons inclus, sur une durée de quinze mois, six patients souffrant d'angoisse archaïque, et présentant des préoccupations pluri-hebdomadaires liées à la recherche de

bien-être physique. Chaque patient était suivi parallèlement par un psychiatre qui lui prescrivait un traitement pharmacologique.

9 - Le travail a consisté en des prises en charge individuelles de 30 minutes, au départ 3 fois par semaine, puis de moins en moins fréquemment, pour aboutir à la fin de l'essai à une fréquence de 1 fois par mois.

10 - Chaque séance était organisée uniquement :

- autour de l'expression de l'éprouvé corporel du patient ;
- avec le support d'exercices proposés par la méthode Feldenkrais ou d'exercices de Qi Gong ;
- que le patient et le soignant pratiquaient l'un en face de l'autre.

Entre les séances, le patient était invité à s'entraîner seul.

11 - Lors des exercices, le patient était invité à focaliser son attention sur la zone corporelle en mouvement, par le regard, la sensation tactile voire cénesthésique, l'écoute des sons occasionnés par le mouvement, et la synchronisation de la gestuelle avec la respiration et le regard.

12 - S'agissant d'établir une relation dynamique entre sensorialité et mise en parole, lors de chaque exercice, le patient était invité à nommer ses sensations, au niveau des zones corporelles sollicitées par le mouvement ou à distance, et à les comparer, puis à tenter de classer ses sensations selon cinq dialectiques : chaud/froid, lourd/léger, tendu/détendu, mouvement actif/mouvement passif, agréable/désagréable. Il était ensuite invité à exprimer s'il souhaitait que cet état change ou pouvait perdurer. Dans le premier cas, nous l'invitions à dire pourquoi, puis à chercher dans son expérience ce qui avait pu l'aider à modifier un état similaire vécu antérieurement, à choisir ce qui pouvait être réutilisé en séance, à l'expérimenter, puis à évaluer son état, et la nécessité de poursuivre ou non l'exercice choisi. S'il ne trouvait pas d'exercice, nous en proposons un et nous réévaluons ensemble son état. L'objectif étant de développer son agentivité, c'est-à-dire selon Bandura [4] développer tant son sentiment d'être à l'origine de ses actes que sa capacité à agir sur le cours de sa vie. S'il arrivait que le patient exprime une émotion, il était invité à repérer si cela était accompagné d'une sensation physique, et à la décrire de la même manière. S'il n'y avait pas de sensation physique repérée associée, nous cherchions seulement à les lui faire qualifier en « agréable » ou « désagréable », veillant ensuite à ce qu'il fasse un choix pour maintenir, ou quitter l'émotion. S'il voulait en dire davantage, nous le ramenions rapidement à porter son attention sur ses sensations corporelles.

13 - L'évaluation a reposé sur l'évolution de la BPRS 42 [14], des habits, de la cognition, du traitement psychotrope, du nombre d'hospitalisation temps plein, du bilan psychomoteur.

Illustration de la démarche par la présentation de cinq vignettes cliniques

14 - Première vignette : monsieur D. a 37 ans. Il présente une schizophrénie paranoïde diagnostiquée à 25 ans. Son délire, de mécanisme hallucinatoire et imaginatif comporte deux sortes de thème :

- des idées de référence, d'influence, avec angoisses archaïques à type de dévoration, de dilution, et de morcellement, évoquant la défaillance des fonctions d'individuation et d'intersensorialité. Ce délire-là est sensible aux neuroleptiques ;
- l'idée, qui le rassure, que son corps contient des faisceaux et des sphères lumineuses, que nous analysons comme étant une tentative d'élaborer la fonction de maintenance du Moi-Peau. Ce délire-là n'est pas modifié par les neuroleptiques.

Trois types d'exercices l'aident, dit-il, à « se sentir rassemblé » : ceux qui mobilisent la fonction contenante du Moi-Peau, ceux qui nécessitent une bonne coordination des mouvements (étayage de la fonction d'intersensorialité), et ceux qui favorisent l'ancrage au sol (étayage de la fonction de maintenance).

Résultats

15 - Alors qu'il avait été hospitalisé à temps plein 5 fois dans les 10 mois précédents l'essai, il n'est plus réhospitalisé durant tout l'essai et jusqu'à 7 mois après (soit 22 mois sans hospitalisation). Mais l'effet ne dure pas, il sera réhospitalisé 6 fois dans les 17 mois qui suivent.

16 - Son psychiatre allège son traitement : début de sevrage du bromazépam, arrêt du somnifère, diminution de la posologie du flupentixol décanoate (de 100 mg/3 semaines à 80 mg). Mais un traitement par ciamémazine est introduit au 6^e mois (75 mg puis 50 mg). Quant aux correcteurs, la tropatépine est diminuée, l'anéthoitrithione est arrêtée.

17 - Ses habitudes de vie se modifient.

18 - Il dit ne plus prendre de cannabis.

19 - Son appétence pour le tabac se réduit : il passe de 3 paquets par jour à 5 cigarettes. Sa représentation des effets du tabac, qui se modifie et devient plus réaliste, est interprétée comme une tentative d'élaborer la fonction de maintenance du Moi-Peau : il passe du « tabac qui l'oxygène » au tabac qui le gêne pour respirer ; du tabac qui l'aide à ressentir les exercices, au tabac qui l'« écœure ». Finalement, il demande un sevrage tabagique.

20 Il dit limiter sa consommation de café et notamment au bout de 6 mois, faire précéder le rituel matinal « café-tabac-pour se réveiller » d'un exercice qui vise à renforcer métaphoriquement les fonctions contenante et libidinale. Il dit utiliser mentalement ce même exercice en journée dans certaines situations anxieuses.

21 Il dit avoir réduit sa consommation de bière qu'il utilisait pour s'alourdir quand il se sentait trop léger car la sensation de légèreté déclenche chez lui une angoisse de s'évaporer par le haut du corps. Il dit utiliser tantôt des exercices d'auto-tapotements pour se sentir plus lourd, tantôt des exercices de respiration pour alléger son corps devenu trop lourd (renforcement métaphorique des fonctions de maintenance et de recharge libidinale).

22 L'addiction au mouvement physique est maintenue : il passe de 3 heures de pompes à 3 heures de Qi Gong par jour. Mais elle est réorientée vers des activités qui recrutent cette fois-ci toutes les parties de son corps : Les cales qu'il avait au niveau des mains disparaissent.

Sa respiration, qui était superficielle entrecoupée d'apnées, devient profonde, ample et régulière. Son équilibre dynamique et la coordination de ses mouvements sont améliorés.

23 Il est moins parasité par son éprouvé délirant, ce qui a pour effet d'améliorer son attention sélective et son attention soutenue. Il demande à poursuivre cette prise en charge à l'issue de l'essai.

24 Les effets négatifs :

- cette épreuve de réalité fragilise un équilibre précaire où sa mégalomanie semblait masquer une tristesse de l'humeur latente ;
- il existe un lien de cause à effet net entre la qualité de réalisation des exercices, la fréquence des séances et la réapparition de la symptomatologie : dès que les séances sont éloignées de plus de 15 jours, les exercices sont plus approximatifs, le patient se montre découragé par ses erreurs, ses descriptions délirantes de son fonctionnement organique sont accentuées.

Ces résultats sont attestés par la BPRS 42.

25 Parmi les 9 facteurs caractérisant la BPRS 42, l'évolution porte essentiellement sur les facteurs paranoïde, mélancolique, et psychopathique-addictif (*tableau 1*).

Tableau 1

	Inclusion	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	15 mois
Totaux	131	104	96	65	77	84

26 Deuxième vignette : monsieur Y., âgé de 40 ans, présente une schizophrénie paranoïde diagnostiquée 18 ans auparavant, avec des angoisses archaïques à type de morcellement, de chute et de dévoration. Son délire est non systématisé, de mécanisme interprétatif et hallucinatoire (cénesthésique et auditif essentiellement), à thème persécutif. Il fréquente l'hôpital de jour depuis 8 ans.

Résultats

27 Au début de l'essai, ses sensations sont floues, il ne parvient pas à les décrire. Dès le 2^e mois de pratique, il parvient à nommer certaines qualités à ces sensations floues : agréable/désagréable, tendu/détendu, mouvement actif/mouvement passif. Il est en mesure de percevoir et de nommer des différences sensibles entre les zones corporelles qui ont été actives et celles symétriques qui sont restées passives. Progressivement ses capacités de description s'étoffent : chaud/froid, lourd/léger.

28 En début d'essai, il éprouve des sensations d'inconfort dont il ne sait que faire. Dès la deuxième séance il fait l'expérience qu'il peut agir pour les faire céder, par des auto-massages et des auto-tapotements. Par la suite, il est capable de retrouver et nommer, sur sollicitation uniquement, lesdits exercices, et de choisir ou non de les utiliser. Ainsi, la fonction d'inscription de trace du Moi-Peau, particulièrement perturbée chez monsieur Y., trouve à s'étayer différemment. La fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle de son Moi-

Peau, elle aussi très perturbée semble se réorganiser alors que se développe l'étayage de la fonction de contenance.

29 Alors qu'au départ sa gestuelle est pauvre, son attention sélective est parasitée par de nombreuses hallucinations, au bout de quelques mois, il exécute une gestuelle complexe, de manière parfaitement fluide, harmonieuse, sans aucun parasitage et coordonnée entre le haut et le bas du corps, le regard et la respiration. Il semble y trouver une certaine unification.

30 Pendant une longue période, il ne peut se détacher du regard du soignant pour pratiquer les différentes gestuelles. Petit à petit, il parvient à s'exercer en regardant ce qu'il fait, ce qui évoque pour nous une plus grande efficacité de la fonction de maintenance de son Moi-Peau.

31 On peut distinguer deux étapes au cours de cette évolution :

- 1^{re} étape (dès la 2^e séance) : conscientisation, verbalisation, dénomination des sensations ;
- 2^e étape (à partir de la 6^e semaine) : réduction des barrages et du maniérisme lors de la pratique de certains exercices, mais qui ne s'étend pas au-delà des séances.

Décrivant à la demande du soignant les effets de son exercice préféré, il détaille tout en l'exécutant : « Les points des paumes, et sur le dos des mains, les bouts des doigts, suivre des yeux. La respiration, inspiration, expiration, à l'intérieur de soi, coordonner l'air par un mouvement très lent, qui permet de bien suivre le mouvement de la tête, des mains, de la tête centrale qui coordonne le tout, qui fait pas faux bon ! Face à la personne en face pour faire neuf fois le mouvement. » Il appelle ce mouvement [19] « la pelleuse », métaphore remarquable de ce qu'il donne à observer dans ce mouvement : parfaitement concentré sur sa pratique, tout y est parfaitement coordonné, il semble entièrement rassemblé.

32 Bien que ses habitus restent très ritualisés, partant d'un stade initial où il se plie constamment au désir de l'autre, il devient capable d'initiative dans l'organisation des séquences et d'humour. À partir du 13^e mois, il dit jouer avec ses nièces le mercredi. Il insiste pour poursuivre au-delà de l'essai.

33 Il n'y a pas d'hospitalisation intercurrente ni dans les 33 mois qui suivront.

34 Au cours du 3^e mois, son psychiatre remplace son traitement par rispéridone par de l'aripiprazole à 15 mg par jour, qu'il diminuera à 10 mg à partir du 5^e mois de l'étude. L'évolution de la corporalité du patient amorcée dès la première séance, et intensifiée à partir de la 6^e semaine, a probablement été accrue du fait de ce traitement introduit au 3^e mois.

35 Dans le BPRS 42, l'évolution porte essentiellement sur les facteurs paranoïde, et maniaque avec notamment améliorations des items 6 tension, 17 excitation, 33 labilité émotionnelle (*tableau 2*).

Tableau 2

	Inclusion	3 mois	6 mois	9 mois	12 mois	15 mois
Totaux	139	104	105	100	104	83

36 Troisième vignette : mlle E., âgée de 20 ans, a présenté un premier épisode dissociatif à l'âge de 15 ans. Son tableau clinique atypique est très déficitaire. Elle présente des idées délirantes à thème mystique et de persécution, et des hallucinations intrapsychiques kinesthésiques. Ses angoisses archaïques sont à type de morcellement, de liquéfaction et d'effondrement. Elle n'exprime jamais d'émotion.

37 Dès la première séance elle fait un malaise : « J'me sens mal, j'vais tomber. » Néanmoins, elle accepte des auto-massages vigoureux sur les deux membres supérieurs, et récupère rapidement. Elle est restée debout.

Résultats

38 Au cours de la prise en charge elle ressentira plusieurs fois l'imminence d'un malaise, déclenché en règle générale quand nous l'invitons à nommer son éprouvé. Aussitôt nous l'invitons à s'auto-masser vigoureusement les membres supérieurs. À chaque fois le malaise cède, et elle ne tombe pas. La mise en lien que nous faisons avec l'absence d'émotion l'interpelle. Le fait qu'elle parvienne à faire céder ses malaises en séance par des auto-massages vigoureux des membres supérieurs l'étonne.

39 Au bout de deux mois et demi, alors qu'elle décide d'arrêter la prise en charge, dans le but de retrouver un emploi, elle nous apparaît plus sûre d'elle-même pour sentir et nommer certaines de ses perceptions. Son attention sélective a progressé. Mais elle ne distingue toujours pas la différence de perception entre mouvement actif et mouvement passif. L'extraordinaire endurance dont elle faisait preuve en début d'étude se réduit quand elle devient capable d'identifier une lourdeur puis une douleur dans la ceinture scapulaire lors d'un mouvement répétitif de rotations des membres supérieurs. Ce que nous soulignons comme un avantage : elle se connaît un peu mieux, mais aussi comme un inconvénient : elle ressent maintenant la fatigue liée au mouvement.

40 Ces résultats n'apparaissent pas dans l'évolution de la BPRS 42 (tableau 3).

Tableau 3

	Inclusion	2,5 mois
Totaux	126	131

41 Son traitement médicamenteux par olanzapine et prazépam reste inchangé, et il n'y a pas d'hospitalisation intercurrente, ni dans les 18 mois qui suivront.

42 Quatrième vignette : monsieur C., âgé de 49 ans, présente un délire de référence à mécanisme imaginatif et hallucinatoire olfactif, qui a débuté dans les suites de la création de son entreprise d'installation sanitaire, alors qu'il avait 42 ans. Il se plaint d'halitose liée « à un pourrissement des dents ». La seule angoisse archaïque repérée est une angoisse d'effondrement.

Résultats

43 Le patient trouve, dans les exercices qu'il préfère, de quoi se détendre, calmer ses douleurs cervico-dorso-lombaires, contrôler ses malaises liés à une hypotension orthostatique, accepter le lâcher prise du sommeil. Il est moins phobique et tolère mieux le contact social. Ce que nous interprétons comme une amélioration des fonctions de maintenance, de contenance et de pare-excitation. Il vient assidûment aux rendez-vous pendant les dix-huit premières séances (deux premiers mois) tandis qu'il n'a jamais été assidu pour participer aux autres ateliers de l'hôpital de jour. La fin de sa participation à l'essai est décidée par le patient, dans les suites du décès de son père. Il interrompt aussi sa prise en charge à l'Hôpital de Jour parce qu'il doit maintenant remplacer son père à domicile. L'hallucination olfactive a persisté.

44 Son traitement neuroleptique n'est pas modifié au cours de la prise en charge. Il n'y a pas non plus d'hospitalisation intercurrente.

45 Dans le BPRS 42, l'amélioration a porté sur 7 des 9 facteurs et notamment sur les items 2 anxiété, 3 retrait affectif, 6 tension, 7 maniérisme, 11 méfiance, 13 ralentissement moteur, 22 phobies, 23 attitude passive dépendante, 32 sentiments d'infériorité, 33 labilité émotionnelle (tableau 4).

Tableau 4

	Inclusion	2 mois
Totaux	111	88

46 - Cinquième vignette : monsieur M., âgé de 26 ans, présente une psychose infantile avec angoisse de morcellement et d'effondrement, et un retard intellectuel. Il se plaint fréquemment de vertiges et de céphalées qui augmentent à distance de l'injection de neuroleptique retard. La fonction de maintenance de son Moi-Peau est très défaillante : il ne fait pas seul la plupart des gestes de la vie quotidienne, et a besoin d'être rassuré en permanence.

Résultats

47 - Après plusieurs séances, il dit utiliser chez lui les auto-massages du visage pour faire céder ses vertiges. Ses capacités de discrimination s'étoffent : mou/dur, rugueux/lisse, chaud/froid. Il peut distinguer certains bruits. Mais il interrompt la prise en charge au bout de 4 mois, évoquant la pénibilité de ces séances, dans un contexte où il doit faire face à des changements importants dans sa vie : un déménagement, la découverte d'une maladie grave chez son fils, et la deuxième grossesse de son épouse.

48 - Le traitement médicamenteux n'a pas changé pas. Il n'y a pas d'hospitalisation intercurrente ni dans les 24 mois qui suivent la fin de l'essai.

49 - Dans le BPRS 42, les modifications portent surtout sur les facteurs hystérique et organique et dans une moindre mesure les facteurs paranoïde, maniaque et phobique (tableau 5).

Tableau 5

	Inclusion	4 mois
Totaux	137	116

50 - (Le 6^e patient, âgé de 26 ans, qui présente une schizophrénie paranoïde diagnostiquée à 23 ans, a interrompu sa participation au bout de 3 séances, saisissant l'opportunité de se réinstaller dans la région de sa famille, en dehors de toute décompensation psychotique.)

Résultats globaux de l'essai

51 - Aucun patient n'a présenté de recrudescence du délire ni d'aggravation de son état psychique.

52 - Les scores à la BPRS 42 sont améliorés chez les patients 1 et 2 qui ont terminé l'essai, et chez les patients 4 et 5.

53 - L'étude des fonctions cognitives réalisée cliniquement et uniquement dans le cadre des séances est limitée, mais fait ressortir une amélioration de l'attention soutenue, de l'attention sélective, du contrôle volontaire du comportement et des capacités d'autocorrection, chez les 5 premiers patients, dans le contexte des séances. La mémoire apparaît être de type essentiellement kinesthésique chez les patients 1, 2, 4 et 5. L'attention à la respiration, interprétée comme étayant la fonction de maintenance permet aux 4 premiers patients de se remémorer certains exercices. Le champ lexical en rapport avec la sensorialité gagne en étendue chez les patients 2, 3, 4 et 5.

54 - L'évolution des bilans psychomoteurs des patients 1, 2, 3 et 4 fait apparaître lors des séances une meilleure cinétique respiratoire, un meilleur contrôle moteur, moins de maniérisme. Chez le patient 1, ces améliorations se sont poursuivies entre les séances.

Discussion

55 - Dans une étude ultérieure, l'échantillon devra être plus homogène en terme de diagnostic psychiatrique, un bilan cognitif standardisé s'impose, de même que la réalisation d'un bilan psychomoteur standardisé **[4][4]** Treillet T. et ses collaborateurs étudient la validité d'une....

56 - Dans cet essai prévalent des manifestations symptomatiques en lien avec l'image de base, notamment les malaises imminents. Ceux-ci étaient déclenchés à l'occasion d'un événement extérieur au patient, par exemple demande formulée au patient par le soignant. Les exercices d'auto-tapotements et d'auto-massages vigoureux, utilisés dans ces contextes, avaient pour effet de faire disparaître le malaise chez tous les patients concernés. Ce que nous interprétons comme étayant les fonctions de pare-excitation et de recharge libidinale. La fréquence de ces sensations imminentes de malaise a diminué en séance. Par ailleurs l'Image Fonctionnelle, fortement déficitaire chez ces cinq patients, a pu être remaniée en séance, quand les exercices proposés semblaient étayer la fonction de recharge libidinale, ou quand les interventions du soignant faisaient appel au désir et aux capacités de choisir des patients. Alors les patients devenaient plus actifs sur le déroulement interne des séances. Il semblerait que chez ces patients, pendant le temps des séances, (voire plus chez monsieur D.), le Moi morcelé ait pu

s'amarrer ponctuellement dans le corps, dans une relation dynamique entre sensorialité et mise en parole, à l'occasion de l'étayage apporté par le soignant, dans le cadre structurant de l'essai. Cela évoque, à travers le transfert, le réinvestissement de son schéma corporel par le sujet, autrement dit la reconstruction d'un lien, l'articulation, la solidarisation, du schéma corporel à l'image inconsciente du corps, nécessité démontrée par Dolto [8].

57 - Or l'objet premier de la méthode Feldenkrais et du Qi Gong est justement la recherche et le maintien de l'amarrage du Moi dans le corps. Car dans la pensée chinoise, chaque processus psychique est lié par un lien fonctionnel à un ensemble de processus physiques de même nature. Par conséquent toute modification qualitative ou quantitative au plan physique, de cause endogène ou exogène au patient, a des répercussions au plan psychique qui lui est lié fonctionnellement, et vice versa, à l'origine de symptômes psychiques modérés. Quand une modification atteint un niveau qui ne permet plus le rétablissement de l'homéostasie, apparaissent des symptômes psychiques graves témoins d'un délitement voire d'une rupture d'un lien fonctionnel somato-psychique. Ce que nous ne pouvons développer ici. L'étude de cet essai, basée cette fois sur les principes de la médecine traditionnelle chinoise, fera l'objet d'une autre publication dans la presse spécialisée. Par ailleurs, dans ces techniques, la relation qui se développe entre enseignant et pratiquant, étayée par un corpus théorique solide, fait fonction de tiers permettant le transfert.

58 - À travers cette lecture psycho-dynamique nous avons montré, d'une part dans quelle mesure la prise en charge corporelle d'un patient souffrant d'angoisse archaïque était réalisable sans iatrogénie et pertinente, et d'autre part confirmé comment l'utilisation de champs épistémologiques différents pouvait être intéressante [16].

59 - Nous voudrions attirer l'attention du lecteur sur le fait que nous avons volontairement écarté l'utilisation de techniques corporelles qui proposent la création imaginaire de perceptions sensorielles, telles que par exemple la sophrologie [5] (à partir du deuxième niveau). En effet, ces créations imaginaires apparaissent dangereuses, car potentiellement pourvoyeuses de dissociation, et pas seulement chez le patient psychotique [10]. Elles nous semblent aussi inutiles car le corps réel produit de toute façon des sensations et si le patient ne les perçoit pas tout de suite, ce travail montre comment on peut l'amener à la perception.

Conclusion

60 - Pankow [13] écrivait : « Il s'agit de trouver un repère, une greffe, pour déclencher un processus de symbolisation. » Dans notre essai, la greffe s'est opérée à l'occasion de la relation entre le soignant et le patient, dès lors que le cadre, l'objet de l'essai et les modalités de lecture des symptômes du patient faisaient fonction de tiers. Et dans ce contexte, où patient et soignant exécutent les mouvements en face à face, c'est cette fonction de tiers qui permet à la fonction d'individuation du Moi-Peau de maintenir séparés les contenus psychiques de chacun. Ainsi, la potentialité d'une recrudescence du délire chez le patient, du fait de l'attention portée au réel de son corps [20], est contenue grâce à la mise en sens de ses sensations corporelles.

Notes

- **[4]**

Treillet T. et ses collaborateurs étudient la validité d'une grille standardisée du bilan psychomoteur qu'ils ont élaborée chez l'adulte (secteur de psychiatrie 68G08, centre hospitalier de Rouffach, 27, rue du 4e-Spahis-Marocain, 68250 Rouffach).

Références

- 1 Angles M, Darakchan S, Zhu MS. *Souffle et énergie, Le Qi Gong*. Rodez : Edition Rouergue, 2007.
- 2 Anzieu D. *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod, 1995.
- 3 Anzieu D. *Ibid*, p. 119-137.
- 4 Bandura A. *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck, 2003.
- 5 Chéné PA, Caydedo A. *Sophrologie, tome 1 : Fondements et méthodologie : précis de sophrologie caycédienne actualisée*, Paris Ellébore, 2001 (496 pages). Tome 2, *Champs d'application en sophrologie caycédienne*, Paris, Ellébore, 1999 (543 pages).
- 6 Dolto F. *L'Image inconsciente du corps*. Paris : Le Seuil, 1984.
- 7 Dolto F. *ibid,,* p. 51-61.
- 8 Dolto F. *Ibid,,* p. 23, 40-41, 45, 219.
- 9 Feldenkrais M. *La Conscience du corps*. Paris : Robert Laffont, 1971.
- 10 Loquineau B. La sophrologie : des origines à l'actualité, Communication au Congrès « Émotions, corps, et conscience, 25 ans de la Fédération européenne de Qi Gong, 29.06.08. sur www.sophro.net.
- 11 Pankow G. *L'Être là du schizophrène*. Paris : Aubier, 1981.
- 12 Pankow G. *L'Homme et sa psychose*. Paris : Aubier, 1969.
- 13 Pankow G. *L'Être là du schizophrène, ibid,,* p. 22.
- 14 Pichot P, Overall JE, Gorham DR. « Échelle abrégée d'appréciation psychiatrique ». In : Guelfi JD, et al., eds. *Évaluation clinique standardisée, T1*. Laval, Éditions Médicales Pierre-Fabre, 1996.
- 15 Racamier PC. *Les Schizophrènes*. Paris : Payot, 1990.

- 16 Raoult PA. *Psychologie clinique, psychanalyse et psychomotricité*. Paris : L'Harmattan, 2001.
- 17 Romano F. Corps et psychanalyse. *Nervure* 2007 ; 6 (XX) : 8-9.
- 18 Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969.
- 19 Wu Dang Qi Gong n° 3, 1^{re} série, in « Wu Dang Qi Gong 1^{er} niveau », vidéocassette, *Institut Européen de Qi Gong, 13122 Ventabren*
- 20 *Pluriels* 44/45 - Juin 2004 - En santé mentale : préserver le corps.

Mis en ligne sur Cairn.info le 15/11/2012
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8501.0027>