

Une démarche psychomotrice de soin auprès de patients dépressifs. Dynamique d'un sujet en relation à travers la relaxation

Kévin Parisis

▶ **To cite this version:**

Kévin Parisis. Une démarche psychomotrice de soin auprès de patients dépressifs. Dynamique d'un sujet en relation à travers la relaxation. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00867611

HAL Id: dumas-00867611

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867611

Submitted on 30 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Une démarche psychomotrice de soin auprès de patients dépressifs

Dynamique d'un sujet en relation à travers la relaxation

Kévin PARISIS

Né le 7 avril 1991 à Libourne (33)

Juin 2013

Remerciements

Je tiens à remercier Régis Montean, mon maître de mémoire et de stage, qui a su écouter, accueillir et enrichir mes réflexions me permettant d'élaborer mes projets sereinement.

Je suis également reconnaissant envers l'ensemble des psychomotriciens et psychomotriciennes qui m'ont accueilli en stage et enrichi de leur pratique.

Je pense aussi à toutes les équipes soignantes et éducatives que j'ai croisées et avec qui j'ai toujours été ravi de collaborer.

Merci, enfin, à mes camarades et futurs collègues de la promotion qui ont partagé avec moi toutes les péripéties de cette troisième année.

Table des matières

INTRODUCTION..... 6

Chapitre 1 : Le sujet dépressif, perspectives cliniques 8

I. La dépression dans l'histoire et la société 9

1. Une histoire ancienne 9

2. Une société actuelle dépressogène ? 11

II. Hypothèses étiologiques 13

1. Facteurs héréditaires 13

2. Facteurs biologiques 13

3. Facteurs socio-environnementaux 14

4. Point de vue cognitif 14

5. Point de vue comportemental 14

6. Apports psychanalytiques 15

6.1. Freud et la notion de perte 15

6.2. Mélanie Klein et la culpabilité 15

6.3. René Spitz et la dépression anaclitique 16

6.4. Donald W. Winnicott et la relation mère-enfant 16

III. Une clinique plurielle 17

1. Sémiologie psychiatrique 17

1.1. L'humeur dépressive 17

1.2. Inhibition et ralentissement psychomoteur 18

1.3. Idée de suicide et suicide 20

1.4. Les signes « objectifs » 20

2. Formes cliniques empiriques 21

3. Particularités selon l'âge 23

3.1. Enfance 23

3.2. Adolescence 24

3.3. Chez les personnes âgées 25

4. Répercussions familiales, sociales et professionnelles 25

IV. Thérapies et évolution des états dépressifs 27

1. Les différentes thérapies 27

1.1. Les traitements médicamenteux 27

1.2. Les psychothérapies 28

1.3. Les autres traitements 29

2. Evolution générale 30

Chapitre 2 : Une approche relationnelle du sujet dépressif en psychomotricité 31

I. Un être en relation : de la dépendance à l'autonomie 31

1. De la dépendance à l'autonomie psychomotrice 32

1.1. Vers une autonomie motrice 32

1.2. Le bébé, un partenaire actif de l'interaction 33

1.3. Le dialogue tonico-émotionnel, terrain de l'interaction 34

1.4. Un environnement étayant 34

2. D'une dépendance à une autonomie psycho-affective 36

2.1. Le développement de l'enfant selon Wallon 36

2.2. Des soins maternels « suffisamment bon » (Winnicott) 37

2.3. Importance de l'attachement (Bowlby) 40

2.4. L'appareil à penser les pensées (Bion) 41

II. Le sujet dépressif : Une dépendance psycho-corporelle 45

1. L'inhibition psychomotrice : un signe tonico-affectif 46

2. La désorientation spatio-temporelle : un besoin de repères 47

3. Les troubles de l'image du corps : la présence de l'autre 49

4. Les doléances corporelles : moyens de communication 51

4.1. Les plaintes somatiques 51

4.2. Les conversions et les somatisations 51

4.3. Le suicide 53

Chapitre 3 : Un cadre relationnel en psychomotricité, la relaxation ... 56

I. Définition de la relaxation 56

II. Fonctions impliquées 57

1. Le tonus 57

2. La fonction maternante 58

3. La fonction suggestive 59

3.1. Définition de la suggestion 59

3.2. La suggestion et la communication 60

3.3. Le transfert en relaxation psychomotrice 62

4. La prise de conscience corporelle et l'image du corps 64

5. La relaxation comme médiateur de la relation 65

III. Relaxation psychomotrice auprès des sujets dépressifs 66

Chapitre 4 : Un dispositif thérapeutique en psychomotricité 68

I. Présentation du lieu de stage 69
1. Présentation du service et de l'équipe 69
2. Protocole de soin pour les états dépressifs 70

II. Place de la psychomotricité 72
1. En tant qu'observateur 72
2. En tant qu'intervenant au sein du service 74

III. Hypothèse de travail 75

IV. Un groupe de relaxation pour une mise en relation 76
1. Cadre et indications. Où, Quand, Qui ? 76
2. Déroulement d'une séance. Comment ? 77
3. Le groupe. Pourquoi ? 78
4. La relation au psychomotricien 80

V. Difficultés et limites 81

Chapitre 5 : Dynamique d'un sujet en relation 84

I. Présentation de la patiente 84

II. Evolution au cours des séances 86
1. Première séance : Plouf 86
2. Deuxième séance : Pensées 88
3. Troisième séance : Stimulant 89
4. Quatrième séance : Intimité 91

III. Bilan de fin de suivi 93

CONCLUSION 95

Bibliographie 97

INTRODUCTION

En psychiatrie, la dépression est un trouble mental altérant l'humeur de la personne. Elle est caractérisée par un état de tristesse anormale tant dans son intensité que dans sa durée.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en France, environ 9% de la population générale est touchée par cette maladie. Elle survient à n'importe quel moment de la vie et touche tous les milieux socio-culturels.

La globalité des répercussions (sociales, familiales et professionnelles) sur la vie du sujet, peut catalyser les conséquences de cette maladie allant dans le pire des cas jusqu'au suicide.

L'individu est donc menacé tant dans son intégrité physique que psychique, ce qui place la dépression comme véritable problème de santé publique. Toujours selon l'OMS elle ferait partie des maladies aggravant au plus la qualité de vie des gens.

La dépression est massivement relayée dans les médias, qui en font un véritable fléau dans nos sociétés occidentales, une véritable « maladie à la mode ». Pour tout un chacun, la dépression est une pathologie courante souvent dû à l'accumulation de stress sur le lieu de travail. Pour faire face aux exigences de la société, la population française a de plus en plus recours aux antidépresseurs.

De plus, notre société actuelle est en perpétuel changement, il y règne une valorisation des performances qui pousse les gens à s'émanciper de plus en plus du groupe vers un accomplissement personnel. Ces nouvelles exigences de la société entraînent parfois des difficultés d'adaptation qui liées à d'éventuelles contraintes personnelles (histoire, filiation) peuvent plonger le sujet dans une incapacité d'agir et de penser. En conséquence, on assiste actuellement à une véritable médicalisation de l'existence en lien avec un culte de la santé parfaite aussi bien physique que mentale.

Durant mes trois années de formation en psychomotricité, j'ai pu rencontrer et échanger avec différentes populations à l'occasion de mes stages. Cela m'a conduit à expérimenter et élaborer ma future pratique de psychomotricien dans divers domaines tels que la petite enfance en crèche ; la pédopsychiatrie auprès d'enfants psychotiques au sein de deux instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques ; la psychiatrie adulte auprès d'adultes polyhandicapés ; la gériatrie en établissement d'accueil des personnes âgées dépendantes et en psychogériatrie.

Lors de mon stage en psychogériatrie, en deuxième année de formation, j'ai eu un aperçu de l'importance de la pathologie dépressive ; plus de la moitié des patients présentaient une forme de dépression plus ou moins sévère.

De ce constat est née l'envie d'enrichir mes connaissances et mon expérience autour des troubles dépressifs en psychiatrie adulte.

L'élaboration de ce mémoire, par les questionnements qu'il a fait éclore, m'a permis d'établir peu à peu des liens avec ma pratique psychomotrice.

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle pouvant s'accomplir à travers plusieurs médiations faisant partie de son champ de compétence. Durant ma formation, la relaxation m'a semblé être un bon moyen de rattacher la personne à ses sensations, ses affects pour enfin les représenter.

Il semblerait que la problématique affective des patients dépressifs ait des répercussions sur le plan somatique. Les dysfonctionnements psychiques trouvent, alors, une voie d'expression au niveau corporel. Ainsi, les troubles dépressifs entraînent un véritable déséquilibre des fonctions psychomotrices affectant la relation à autrui, le comportement, les conduites et les compétences du sujet.

C'est à partir de là que je me demande comment intégrer et appliquer la relaxation dans ma pratique psychomotrice personnelle auprès des patients dépressifs.

Nous présenterons, dans un premier chapitre, les troubles dépressifs tels que nous les rencontrons actuellement chez l'adulte. Ensuite, nous apporterons une vision psychomotrice spécifique de la symptomatologie dépressive et nous orienterons vers la relaxation dans une perspective de soin psychomoteur. Enfin, en nous basant sur une expérience hospitalière au sein d'un service de psychiatrie adulte, nous témoignerons de la mise en place d'un groupe de relaxation et de son effet clinique pour les sujets dépressifs ; le parcours d'une patiente dans ce dispositif sera décrit plus précisément.

Chapitre 1 : Le sujet dépressif, perspectives cliniques

« Quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle
Sur l'esprit gémissant en proie aux longs ennuis,
Et que de l'horizon embrassant tout le cercle
Il nous verse un jour noir plus triste que les nuits ;
Quand la terre est changée en un cachot humide,
Où l'Espérance, comme une chauve-souris,
S'en va battant les murs de son aile timide
Et se cognant la tête à des plafonds pourris ;
Quand la pluie étalant ses immenses traînées
D'une vaste prison imite les barreaux,
Et qu'un peuple muet d'infâmes araignées
Vient tendre ses filets au fond de nos cerveaux,
Des cloches tout à coup sautent avec furie
Et lancent vers le ciel un affreux hurlement,
Ainsi que des esprits errants et sans patrie
Qui se mettent à geindre opiniâtrement.
– Et de longs corbillards, sans tambours ni musique,
Défilent lentement dans mon âme ; l'Espoir,
Vaincu, pleure, et l'Angoisse atroce, despotique,
Sur mon crâne incliné plante son drapeau noir. »

Baudelaire, « Spleen »[1]

[1] Extrait de *« Les fleurs du mal »*, http://www.ebooksgratuits.com/pdf/baudelaire_les_fleurs_du_mal.pdf
Baudelaire peint ici les sensations, les affects et émotions avec lesquels les patients dépressifs sont constemment aux prises. Cependant, les patients rencontrés ne sont pas dans la capacité de trouver dans le dire ou dans l'écrit le moyen de mentaliser et de penser leurs affects dépressifs, comme l'eut fait Baudelaire.

I. La dépression dans l'histoire et la société

« La société dans laquelle nous sommes nés repose sur l'égoïsme. Les sociologues nomment cela l'individualisme alors qu'il y a un mot plus simple : nous vivons dans la société de la solitude. »
Frederic Beigbeder[1]

1. Une histoire ancienne

La longue histoire de la dépression est intimement liée à celle de la psychiatrie. Au cours des siècles, elle a été influencée autant par la médecine, la philosophie, l'art que la religion.

Les premières descriptions de troubles se rapprochant des états dépressifs remontent à l'Egypte ancienne. Des papyrus de cette époque décrivent en effet des états d'abattement et de découragement comparable à la sémiologie contemporaine des états dépressifs.

Dans la Grèce antique, Hippocrate utilise pour la première fois le terme de mélancolie, mot composé de « noire » (« mélas ») et de « bile » (« khôlé »). Il la décrit comme une humeur morose, avec un caractère excessif envahissant l'esprit pouvant également être source de génie.

Au II^{e} siècle après J.-C., Arétée de Cappadoce en fait la première description précise en relevant qu'il s'agit d'un esprit triste qui reste fixé sur la même idée et s'y attache avec opiniâtreté. Galien, lui évoque l'affliction, la tristesse profonde et l'éloignement des choses les plus chères.

Au IX^{e} siècle, le médecin arabe Ishâq ibn Imrâm de Bagdad écrit un Traité de la mélancolie dans lequel il la dépeint avec précision (lenteur, immobilité, mutisme, trouble du sommeil, agitation, anxiété, tristesse, risque de suicide…).

[1] Extrait de *« L'amour dure 3 ans »*, Gallimard, 2001. Cette citation se rapproche du vécu des patients rencontrés et illustre une vision critique de notre société actuelle qui nous le verrons peut apparaitre comme dépressogène.

Avec le début du christianisme, cette forme de tristesse est associée à la notion de péché. Deux moines, Evagre Le Pontique puis Jean Cassien, décrivent sous le terme d'acédie cet état de paresse, d'oisiveté, de morosité, d'anxiété, d'instabilité du corps et de la pensée. Au XIII^{e} siècle, bien que demeurant un péché capital dont l'Eglise se préoccupe jusqu'à la fin du Moyen-Age, l'acédie gagne le monde laïque.

Les remèdes de l'époque consistent à travailler dans les champs, à effectuer les tâches ménagères afin de lutter contre la paresse. Cela dans le but d'éviter l'ennui, l'angoisse, l'insatisfaction de soi, l'anxiété et l'intolérance des autres en occupant son temps de manière utile.

Au XV^{e} – XVI^{e} siècle, le terme de mélancolie réapparait pour désigner la perte de tout intérêt pour la vie. Elle garde une place culturelle importante et s'étend dans les domaines de la philosophie de l'art et de la littérature, rappelant le lien fait au « génie » par Hippocrate.

Au début du XIX^{e} siècle, la mélancolie perd son statut et son domaine se réduit. Pinel la qualifie d'abord de « folie partielle », de délire dirigé sur un objet ou une série d'objets entrainant l'enfermement dans le silence, l'évolution vers la manie et le risque de suicide. Esquirol, l'un des pères de la psychiatrie moderne, rejette le mot mélancolie et évoque en 1819 le terme de lypémanie, notion désignant une monomanie triste.

Le terme de neurasthénie voit le jour en 1869, cette notion participe aux origines de la dépression en désignant un épuisement nerveux dû à la vie moderne, à la fatigue et au surmenage. Son tableau clinique est extrêmement riche : insomnies, manque d'appétit, hypocondrie, manque d'intérêt pour le travail, maux de tête, douleurs névralgiques…

Le mot dépression désignant en latin le passage du haut vers le bas est repris en psychiatrie à partir du milieu du XIX^{e} siècle. C'est notamment Guislain, puis Griesinger, qui vont faire apparaitre ce terme et plus largement les troubles de l'humeur dans la taxinomie psychiatrique. Guislain énonce alors la notion de « douleur morale ». Quant à Griesinger, il est le premier à utiliser le terme de « ralentissement psychomoteur » dans sa description de l'hypotonie du déprimé.

Kraepelin propose en 1899 une classification des troubles dépressifs distinctes de la mélancolie, la notion de « dépression » (non mélancolique) voit officiellement le jour.

Dans les années 1930, les recherches thérapeutiques amènent à l'utilisation de l'électroconvulsivothérapie (ECT) initialement expérimentée auprès des patients schizophrènes, elle s'avère être un traitement plus efficace pour les patients dépressifs.

Les années 1950 sont marquées par l'apparition des antidépresseurs, la médecine générale bénéficie désormais d'un moyen d'action sur ces troubles disparates regroupés sous le nom de dépression.

C'est l'avènement des premières conceptions biochimiques des troubles de l'humeur qui influenceront les modèles nosologiques opposant les dépressions à déterminisme préférentiellement biologique, à celles au déterminisme psychologique.

Dans les années 1970, la psychiatrie exprime le besoin de se référer à une classification s'appuyant sur des critères de référence permettant de mieux diagnostiquer la dépression. Le raisonnement psychiatrique est profondément modifié, cela débouche à la publication de la troisième version du manuel statistique et diagnostic des troubles mentaux dans les années 1980, le DSM III. Il est ensuite révisé, réédité à plusieurs reprises, aboutissant au DSM-IV, puis le DSM V en 2013. Parallèlement l'organisation mondiale de la santé (OMS) publie sa propre classification, la classification internationale des maladies, la CIM qui en est actuellement à sa dixième édition.

2. Une société actuelle dépressogène ?

Les pathologies dépressives ont une dimension sociale et culturelle importante et A. Ehrenberg s'est attaché à définir la dépression d'un point de vue psychosocial. Il met en avant l'exigence de plus en plus forte de la performance, la recherche accrue d'individualisation et de liberté dans les sociétés actuelles dites « post-modernes ».

L'individu est régulièrement confronté au regard des autres, à l'image et à la performance. La croissance exponentielle d'internet et de ses réseaux sociaux accentue le phénomène. Le système enferme le sujet dans une dynamique de dépassement de soi et d'ajournement de ses limites.

Aujourd'hui la question ne se pose plus en terme « de permis ou de défendu » mais en terme de « possible ou d'impossible » et la souffrance du sujet en devient donc tout à fait différente.

A l'univers freudien du désir, de l'œdipe, de la faute, de la culpabilité succèdent et remplacent la souffrance de l'insuffisance, de l'incapacité, de l'échec, de la non reconnaissance.

« La dépression et l'addiction sont les noms données à l'immaîtrisable quand il ne s'agit plus de conquérir sa liberté, mais de devenir soi et de prendre l'initiative d'agir. »[1]

La dépression et l'addiction se placent comme des pathologies sociales de la responsabilité (qui se rapproche plus de l'incapacité que de la faute).

L'angoisse de l'individu est celle de tomber de son podium social provoquée par la concurrence et la compétition. La contrainte sociale et la réussite comme solution unique est une réalité qui oppresse constamment le sujet. Pour se convaincre de son existence sociale il faut se dépasser en permanence, accomplir des exploits de plus en plus fort pour rester dans la course, mais aussi pour éviter la dépression provoquée par l'échec. L'individu est convaincu qu'il peut toujours faire mieux, faire plus, aller plus haut. Cependant l'inverse est aussi possible lorsque la personne se dévalorise constamment. L'estime de soi devient défaillante et peut conduire à un certain nombre d'affections physiques et mentales dont la dépression fait partie.

La « mythologie » moderne des supers héros avec laquelle grandissent un bon nombre d'enfants est une belle métaphore de nos sociétés à condition de la lire d'une certaine manière : la performance, le dépassement de soi rend la personne unique et aimée des autres, cependant le moindre échec est insupportable, entraîne une dévalorisation importante voire une exclusion de la société.

Cette crainte de l'échec mise en lien avec un sentiment de dévalorisation, d'insuffisance entraînerait la dépression.

L'individu ressent le sentiment d'être *« seulement lui-même et par conséquent jamais assez lui-même »*[2] ce qui le pousse à courir derrière un idéal, une ombre dont il est dépendant.

[1] Ehrenberg Alain dans *« La fatigue d'être soi »,* p 250
[2] Ibid.

II. Hypothèses étiologiques

L'apparition chez un sujet de troubles dépressifs, n'est pas la conséquence d'une cause unique. Les hypothèses étiopathogéniques sont multifactorielles. Nous allons en reprendre quelques-unes.

1. Facteurs héréditaires

Il existerait certaines prédispositions génétiques à l'apparition de pathologies dépressives. Ainsi, une personne venant au monde au sein d'une famille présentant des antécédents dépressifs risquerait de développer à son tour des troubles dépressifs de manière plus importante que le reste de la population.

2. Facteurs biologiques

Les causes biologiques seraient à relier à un trouble de l'échange synaptique, notamment un manque de neurotransmetteurs circulant dans la fente synaptique.

Les neurotransmetteurs en question ont été mis en évidence grâce à la découverte fortuite des antidépresseurs dans les années cinquante. Depuis, l'évolution des traitements a permis de démontrer le rôle de trois neurotransmetteurs dans les pathologies dépressives.

- la sérotonine impliquée dans la régulation de l'impulsivité
- la noradrénaline, neurotransmetteur régulant la dysphorie et l'irritabilité
- la dopamine entrainant en cas de baisse le ralentissement psychomoteur.

De plus il semblerait que l’acétylcholine aurait un impact sur l’apparition de la dépression, ce neurotransmetteur serait secrété en abondance chez les patients dépressifs.

3. Facteurs socio-environnementaux

Il est possible de considérer la dépression comme une pathologie réactionnelle survenant après un évènement dit stressant. Cet évènement traumatique peut survenir précocement dans l'enfance de l'individu jusqu'à son adolescence, ou alors être d'apparition plus récente et précéder d'au moins une année la survenu de l'épisode dépressif. On parle de facteurs déclenchants ou précipitants. Ils correspondent à des agents stressants qui sont en interaction avec la personne, elle-même se trouvant dans un environnement protecteur ou fragilisant. Par exemple, une situation de chômage survenant dans un contexte de précarité peut être une situation déstabilisante à l'origine d'une dépression.

4. Point de vue cognitif

Pour les cognitivistes, la dépression serait la conséquence d'une altération du traitement de l'information caractérisée par des distorsions cognitives conduisant la personne à interpréter de façon négative la réalité. Le trouble dépressif serait pour Beck le résultat d'un trouble de la pensée. Ainsi chez le déprimé, les schémas cognitifs dépressogènes se réactiveraient et prendraient la place des modes de pensée appropriés pour traiter l'information. Ces schémas dépressogènes seraient issus d'expériences négatives vécues qui seraient réactivées par des stimuli spécifiques dans la pathologie alors qu'ils resteraient latents dans les conditions normales.

5. Point de vue comportemental

Cette théorie se fonde sur le modèle de l'apprentissage. Selon le modèle comportementaliste, les troubles dépressifs sont induits soit par des événements négatifs, c'est à dire un stimulus qui vient réactiver un événement douloureux du passé, soit par la carence de renforcements positifs qui plonge l'homme (par opposition à l'animal) dans une impuissance face à un problème dont il n'a aucune solution.

6. Apports psychanalytiques

Nous nous baserons ici sur les apports conceptuels de certains psychanalystes de manière chronologique. Les concepts développés ne sont pas exhaustifs mais nous semblent importants dans une perspective de soin psychomoteur auprès des sujets dépressifs.

6.1. Freud et la notion de perte

L'apparition de la dépression serait associée à une perte de l'objet aimé. Cette perte peut être réelle ou fantasmée. Elle aboutirait à une introjection et une identification de l'objet perdu au moi du sujet. Cependant cela ne suffirait pas à déclencher une dépression car ce processus est aussi en place lors d'un deuil. Il faut y ajouter une régression pulsionnelle à des stades archaïques du développement psychique, le stade oral et le stade sadique anal. La dimension orale (liée au narcissisme) s'exprime par l'introjection et l'identification du moi à l'objet perdu. Cela correspond à une forme d'incorporation de l'objet, qui de cette manière serait toujours présent même après sa disparition. Cependant, dans la dépression, l'objet introjecté est la cible de reproches, d'une déception. Le moi devient donc à son tour dévalorisé et source de reproches. La dimension sadique anale s'exprime à partir de ce fait. En effet, pour Freud, dans la dépression les pulsions de mort se déplaceraient du ça pour investir de façon prépondérante le surmoi. Ces pulsions vont se retrouvées dirigées vers le moi dévalorisé. Le sujet est donc dans une ambivalence totale de ses pulsions qui fait dire à Freud que dans la dépression *« l'ombre de l'objet est tombé sur le moi »*[1].

6.2. Mélanie Klein et la culpabilité

Mélanie Klein développe la notion de « position dépressive » qui dans le développement psychique de l'enfant normal succèderait à la « position schizo-paranoïde ». Selon elle, l'apparition de la position dépressive surviendrait à partir du moment où l'enfant perçoit sa mère comme objet total, il se rend compte que le bon et le mauvais objet cohabitent. Naissent alors des sentiments de culpabilité chez l'enfant éprouvant toujours des pulsions agressives envers le mauvais sein maternel qui est maintenant également le bon sein.

[1] Freud dans « Deuil et mélancolie ».

A partir de là, l'enfant se perçoit comme un être à part entière ce qui permet de dire qu'à ce moment le moi naît d'une dépression.

Les états dépressifs des adultes seraient dus à une régression inconsciente à cette phase préœdipienne où se réactualiserait une certaine ambivalence vis-à-vis des objets intériorisés.

6.3. René Spitz et la dépression anaclitique

Il évoque la notion de dépression anaclitique dont je décris les manifestations cliniques plus bas[1]. Après une séparation brutale d'avec la mère, l'angoisse extrême de cette situation plonge l'enfant dans une spirale dépressive. Lorsqu'une perte similaire survient à un degré moins grave pendant l'enfance, la construction narcissique peut être fragilisée. Lorsqu'un des appuis narcissique de la personne s'effondre (travail, enfants, échec amoureux…) la phase dépressive réapparait.

6.4. Donald W. Winnicott et la relation mère-enfant

Donald W. Winnicott met en évidence l'importance des soins maternels dans la constitution identitaire et narcissique de l'enfant. Pour lui, il y a plusieurs expériences successives qui conduisent l'enfant à une relation adaptée avec l'environnement. Il décrit différentes phases[2] et différentes caractéristiques dans la relation mère-enfant qui participent à la construction psychique de l'enfant lui permettant la reconnaissance, le respect d'autrui, et d'accepter la séparation. Lorsque la question du rapport à l'objet, à autrui sera posée le sujet pourra y faire face. Il semblerait donc que d'éventuelles carences dans la relation mère-enfant ne permettent pas à ce dernier de construire un Moi suffisamment solide sur le plan narcissique pour affronter les expériences de séparations.

Les éventuelles carences dans les soins prodigués par la mère, pourraient fragiliser l'enfant sur les plans narcissiques et identitaires. Le sujet se construit en n'ayant pas les bases psychiques suffisamment solides pour pouvoir affronter certaines situations angoissantes. Ce contexte favoriserait l'émergence de l'état dépressif.

[1] Dans la partie *« particularités selon l'âge, enfance »*, p23.

[2] Ces phases seront décrites plus bas dans un chapitre spécifique : « des soins maternels « suffisamment bons ».

III. Une clinique plurielle

Les théories proposant des hypothèses étiologiques sont, nous l'avons vu, très différentes. Sur le plan clinique, les descriptions de la dépression sont, là aussi, très variées. Nous présenterons les caractéristiques communes au niveau sémiologique, puis les descriptions particulières de la dépression (chez l'adulte et chez les autres catégories d'âges). Enfin nous aborderons les répercussions qu'une dépression peut entraîner dans la vie des personnes.

1. Sémiologie psychiatrique

La notion d'états dépressifs est large. Il y a donc une multitude de signes repérables par les praticiens. Selon la forme de l'état dépressif, les manifestations cliniques peuvent être proches de la normalité ou très spectaculaires. Il n'est donc pas nécessaire de présenter tous les signes pour être déprimé. Selon le DSM-IV, pour qu'un patient puisse être considéré comme dépressif il doit obligatoirement présenter une humeur dépressive, plus d'autres symptômes parmi ceux que nous décrirons.

L'état dépressif apparaît donc comme un état généralement transitoire formé de quatre composantes qui sont l'humeur dépressive, l'inhibition et le ralentissement psychomoteur, le risque de suicide et les « signes » objectifs.

1.1. L'humeur dépressive

Les premiers signes cliniques sont les modifications de l'humeur qui revêtissent un caractère négatif allant du simple cafard au délire de petitesse. Il y a plusieurs manifestations de l'humeur qui représentent toutes des modalités de « douleur morale » :

- la tristesse pathologique pouvant aller jusqu'à un désespoir profond ;
- un sentiment pessimiste, d'insatisfaction, de culpabilité et d'auto dépréciation un sentiment d'ennui et de perte d'intérêt des activités antérieures (morosité et perte de sens) ;
- une indifférence affective voire une véritable anesthésie affective avec perte des émotions et des sentiments (il n'y a pas de réceptivité aux situations agréables), on parle de monotonie ;
- une incapacité à éprouver des envies voire une anhédonie (perte de plaisir pour toute les activités) ;
- une vision négative de soi et une dévalorisation ;
- une vision négative du monde extérieur (sentiment d'incompréhension et attribution aux autres de la responsabilité de son état) ;
- une vision négative du futur, désespoir, sentiment que rien ne changera, idée que l'avenir sera pire et parfois idée d'incurabilité.

Tous ces signes peuvent être présents chez des personnes non déprimés. Ce qui leur donne un caractère pathologique est le fait que leur survenue bouscule les modes d'être antérieurs de la personne, leur intensité, leur aspect unilatéral (pas de compensation par d'autres états à d'autres moments), leur autonomie qui les rend incontrôlable.

1.2. Inhibition et ralentissement psychomoteur

Le ralentissement psychomoteur, chez les patients dépressifs, est défini par Widlöcher *« comme un système de conduites cohérentes constituant en elles-mêmes la condition dépressive »*[1].

Les termes d'inhibition et de ralentissement viennent remplacer celui de « perte de l'élan vital » utilisé par le passé.

Ce sont des manifestations d'affaiblissement, de diminution de vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication qui s'observent de l'extérieur contrairement à l'humeur dépressive qui correspond à des plaintes évoquant des sentiments ou des émotions. Ce ralentissement est observable d'un point de vue moteur et psychique.

[1] Widlöcher dans « Le Ralentissement dépressif », p41.

Le ralentissement moteur porte sur le comportement visible notamment :

- au niveau de la démarche : traînante, petite foulée, incapacité de marcher seul
- en ce qui concerne les mouvements : attitude figée, gestes lents, impossibilité de réaliser les actions du quotidien ;
- au niveau de la mimique : la tête est immobile, le regard est fixe souvent vers le bas, il n'y a pas d'exploration visuelle de l'extérieur, impossibilité de regarder les autres. ; les lèvres sont peu mobiles, il n'y a pas de sourire, le visage dans son ensemble est figé ou monotone ;
- par le ralentissement du débit verbal : lenteur du débit verbal et diminution de la conversation, semi-mutisme ou mutisme ; la modulation de la voix est aussi ralentie, elle est affaiblie, monocorde, sans relief, le discours est à peine audible ou complètement inaudible ; les réponses sont brèves, laconiques ou monosyllabiques.

Le ralentissement psychique et mental se manifeste par :

- des troubles subjectifs de la concentration (impossibilité de fixer son attention) et de la mémoire (ne peut se remémorer des fait récents sans qu'il s'agisse d'amnésie) ;
- une perception du temps ralentie, sentiment que le temps ne passe pas, que la journée n'en finira pas ;
- une difficulté à passer d'un thème à un autre (ruminations mentales, monoïdéisme, stagnation du raisonnement) voire incapacité de penser ; la thématique est pauvre, il n'y a pas d'idées nouvelles.

Le ralentissement psychomoteur est marqué par une intense fatigabilité. Cette fatigue dont se plaignent les déprimés va de la sensation de se fatiguer plus rapidement au sentiment d'épuisement complet. Dans certains cas cette asthénie peut être associée à une incapacité à commencer une action (inertie) ou à une inhibition de la volonté (aboulie).

1.3. Idée de suicide et suicide

Dans les états dépressifs, le désir de mort est fréquent. Il apparaît sous formes d'idées de suicide, de tentatives de suicide (le sujet est vivant après l'acte) et de suicides (le sujet décède).

Les idées de suicide sont fréquentes dans la dépression, elles sont souvent précédées de ruminations sur le thème de la mort. Elles peuvent êtres « subies » par le patient qui tente de lutter contre elles, puis progressivement elles peuvent être cultivées avec une sorte de soulagement (la mort devient la seule solution).

Le taux de suicide effectif ayant entraîné la mort est 30 fois supérieur chez les sujets dépressifs que dans la population générale (environ 15% des sujets déprimés décèdent par suicide).

Le risque suicidaire est majoré par la présence de troubles anxieux, un état mélancolique (surtout s'il y a présences d'idées délirantes de culpabilité), l'anhédonie, le réveil précoce, l'âge avancé, et la présence de désespoir quant à l'avenir.

Les tentatives de suicides sont difficiles à définir et à dénombrer mais on estime qu'elles seraient 10 fois plus nombreuses que le nombre de mort par suicide (120 000 tentatives par an). Tous les déprimés ne tentent pas de se suicider mais il existe une forte corrélation entre les deux.

1.4. Les signes « objectifs »

Dans les pathologies dépressives, il y a des signes objectifs, facilement repérables, mais qui ne sont pas typiques des états dépressifs. Ce sont, par exemple :

- les troubles du sommeil : une insomnie dite de « fin de nuit », mais aussi des insomnies d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents, ou plus rarement une hypersomnie ;
- les troubles alimentaires : l'anorexie est fréquente avec amaigrissement et dégoût de la nourriture, la boulimie est plus rare ;
- les troubles du caractère comme l'irritabilité : ils peuvent survenir avant les manifestations dépressives (hostilité, impulsivité, intolérabilité, violence...) ;
- les symptômes somatiques digestifs (la constipation…), cardio-vasculaires (le ralentissement du pouls ou l'hypotension…), les troubles sexuels (l'impuissance, la frigidité, la baisse ou la diminution du désir sexuels traduisant là aussi une perte des intérêts).

2. Formes cliniques empiriques

Le terme de dépression est souvent utilisé pour décrire différentes formes cliniques, dont les singularités sont parfois imprécises.

La dépression délirante : Se caractérise par la présence d'idées délirantes. On retrouve des thèmes congruents à l'humeur qui peuvent s'exprimer par un sentiment excessif de culpabilité, des auto-accusations voire des idées hypocondriaques pouvant aller jusqu'à la négation d'organe et un syndrome de Cotard.

On peut également repérer des thèmes non congruents à l'humeur avec notamment des thèmes de persécution, de pensée imposée et d'influence. Ces hallucinations sont essentiellement auditives et restent transitoires.

La dépression névrotique : Les psychanalystes la rapprochent des pathologies névrotiques dans le sens où elle serait le résultat d'une régression et d'une fixation à une angoisse infantile suite à un conflit psychique. La différence vient du fait que la dépression ne serait pas une maladie comme l'hystérie ou la névrose obsessionnelle mais un état conséquent d'un mode d'organisation psychique particulier. La dépression serait en lien avec des troubles du narcissisme et de l'identité.

La dépression post-partum : Lors d'une maternité (période comportant de multiples bouleversements) les femmes peuvent être en proie à une certaine fatigue, une anxiété, une émotivité, à des troubles du sommeil. Lorsque cela survient 3 à 6 jours après l'accouchement, on est face à un état transitoire appelé « post-partum blues » (dans 50% des cas). Cependant cela peut entraîner par la suite (à 4 ou 6 semaines après l'accouchement) un état plus sévère avec une persistance des signes. S'ajoutent alors une humeur labile, du découragement, des sentiments d'inquiétude et d'incapacité notamment vis à vis des soins à donner à l'enfant, une certaine tristesse, des troubles de la concentration, du sommeil, des plaintes somatiques et une irritabilité. Cette dépression post-partum touche entre 10 et 20 % des femmes.

La dépression secondaire : La dépression peut être associée ou succédée à une affection somatique qu'elle soit cérébrale (maladie de Parkinson, tumeur cérébrale, sclérose en plaque...), endocrinienne (hypo ou hyperthyroïdie par exemple) ou générale (cancer...). L'état dépressif peut aussi être iatrogène et donc secondaire à un traitement thérapeutique (corticoïdes notamment).

Elle peut aussi suivre une cure de sevrage (alcool, toxiques). Il est également possible de retrouver des épisodes dépressifs au cours de certaines autres affections psychiatriques telles que les névroses, la schizophrénie, les délires chroniques, les états démentiels.

La dépression masquée : Les signes dépressifs sont au second plan. Les plaintes somatiques sont prépondérantes (douleurs, céphalées, lombalgies) mais une origine organique n'est pas identifiée. Le diagnostic est difficile malgré la présence de troubles du sommeil et d'anxiété. On ne retrouve pas de manifestations dépressives apparentes mais la sensibilité aux antidépresseurs est notable. Ce type de dépression peut être retrouvé chez l'enfant et l'adolescent.

La dépression saisonnière : caractérisée par l'apparition d'épisodes dépressifs (avec les caractéristiques classiques de la dépression) dans la période d'octobre à mars. Elle touche majoritairement les femmes et prendrait fin spontanément avec l'arrivée du printemps.

La dépression essentielle : Elle est décrite par Pierre Marty et les psychosomaticiens. Elle ne correspond en rien à une dépression aux signes classiques. Sa caractéristique est que le patient est plongé dans un mode de fonctionnement opératoire, il ne peut exprimer des sentiments, ne peut accéder à la métaphore et n'a aucune vie imaginative. Les intérêts sont réduits, l'action est présente et permet de ne pas penser. Cette dépression essentielle surviendrait à la suite d'événements traumatiques désorganisant le fonctionnement psychique de la personne. Elle serait alors la base de l'apparition d'un état somatique. Le corps réel (soma) réagit en lieu et place du psychisme face à l'incapacité du patient à se déprimer (à être triste). Le processus de refoulement n'est pas efficient chez ces patients, les conflits psychiques se dirigent sur la motricité du patient et font alors symptôme.

Les troubles bipolaires : ils correspondent à une succession entre accès maniaques et accès dépressifs voire mélancoliques. L'anamnèse de certains patients dépressifs montre la survenue d'au moins un épisode maniaque au cours de leur vie. Le traitement ne peut plus être du même ordre par risque d'un accès maniaque, tant sur le plan médicamenteux que psychothérapeutique. Historiquement, nous pouvons rapprocher les troubles bipolaires de la « folie » maniaco-dépressive décrite par Kraepelin, autrement nommée « psychose » maniaco-dépressive. Pour lui ce trouble était de nature endogène sans rapport avec des phénomènes psychologiques.

La dépression de type mélancolique : La mélancolie est décrite comme un état présentant les signes classiques de la dépression mais de façon extrêmement intense. La douleur morale est sévère. On retrouve des idées de faute, de culpabilité (souvent délirantes avec auto-accusations, des idées d'indignités, de ruine, d'incurabilité) qui peuvent conduire le patient au suicide (le risque est ici majoré) notamment lorsque le traitement antidépresseur, par son efficacité, rend le patient capable d'initiatives.

La dépression stuporeuse : état dépressif proche de la mélancolie dans le sens où l'inhibition psychomotrice, des activités et de la mimique sont intenses. On retrouve par moment de brusques passages à l'acte.

3. Particularités selon l'âge

3.1. Enfance

La dépression est d'observation difficile chez l'enfant. Beaucoup d'auteurs ont observé des manifestations pathologiques diverses en fonction de l'âge. Quelles sont ses manifestations qui peuvent être rapprochés d'une problématique dépressive ? Peut-on parler d'une dépression du nourrisson et de l'enfant ?

Chez le nourrisson : La problématique dépressive a d'abord été identifiée par des auteurs tels que Spitz ou Bowlby. Spitz identifie un type de dépression qu'il appelle anaclitique afin de signifier son caractère réactionnel à la rupture du lien de dépendance de l'enfant à sa mère. Cette dépression est décrite chez les enfants de 6 mois à 3 ans (il parle également d'hospitalisme pour des enfants plus jeunes). Elle se manifeste par la succession de 3 phases, définies par Bowlby : la protestation, le désespoir et le détachement. L'enfant séparé de sa mère réagit dans un premier temps par l'agitation, les cris, les pleurs et le refus d'échange avec l'entourage, cette phase ne dure pas plus de quelques jours. Par la suite, l'enfant redevient calme et silencieux mais cela se rapproche plus d'une apathie et d'une indifférence.

Le comportement de l'enfant est décrit par Spitz par un *« manque progressif de contact, rejet de l'entourage, retard du développement, ralentissement de la réaction aux stimuli, lenteur des mouvements, abattement, stupeur et expression mimique qui, chez un adulte, évoquerait la dépression »*[1].

Cette phase de désespoir peut prendre fin si l'enfant n'est plus séparé de sa mère même s'il peut rester indifférent voire hostile.

Chez l'enfant d'âge préscolaire : Des problématiques dépressives sont retrouvées chez ces enfants et prennent différentes formes telles que l'agitation, des crises de larmes, des troubles du sommeil et de l'appétit, parfois une encoprésie (non-maîtrise du sphincter anal), ainsi que des difficultés à jouer. Les dépressions à cet âge peuvent donc être considérées comme des dépressions masquées.

Chez l'enfant d'âge scolaire : Là encore ce ne sont pas les signes classiques de la dépression qui attirent l'attention du clinicien. On peut retrouver des difficultés d'apprentissage, un manque d'assurance et de confiance en soi, divers troubles somatiques (céphalées, énurésie, encoprésie…), ou encore des crises de larmes…

3.2. Adolescence

Pour Daniel Marcelli[2], l'adolescence est marquée par des remaniements importants au niveau de la personnalité. Sur le plan corporel, le sujet se transforme, il perd sa tranquilité et peut être débordé par ses pulsions. Son image change et peut être source d'angoisses. L'adolescent doit investir une identité sexuée et donc abandonner une partie de sa personnalité. Il s'agit également d'opérer une forme de rupture de la dépendance aux parents, de s'individualiser pour devenir un membre de la société.

Le sujet se détourne des investissements objectaux pour se concentrer sur des investissements narcissiques (questionnement quant à son identité, au sens de la vie, de la mort). Il peut osciller entre des périodes de narcissisme exacerbé et des phases de dévalorisation extrême. Face à ces changements, l'adolescent peut être envahi par des pulsions agressives souvent tournées vers ses parents. Il aura pour défense, des comportements d'isolement, d'inhibition ou d'auto-agression.

[1] Spitz cité par Widlöcher dans « Les logiques de la dépression » p212-213
[2] Daniel Marcelli dans « Les états dépressifs à l'adolescence » chapitre III.

« Si dans le fantasme de la première enfance il y a la mort, dans celui de l'adolescence il y a le meurtre »[1]

Sur le plan clinique, la dépression à l'adolescence se rapproche de la dépression chez l'adulte avec cependant quelques particularités. La tristesse caractérisant l'humeur dépressive, se traduit souvent par une sensation de vide, d'ennui et de désintérêt comme protection contre les pulsions agressives. Les émotions et affects, vécus avec une forte intensité, sont mis à distance par l'inhibition affective, motrice et de la pensée. Certaines manifestations comme l'hostilité, l'agressivité, l'opposition, l'intolérance à la frustration sont également repérés. A cet âge, on observe une augmentation accrue des comportements à risques (mise en danger, tentatives de suicides) et de la consommation de substances addictives (alcool, drogues,…).

3.3. Chez les personnes âgées

La dépression peut être d'apparition tardive ou une récidive. Elle serait plus fréquente chez les sujets âgés et augmenterait avec l'âge. Au niveau sémiologique, la particularité à cet âge, est que l'épisode dépressif peut se manifester par un aspect pseudo démentiel. L'agitation anxieuse, une symptomatologie obsessionnelle, des préoccupations hypocondriaques, la présence de thèmes délirants de culpabilité, de ruine, d'indignité, de persécution voire de négation d'organes sont des manifestations courantes. Les personnes peuvent également se plaindre de troubles de mémoire ou de troubles cognitifs divers. Tous ces éléments amènent les personnes à se replier sur elles même, à diminuer au fur et à mesure leurs activités, ce qui les conduit progressivement à une perte d'autonomie.

4. Répercussions familiales, sociales et professionnelles

Un état dépressif peut avoir de lourdes conséquences dans la vie du patient. Les dynamiques familiales, sociales et professionnelles sont chamboulées, ce qui peut renforcer les sentiments d'échec et de culpabilité des patients dépressifs.

[1] Winnicott cité par Marcelli dans « Les états dépressifs à l'adolescence » p28

Pour la famille du patient, les troubles consécutifs à la dépression peuvent être difficiles à accepter. Un membre de la famille dépressif peut être vécu comme extrêmement contraignant lorsqu'il n'assume plus les tâches de la vie quotidienne. Le repli sur soi, la tristesse de cette personne peuvent être incompréhensible pour la famille qui peut se sentir coupable et/ou lassée par la situation.

Le conjoint de la personne dépressive peut se sentir usé par le soutien psychologique intense qu'elle doit assumer, ainsi que par la prise en charge des responsabilités quotidiennes.

Les enfants peuvent se sentir affectés par un parent dépressif, sans cesse plaintif, voire faible. De plus, cela peut avoir un effet néfaste sur leur développement psycho-affectif.

Le cadre professionnel s'en trouve aussi perturbé, la personne pouvant considérer les activités comme difficiles, pénibles, exténuantes. De plus, le ralentissement psychomoteur entraîne des troubles de la concentration et de l'attention impactant la tâche que la personne doit accomplir. Il s'avère souvent nécessaire d'ordonner un arrêt de travail prolongé.

Cette situation entraîne parfois des difficultés financières qui peuvent à leur tour avoir un impact sur la dynamique familiale et sociale de l'individu.

Tous ces éléments peuvent avoir des répercussions sur la sphère sociale de la personne. Les amis peuvent se faire plus rares, par rejet et incompréhension. Les sentiments négatifs d'isolement, de repli sur soi, de tristesse, de dénigrement en sont d'autant plus renforcés.

Notons tout de même, que la sphère relationnelle de la personne dépressive, son entourage familial, ses amis peuvent également lui être d'un soutien inestimable.

IV. Thérapies et évolution des états dépressifs

Face à l'ensemble des particularités cliniques de la dépression, qui amène à penser qu'il y aurait autant de types de dépression que de personnes dépressives, les soignants adaptent le traitement à chaque patient. Nous verrons quelques moyens thérapeutiques dont disposent les soignants.

1. Les différentes thérapies

Les moyens thérapeutiques classiques de la dépression sont de deux ordres, les traitements médicamenteux et les traitements psychothérapeutiques (de type analytiques ou brèves structurées). La prise en charge d'un patient dépressif ne peut pas être envisagée sans qu'il ne bénéficie de ces deux moyens de traitements à la fois complémentaires et indispensables.

1.1. Les traitements médicamenteux

Avant de débuter un traitement médicamenteux, il faut prendre en compte les indications et les effets indésirables des molécules envisagées, l'existence de comorbidités somatiques (notamment cardio-vasculaire, gastro-intestinales, urinaires) et psychiatriques (notamment des antécédents d'accès maniaque), les fréquentes conduites addictives, l'âge, la personnalité, la demande du sujet et la qualité du soutien de l'entourage.

Selon la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), les antidépresseurs sont indiqués en première intention en cas d'épisode modéré ou sévère et en seconde intention si la dépression est légère.

De manière générale, le traitement débute par des antidépresseurs de type ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine), ou un IRSNA (inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline), ou un IMAO (inhibiteur de la monoamine oxydase).

Durant les 4 à 8 premières semaines, il est important de surveiller la posologie et l'observance du traitement ainsi que les éventuelles réactions organiques ou les éventuels troubles psychiatriques qui peuvent survenir. Le traitement est maintenu jusqu'à une rémission des symptômes, soit à 6 à 12 semaines. Puis, il est poursuivi pendant une phase de consolidation de 4 à 12 mois. L'arrêt sera progressif, 16 à 20 semaine après la rémission clinique. Si la prescription s'est effectuée pendant moins d'un an, l'interruption s'effectue en quelques semaines. Dans le cas contraire, elle se fait sur plusieurs mois.

1.2. Les psychothérapies

Il y a plusieurs types de psychothérapies. Classiquement, on distingue celles se basant sur le modèle analytique et celles dites « brèves structurées ».

Les psychothérapies analytiques : Ce sont des méthodes qui se basent sur l'évocation de souvenirs afin de conduire le sujet à une compréhension de ses conflits psychiques notamment infantiles.

« Pour dépasser le deuil ou réparer la perte, il faudra au sujet accéder aux traumatismes infantiles et leurs conséquences »[1].

La psychothérapie a donc pour objet la question du deuil, de l'objet perdu et de la souffrance dépressive qui s'y rattache.

Le groupe des psychothérapies « brèves structurées » : Ce groupe comprend les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies interpersonnelles.

« C'est thérapies reposent sur des axes pédagogiques centrés sur l'apprentissage des capacités cognitives et relationnelles. Elles se fixent sur les distorsions et problématiques très actuelles du sujet déprimé »[2].

Le but des thérapies cognitivo-comportementales est d'améliorer positivement les symptômes de la dépression, en considérant les schémas cognitifs, les croyances de la personne dépressive, comme des biais, des distorsions de la pensée alors non conforme à la réalité.

[1] Jean-Louis Pedinielli dans « Les états dépressifs », p 123
[2] Ibid, p 123.

Les thérapies interpersonnelles considèrent que le déprimé n'est pas adapté à son milieu de vie. Le but est de corriger les dysfonctionnements relationnels de la personne dépressive (au travail, avec la famille…), de rompre son isolement, et de rétablir des liens avec son entourage pour supprimer la dépression. En somme l'objectif est de restructurer les compétences relationnelles du sujet dépressif.

1.3. Les autres traitements

Il existe d'autres types de traitements possibles dans certains cas de dépression, citons pour exemples :

L'électroconvulsivothérapie est une méthode de traitement consistant à délivrer un courant électrique au niveau de la boite crânienne. Cela consiste à produire chez le patient une crise convulsive de type épileptique sous anesthésie générale. Elle peut être envisagée pour des patients, dont le trouble dépressif est chronique, qui ne réagissent pas aux traitements médicamenteux et ne s'inscrivent pas dans les processus psychothérapeutiques.

La luminothérapie consiste à exposer les yeux des patients à une lumière dont l'intensité et le spectre sont proches de la lumière solaire. Elle peut être envisagée pour des patients présentant des dépressions saisonnières et/ou de fortes insomnies.

2. Evolution générale

L'évolution des troubles dépressifs varie en fonction des personnes, de l'étiologie, de l'importance et de l'ancienneté des troubles, de la qualité et de la précocité du traitement ainsi que de l'attitude de l'entourage.

Ce qui domine cette question de l'évolution des états dépressifs est la possibilité d'apparition de conduites suicidaires. Il est indispensable d'évaluer ce risque avant, pendant et après les différents traitements reçus par le patient. L'évolution des épisodes dépressifs peut suivre différentes voies :

- la guérison, sous l'effet des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques ;
- la rechute, lorsque le trouble réapparait à la suite d'une période de rémission inférieure à six mois ;
- la récidive, lorsqu'un trouble dépressif apparait de nouveau après une période de six mois.

Il est possible que la rémission du trouble dépressif ne soit que partielle. Dans ce cas, un certain nombre de symptômes (dits résiduels) peuvent persister ; les troubles du sommeil et de l'appétit, les troubles sexuels, l'asthénie et l'anxiété par exemple.

Il existe également des états dépressifs s'installant dans la chronicité. Dans le DSM, cette dépression chronique prend le nom de dysthymie et implique une durée de l'état dépressif supérieure à deux ans.

Parfois un épisode dépressif peut aller spontanément vers la guérison sur une durée moyenne de six mois.

Chapitre 2 : Une approche relationnelle du sujet dépressif en psychomotricité

« C'est dans le rapport à autrui que l'on prend conscience de soi ;
c'est bien ce qui rend le rapport à autrui insupportable. »
Michel Houellebecq[1]

I. Un être en relation : de la dépendance à l'autonomie

Nous présentons ici le développement psychomoteur et psycho-affectif de l'enfant, notamment les caractéristiques relationnelles qui participent à la constitution du sujet. Nous insistons sur le fait que l'enfant est d'abord dépendant de son entourage et de sa mère et que petit à petit il s'autonomise. Cette dimension développementale nous apparait importante pour mettre en place une relation thérapeutique auprès des patients dépressifs.

[1] Extrait de « Plateforme », Flammarion, 2001. La première partie de la citation est intéressante car elle illustre les processus relationnels qui permettent à l'enfant de se développer. Nous pensons que les patients dépressifs sont dans une demande relationnelle. La deuxième partie de la citation rend compte de la difficulté et de la souffrance ressentie par les sujets dépressifs au contact d'autrui.

1. De la dépendance à l'autonomie psychomotrice

1.1. Vers une autonomie motrice

Le développement moteur de l'enfant est lié à la maturation du système nerveux, aux stimulations de l'environnement et aux expériences d'apprentissage. L'évolution de la motricité se fait de mouvements réflexes, spontanés et globaux vers des mouvements différenciés, volontaires puis des activités gestuelles à valeur symbolique.

A la naissance, le tonus du nourrisson est caractérisé par une hypotonie axiale et une hypertonie des membres. On observe une motricité globale et indifférenciée, une activité réflexe de contrôle sous cortical et des réactions spontanées dues à l'état physiologique. L'hypertonie de l'enfant signe un état d'appel, de malaise et l'hypotonie un état de relâchement et d'apaisement.

Le tonus se développe de manière céphalo-caudale (augmentation progressive du tonus du haut du corps vers le bas du corps) et proximo-distale (diminution du tonus de la racine jusqu'à l'extrémité des membres).

La maturation neurologique progressive entraîne une diminution de l'activité réflexe au profit de comportements volontaires de type sensori-moteurs sous contrôle cortical. Les schèmes moteurs se complexifient et permettent à l'enfant d'avoir une action sur son entourage. Cela lui permet de se manifester.

Nous repérons quelques étapes importantes de cette maturation. La tenue de la tête à 3 mois (s'orienter pour communiquer), la station assise entre 6 et 9 mois (préhension volontaire, exploration active du monde), la marche après la première année (exploration d'un monde plus vaste et affirmation de son autonomie) et l'explosion motrice vers 18 mois.

La mère, de son côté, doit accepter le détachement progressif de l'enfant, le laisser explorer le monde tout en lui fournissant des limites sécurisantes.

Petit à petit, la motricité comme moyen de découverte, comme moyen de créer des liens doit se mettre au service d'une autre manière de créer des liens, à savoir la mentalisation, la représentation, le langage. Delion nomme cela « la grande bifurcation », l'enfant investit la représentation de l'objet comme étant un moyen de communiquer à son sujet, de le demander et de l'obtenir.

L'acquisition du contrôle tonico-postural est étroitement liée au développement psycho-affectif de l'enfant et il dépend des qualités d'échange émotionnel avec son parent.

1.2. Le bébé, un partenaire actif de l'interaction

Le bébé dispose d'un équipement sensoriel de base qui fait de lui un partenaire actif dans les interactions avec son environnement. Cela dès l'âge fœtal.

Cyrulnik reprend le fait que le fœtus peut distinguer la voix de sa mère des autres sons provenant de l'extérieur qui, quant à eux, sont trop proches des sons intra-utérins.

« Quand la mère parle, le bébé perçoit les basses fréquences qui émanent de cette parole filtrée par la poitrine, le diaphragme et l'utérus. La voix de la mère lui parvient lointaine, douce et grave »[1].

A la naissance, l'enfant préfère les stimuli humains, il est prédisposé à regarder le visage de sa mère, il discrimine son odeur. Le bébé est très attentif au monde qu'il perçoit ; c'est une éponge sensorielle. Le cerveau de l'enfant est capable de traiter des informations sensorielles différentes et d'opérer des transferts d'une modalité sensorielle à une autre (Stern). Cela favorise une reconnaissance du monde, le développement de la conscience de soi et l'accordage affectif dans les échanges avec son entourage.

Les neurones « miroirs », qui présentent une activité lorsqu'un individu observe un autre individu réaliser une action, participent aux compétences de l'enfant. Ces neurones que l'on peut qualifier de neurones « empathiques » favorisent les interactions entre l'enfant et son environnement. Lorsque la mère sourit à son enfant, l'activité des neurones miroirs de l'enfant entraîne une réponse de sa part, par imitation précoce. Ce comportement participe aux liens d'attachement et au développement psychoaffectif de l'enfant que nous développerons plus loin.

[1] Boris Cyrulnik dans *« la naissance du sens »*, p65.

1.3. Le dialogue tonico-émotionnel, terrain de l'interaction

Le tonus est le support du développement postural et moteur mais il correspond également à l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective du sujet. Wallon, puis De Ajuriaguerra définissent le dialogue tonico-émotionnel comme une communication complexe qui s'instaure dès le début de la vie entre la mère et le bébé. Les fluctuations toniques du nourrisson sont étroitement liées aux relations qu'il établit avec son environnement et notamment sa mère.

De par son caractère de néoténie, le nouveau-né nécessite la présence de l'adulte pour subvenir à ses besoins. Au début de sa vie, le bébé est dans une fusion affective primitive, il est totalement dépendant de sa mère. Celle-ci donne un sens aux réactions toniques de son enfant et cela entraîne chez lui une réponse particulière. La répétition des expériences va permettre, petit à petit, au bébé d'associer son état tonique à la venue de sa mère. Une réaction tonique de l'enfant entraîne une réponse de sa mère et l'enfant s'en rend compte. Les attitudes et les expressions de l'enfant deviennent des signaux intentionnels. Il les utilise comme un moyen d'expression à partir desquels il attend une réponse de l'adulte. L'enfant se met à agir sur autrui par son tonus corporel.

Pour Wallon, cela a une valeur de communication dans le sens où l'enfant donne (un état tonique) et reçoit (une réponse de son entourage) dans un mouvement affectif.

Pour De Ajuriaguerra, le dialogue tonique correspond au processus d'assimilation et d'accommodation entre les réactions corporelles de la mère et celles de son enfant. L'hypertonie et l'hypotonie sont des moyens d'échange et de communication privilégiés. La mère s'adapte au tonus de l'enfant qui lui communique ainsi ses émotions.

1.4. Un environnement étayant

Robert-Ouvray affirme que la motricité et la vie affective de l'enfant sont liées. Le tonus, en plus de sa fonction de communication, participe à la formation de la vie psychique du sujet.

« L'étayage est le résultat d'un processus d'intégration qui permet une différenciation entre la sphère motrice et la sphère psychique, puis l'installation de rapports entre ces deux sphères qui sont, dès le début de la vie, dans une autonomie relative »[1].

Face à une situation de besoin, de manque, l'enfant va s'enrouler sur lui-même pour se protéger. Il associe la dureté de ses muscles à ce moment désagréable, de déplaisir et d'angoisse. Les représentations qu'il va élaborer sont celles du « mauvais objet, mal aimé ». Les qualités d'empathie des parents, vont leur permettre de répondre à l'enfant, de nommer et donc de donner un sens à son vécu affectif et émotionnel.

Par le portage et les soins qu'ils fournissent à l'enfant, ils apportent et permettent une détente musculaire liée à des affects de plaisir. L'enfant construit alors la représentation d'une « bonne mère » chaleureuse, contenante, enveloppante et du « bon sujet » digne d'être aimé. L'entourage de l'enfant, dans une relation sécure, permet un étayage entre ses états toniques, affectifs et ses représentations.

L'étayage psychomoteur correspond donc à cette mise en sens d'une tension corporelle. Cela permet à l'enfant de sortir des expériences purement sensori-toniques pour entrer dans le champ affectif et symbolique. Cet étayage va aider l'enfant à élaborer et mentaliser ce qui lui arrive sur le support de son propre psychisme.

« Le vécu sensori-moteur et psychomoteur de l'enfant, l'engageant dans de multiples relations, fonde et structure son activité mentale »[2].

Dans une relation de bonne qualité, où l'enfant trouve une concordance avec son partenaire, il peut acquérir un sentiment de sécurité émotionnelle (grâce à un repère cohérent dans la relation), de sécurité corporelle (il est soutenu, contenu, enveloppé par le parent) et de sécurité affective (il se sent reconnu et compris dans ses éprouvés).

« La théorie de l'étayage devient une théorie de la psychomotricité basée sur la cohérence et la cohésion entre les niveaux corporel et psychique »[3].

---

[1] Pagès dans *« Trace ou sens, la vie émotionnelle »*, 1986, cité par Suzanne Robert-Ouvray dans *« Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité »*, p 222.

[2] Françoise Désobeau dans « Psychomotricité » sous la direction d'A. Calza et M. Contant, p 214

[3] Suzanne Robert-Ouvray dans *« Intégration motrice et développement psychique, une théorie de la psychomotricité »*, p 250

2. D’une dépendance à une autonomie psycho-affective

2.1. Le développement de l’enfant selon Wallon

Wallon considère que l’enfant est un être social dès la naissance et qu’il construit son identité à travers ses relations avec autrui. L’enfant ne se développe pas seul. L’investissement de l’entourage à son égard et les interactions entre lui et ses parents ont un rôle fondamental. C’est le développement de la communication qui permet la différenciation avec autrui et l’établissement des relations interindividuelles. Pour Wallon, l’enfant dans son développement, passe par deux stades.

Le stade centripète (période où l’enfant est centré sur lui) est composé de deux étapes :

- Une période d’impulsivité où l’enfant exprime ses besoins par décharges motrices et mouvements impulsifs liés à l’affectivité de l’enfant. Grâce à la répétition des expériences, les mouvements impulsifs associés à la tension interne vont s’affiner, devenir contrôlables et évoluer vers une motricité plus fine et dirigée vers un but.

- Une période émotionnelle, lorsque l’émergence de l’expression émotionnelle devient le nouveau mode relationnel entre l’enfant et l’entourage. Cela correspond à ce que nous avons décrit du dialogue tonico-émotionnel qui constitue un premier mode actif de compréhension à la base de la socialisation. L’enfant n’est donc pas complètement centré sur lui-même, les informations sensorielles provenant de l’extérieur, affectisées et mises en sens par les parents vont participer à construire la vie psychique de l’enfant.

Durant **le stade centrifuge**, l’enfant commence à tisser des liens avec son entourage, il s’ouvre aux autres, également en deux étapes :

- Une étape sensori-motrice où les mouvements servent à agir sur l’environnement. L’enfant organise ses gestes à partir de la discrimination d’une sensation provoquée par des mouvements appropriés. Wallon parle de « réactions circulaires » entre la sensation et les gestes, les deux sont en interrelation.

La sensation induit le geste et le geste s'approprie la sensation. L'enfant pourra répéter le geste dans le temps et le faire durer ; il pourra reconnaitre la sensation et l'affiner par la suite. L'instauration de ces boucles sensori-motrices entre les systèmes sensoriels et l'appareil moteur conduit à l'unification des différents champs sensoriels. Wallon nomme ce stade de développement la période de l'intelligence pratique.

- Le stade projectif correspond au passage de l'acte moteur aux représentations mentales. Les activités motrices vont intervenir dans les attitudes et les postures avec l'apparition de l'imitation.

2.2. Des soins maternels « suffisamment bon » (Winnicott)

Winnicott a étudié les conséquences des relations au sein de la dyade mère-enfant sur le développement du nourrisson. Il met en évidence l'importance des soins maternels ; c'est-à-dire les attitudes maternelles qui permettent de satisfaire les besoins physiologiques de l'enfant mais aussi qui lui apportent détente, sécurité et bien-être.

Les soins prodigués par le parent maternant permettent de prévenir les distorsions précoces de personnalité. Le moi de l'enfant, pas encore constitué, est suppléé par le moi de la mère, offrant un environnement favorable et contenant. Si ce n'est pas le cas, des angoisses « inimaginables » de perte peuvent envahir l'enfant sans qu'il ne puisse les symboliser.

La préoccupation maternelle primaire correspond à la capacité d'empathie de la part du parent qui lui permet d'identifier ce dont le nourrisson a besoin dans une forme d'identification projective. La mère, à la fin de la grossesse et durant les premiers mois de vie de l'enfant, va mettre de côté ses autres investissements et intérêts personnels pour se concentrer sur la compréhension intuitive des besoins du bébé. Elle « devine » les attentes de son enfant et interprète ses réactions avec une certitude relative. La mère assure une fonction de suppléance du psychisme de l'enfant. Elle « pense pour lui », comme un « moi-auxiliaire » permettant à l'enfant de se constituer un « sentiment continu d'exister ».

L'expérience pour l'enfant, d'un environnement maternel « suffisamment bon » passe par les notions de « holding » (manière dont il est porté), de « handling » (maniement de l'enfant lors des soins maternels) et « d'object presenting » (la façon dont lui est présentée la réalité via son environnement). Ces éléments permettent à l'enfant, dans la dépendance absolue à sa mère, de vivre sa toute puissance, première base du narcissisme et de l'élaboration du moi.

Le « holding » assure une fonction de protection contre toutes les expériences souvent angoissantes qui sont ressenties par l'enfant au niveau physiologique, sensoriel ou au niveau du vécu psychique du corps. Ce processus d'intégration conduit l'enfant à un état d'unité corporelle et psychique.

Le « handling » permet à l'enfant d'acquérir progressivement un sentiment d'ancrage corporel, un sentiment d'habiter son corps. Ce processus de personnalisation entraîne le développement de la fonction mentale.

« L'object presenting » permet l'édification des premières relations objectales et conduit à la capacité d'utiliser l'objet.

Par la suite, il faut que l'enfant puisse intégrer la présence d'un troisième espace entre sa mère et lui. C'est « l'espace transitionnel », espace de jeu et de symbolisation, amorçant l'individuation de l'enfant en permettant la séparation sans qu'elle soit synonyme de clivage.

L'enfant investit souvent un objet, « l'objet transitionnel » qui permet de *« maintenir, à la fois séparés et reliés l'un à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure »*[1].

Ce sont des objets chargés d'affects, sur lesquels l'enfant va décharger une quantité d'amour ou d'agressivité. Ils proviennent d'un espace entre l'enfant et sa mère et lui permettent de garder un lien symbolique avec elle lorsqu'elle est absente. « L'objet transitionnel » est la première manifestation de création et d'imagination d'objet de l'enfant.

[1] I. Funck-Brentone, sous la direction de Bernard Golse dans *« le développement affectif et intellectuel de l'enfant »*, p 83.

C'est la première représentation de l'enfant, il symbolise le maternage. L'enfant grâce à cet espace réalise la première expérience de deuil face à la perte de l'objet primaire, il n'est plus dans la dépendance absolue. Cette expérience viendrait immuniser l'enfant face aux épreuves ultérieures de séparation.

L'aboutissement du développement affectif de l'enfant interviendrait avec ce que Winnicott nomme « la capacité d'être seul en présence de l'autre ». L'enfant fait l'expérience de la solitude en présence de quelqu'un d'autre. Sécurisé par la présence et les soins maternels il peut découvrir sa vie personnelle. Il peut avoir une activité psychique autonome, lui permettant d'identifier l'autre comme ayant ses propres pensées et donc de pouvoir entrer en relation avec les intersubjectivités.

« Cette notion est l'un des signes les plus importants d'une maturation réussie et elle pourrait presque être synonyme de maturité affective. »[1]

Au cours de l'évolution des processus de maturation, la relation entre la mère et l'enfant évolue, se modifie. Winnicott distingue trois grandes phases :

- Une phase de dépendance absolue (jusqu'à 6 mois) qui correspond à une période de fusion avec la mère et plus elle comprend les besoins de son enfant mieux cela vaut.

- Une phase de dépendance relative (de 6 à environ 12 mois), l'enfant se différencie progressivement de la mère. Il ne s'attend plus à une compréhension magique de ses besoins et devient capable d'établir une relation objectale.
C'est à lui de donner le signal pour appeler sa mère, celle-ci doit accepter d'attendre ce signal pour satisfaire les besoins de l'enfant. L'enfant commence à avoir conscience de sa dépendance.

- Une phase d'indépendance, l'enfant affronte progressivement le monde et s'identifie à la société. Il se développe la socialisation et l'acquisition du sens social.

[1] I. Funck-Brentone, sous la direction de Bernard Golse dans *« le développement affectif et intellectuel de l'enfant »*, p 87.

2.3. Importance de l'attachement (Bowlby)

Bowlby émet l'hypothèse qu'il existe un besoin d'attachement primaire en plus des besoins alimentaires primaires décrit par Freud. Ce concept d'attachement est fondamental dans le développement de la personnalité. L'enfant s'orienterait directement vers l'adulte et chercherait sa proximité. Il serait génétiquement prédisposé pour mettre en place ce comportement d'attachement.

Le nourrisson réagit à des signaux, à des sensations qui proviennent de stimulations émanant de l'organisme (faim, froid, douleur) et de l'environnement (bruit, luminosité…). Ces réactions conduisent à assurer la proximité avec un individu particulier, la figure maternelle.

Comme évoqué précédemment, le bébé naît avec un ensemble de comportements réflexes. Progressivement, ils vont s'adresser à une figure de plus en plus discriminée, la personne qui assure les soins et satisfait les besoins de l'enfant. Prenons l'exemple du sourire. Ce comportement n'est, dans un premier temps, qu'une conduite réflexe. La mère perçoit ce sourire avec toute l'affectivité, la gratitude qu'il lui évoque. Elle est confortée dans son rôle de mère, aimée de son enfant.

« Le bébé, coacteur de la relation, y trouve son compte puisque son tempérament, sa manière de se comporter provoquent l'organisation de la niche écologique qui permet sa survie. »[1]

Lorsque l'enfant grandit, la gamme de son comportement s'enrichit et il accroit la recherche de proximité avec la figure d'attachement. A mesure que l'enfant va développer d'autres attraits pour des centres d'intérêts, qu'il va investir la symbolisation, l'attachement sera moins pressant et il se satisfera simplement de savoir que sa mère est disponible s'il a besoin d'elle.

Ce comportement d'attachement va se diversifier, l'enfant va investir des figures auxiliaires. Cela persiste toute la vie et se manifeste de manière variée, parfois symbolique (lettre, communications téléphoniques, internet), pour assurer le contact.

[1] B. Cyrulnik dans *« Les vilains petits canards »*, p 59.

Le comportement d'attachement aurait deux fonctions. Une première de protection assurée par l'adulte contre les agressions du monde extérieur. En faisant l'expérience d'une figure d'attachement suffisamment stable et sécure, l'enfant pourra construire un modèle de lui-même également stable et sécure. Une seconde, de socialisation correspond au déplacement de l'attachement, au cours de la vie, de la mère vers l'entourage (proches puis étrangers).

Pour Bowlby, l'attachement va permettre à l'enfant d'accroitre son assurance mais une menace de perte crée l'angoisse et une perte réelle crée la détresse, voire la dépression. Lors d'une situation de séparation de brève durée, l'enfant va développer la peur d'une nouvelle séparation. Cette angoisse serait partie intégrante du développement normal de l'enfant, sans elle *« la vie de l'homme ne vaudrait pas cher »*[1].

Dans la relation thérapeutique, cette notion d'attachement parait importante. La confiance entre le patient et le psychomotricien passe par l'attachement, elle permet l'alliance thérapeutique. Cette figure d'attachement est un invariant sécure, stable dont l'absence est brève, ce qui permet au patient, dans cette relation, de ressentir cette réassurance favorisant son ouverture sur le monde.

2.4. L'appareil à penser les pensées (Bion)

Wilfried Bion élabore une théorie sur l'origine et la mise en place des mécanismes de la pensée. La capacité de penser résulterait de l'introjection de la relation contenant/contenu existante entre la mère et l'enfant. Il imagine une barrière qui divise les phénomènes mentaux. Elle permet de protéger de la réalité, les fantasmes de la vie psychique, tout en assurant que les émotions internes n'envahissent trop la réalité.

Cette « barrière de contact » avec la réalité constitue la base de la relation entre les objets internes et externes de la personne et la réalité. Elle correspond à la fonction alpha du psychisme.

[1] J. Bowlby cité par E.Viterbo et M.Renault, sous la direction de B.Golse dans *« le développement affectif et intellectuel de l'enfant »*, p 139.

« La fonction alpha peut être définie comme une fonction symbolisante primordiale permettant à la personnalité d'enregistrer, d'élaborer et de communiquer la somme d'expériences qui le caractérise »[1].

Cette fonction provient donc de la capacité de la personne à symboliser, à se représenter et à penser ses expériences sensorielles et émotionnelles. L'enfant n'est pas d'emblée capable de transformer ses expériences en éléments alpha.

Ces expériences sont dans ce cas ressenties comme des « choses en soi », notamment dans les situations de manque et de besoin. Bion nomme ces sensations désagréables « les éléments bêta ».

Ils ne sont pas pensables et représentables par l'enfant. Ce dernier, pour s'en protéger, va les évacuer par identification projective. Il projette des contenus formés par les sensations et émotions insupportables, dans un contenant (l'objet maternant) afin de les recevoir à leur retour détoxifiées et plus supportables.

Il existe, à ce moment-là, des protopensées constituées par des impressions sensorielles et émotionnelles primitives. Lorsque la mère manque à l'enfant, cette sensation prend la forme d'une présence hostile désagréable. Le rôle de la mère (ou de la personne maternante) est fondamental. En effet, la capacité de « rêverie maternelle » lui permet d'accueillir les projections, les besoins du bébé et par les soins qu'elle lui procure, elle devient un contenant pour tous les sentiments de déplaisir. Ainsi, elle les modifie et soulage son enfant.

L'enfant se débarrasse de l'expérience sensorielle et émotionnelle mauvaise (élément béta) par une identification projective et réintrojecte une vivance émotionnelle transformée et adoucie par la mère (élément alpha).

La répétition de ces échanges relationnels entre la mère et l'enfant entraîne chez lui les premiers sentiments de frustration et d'envie lorsque des expériences négatives surviennent. L'enfant a un problème à résoudre, c'est le début d'une pensée proprement dite. Ces expériences se répètent indéfiniment créant à chaque fois de nouvelles pensées.

[1] A. Bizot, sous la direction de B. Golse dans *« le développement affectif et intellectuel de l'enfant »*, p 106.

« Une suffisante capacité à supporter la frustration conjointe à une aptitude de la mère à la rêverie met en marche des mécanismes qui tendent à modifier la frustration et aboutissent à la formation d'éléments alpha et de pensées qui sont des représentations de choses en soi »[1].

Se développe donc un appareil à penser les pensées, un contenant psychique permettant à l'enfant de se représenter et de symboliser les expériences sensorielles et émotionnelles vécues. Cela n'est possible que dans une relation à la mère dont le rôle se rapproche du « holding » de Winnicott. Au début de la vie, le bébé ressent les parties de sa personnalité comme morcelées. Il doit introjecter un objet extérieur, éprouvé comme capable de les contenir et les maintenir.

Les soins maternels fournissent le sentiment de tenue, de portage des informations sensorielles grâce à une qualité émotionnelle suffisante pour accompagner ces expériences.

Selon Bick, l'enfant recherche constamment une expérience contenante, un objet contenant (lumière, voix, odeur, toucher…) qui maintient son attention. Cet éprouvé de rassemblement de la personnalité, d'abord corporel permet l'élaboration d'une peau psychique contenant les pensées. Cet objet contenant et le lien inter-subjectif avec celui-ci jouent un rôle fondamental dans la génèse de l'appareil psychique et du sentiment d'identité.

« Cette enveloppe contenante doit s'entendre au sens de Bion […] comme un processus de transformation intime, qui permet que des sensations et des émotions impensables deviennent pensables, puissent être contenues dans une activité de pensée, au lieu d'être purement et simplement évacuées dans des actes ou déviées vers une atteinte somatique… »[2]

Cela ouvre la voix au concept de « Moi-peau » décrit par Anzieu. *« Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »*[3].

[1] A. Bizot, sous la direction de B. Golse dans « le développement affectif et intellectuel de l'enfant », p 108.
[2] D. Houzel cité par M. Guiose dans *« Relaxations thérapeutiques »*, p 96.
[3] Anzieu cité par Pedinielli dans « les états dépressifs », p 97.

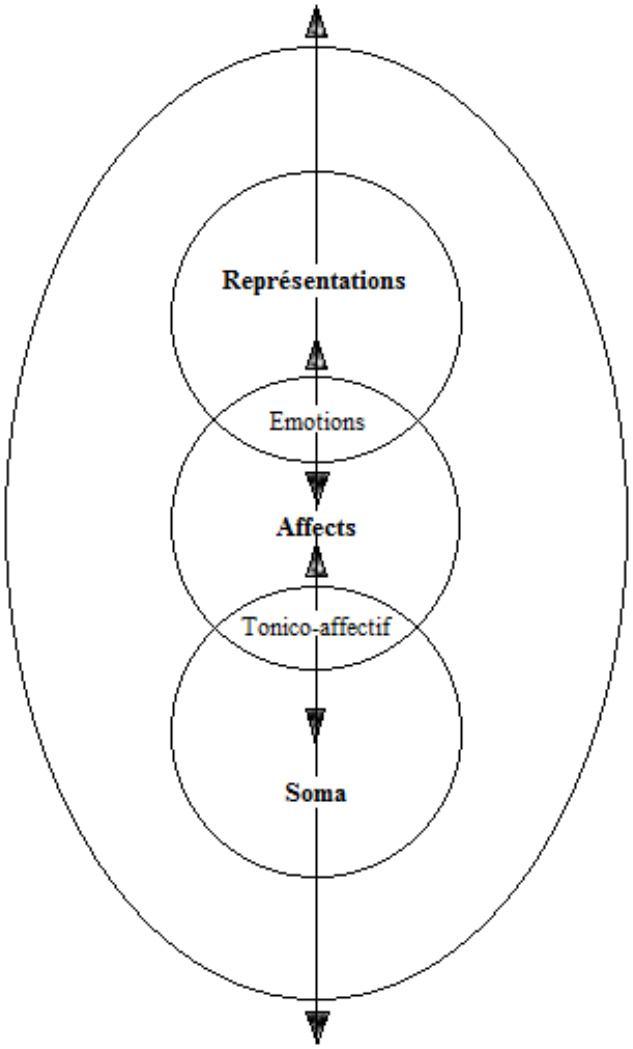
Pour lui, l'enveloppe psychique, le moi dérive par étayage des fonctions de l'enveloppe corporelle. L'expérience corporelle est à l'origine de la construction psychique, elle fournit l'enveloppe contenante qui permet à l'appareil psychique d'avoir des contenus.

Si l'environnement de l'enfant ne permet pas qu'il fasse des expériences corporelles structurantes, s'il existe des carences dans les soins, dans la relation tactile avec son entourage, cela peut provoquer des défaillances dans la constitution du Moi-peau. Dans ce cas, le sentiment d'unité et de solidité corporelle et psychique serait défaillant chez l'enfant, ne lui permettant pas de construire un Moi suffisamment solide, fragilisant son narcissisme. Ainsi, le sujet aurait des difficultés pour supporter la réalité extérieure, son psychisme ne pouvant plus assurer la fonction de pare-excitation afin de transformer ses angoisses en éléments plus supportables.

II. Le sujet dépressif : Une dépendance psycho-corporelle

Chez le sujet dépressif, il semblerait que ce soit l'impossibilité de réaliser des liens entre ses sensations et ses émotions qui bloque l'activité de représentation. Cela fait symptôme, le sujet replié sur lui-même ne peut pas entrer en relation avec autrui. Les trois sphères somatiques, affectives et psychiques sont cloisonnées.

L'inhibition psychomotrice, la désorganisation spatio-temporelle, les doléances corporelles, les troubles de l'image du corps et les passages à l'acte suicidaire apparaissent comme les signes de ce cloisonnement. Voyons cela avec un schéma[1].



[1] Schéma fictif de l'être en relation. *« L'être au monde »,* proposé par F. Désobeau dans *« Psychomotricité »*, sous la direction de A. Calza et M. Contant, p 216.

1. L'inhibition psychomotrice : un signe tonico-affectif

Cette inhibition psychomotrice correspond à un ralentissement des mouvements, aussi bien sur le plan physique que psychique. L'action et la pensée seraient comme figées.

> Madame N., est hospitalisée pour un état dépressif majeur. Cette femme d'une soixantaine d'années marche lentement, les épaules voutées et le menton tombant sur sa poitrine, son visage est marqué par la tristesse. Lors d'une première séance de psychomotricité, elle est amenée à exprimer ses ressentis suite à une relaxation. Elle est prostrée, le regard figé vers le sol. Elle est mutique, incapable de faire des liens ou de raisonner à propos des sensations corporelles éprouvées. Madame N. est ralentie au niveau moteur, émotionnel et cognitif.

Cette inhibition semble avoir un rôle déterminant dans la dynamique dépressive.

« Le ralentissement entretient la souffrance psychique qu'il est censé contenir, il empêche les activités mentales ordinaires de résorber cette souffrance ou de s'adapter à ses causes. En outre, il est aussi une source de malaise et d'humiliation »[1].

Le patient se présente comme affaibli physiquement, ce qui renforce son sentiment de dévalorisation.

Widlöcher, précise que pour un sujet dépressif l'expression d'un éprouvé affectif ou la prise de plaisir dans une activité seront d'autant plus difficile que le ralentissement psychomoteur est important.

Madame N. est totalement repliée sur elle-même dans une posture crispée. Les affects dépressifs se cristallisent au niveau tonique.

Le tonus en tant que support de la motricité, que point d'articulation de l'expression des ressentis et des émotions et que composant essentiel de la dimension relationnelle du sujet, apparaît comme fondamental en ce qui concerne le ralentissement psychomoteur.

[1] Widlöcher cité dans André P., Benavidès Th., Giromini Fr., *« Corps et psychiatrie »*, p 81.

L'inhibition touche les trois composantes du tonus préalablement citées, il est possible de la considérer comme une manière de communiquer et de signifier un certain mal-être du patient.

En reprenant l'idée de Wallon, il est possible de parler d'un dialogue tonico-émotionnel, les mouvements, les gestes, les postures et les mimiques du patient devenant des indicateurs de son attitude affective et émotionnelle.

Les contractures du sujet dépressif peuvent être rapprochées de la théorie de Reich ; il développe la notion de « cuirasse neuromusculaire ou caractérielle » comme un moyen de défense. La souffrance psychique trop envahissante du sujet dépressif, se concrétise au niveau tonique par l'apparition d'altération de la respiration ou de la posture par exemple. Ce mécanisme d'adaptation permet au patient de lier son état émotionnel et sa tension musculaire, mais cela devient rapidement limitant pour lui.

Concernant Madame N., les attitudes posturales fermées seraient un moyen de d'entraver le dialogue tonico-émotionnel la protégeant d'un monde extérieur source de souffrance.

En psychomotricité, il serait envisageable de proposer un dispositif tel que la relaxation qui permet de faire naître chez le patient un certain nombre de sensations. Le psychomotricien par ses différentes inductions porterait et contiendrait le patient, et lui permettrait d'exprimer ses ressentis durant le temps de parole.

Il serait donc possible en proposant au patient une prise de conscience corporelle qu'il établisse des liens avec l'aide du psychomotricien. Dans la perspective, peut-être, que le patient se comporte d'une manière plus adaptée améliorant sa communication avec son environnement.

2. La désorientation spatio-temporelle : un besoin de repères

L'espace et le temps sont des paramètres intrinsèquement liés. Ils apparaissent comme un cadre qui donne sens à l'existence humaine. Ils conditionnent donc les comportements des individus. Les angoisses, les difficultés des individus surviennent dans ce cadre spatio-temporel. Cadre qui devient complétement désorganisé chez les patients dépressifs. Je donne pour exemple le cas de Monsieur F., pour qui la perception spatio-temporelle est singulièrement modifiée par sa problématique.

> Monsieur F., se présente avec un visage figé et penché du côté droit. Dans sa démarche il donne l'impression de porter une charge lourde dans sa main droite, il traine la jambe droite et son buste se penche de ce côté. Il est hospitalisé pour un épisode dépressif et une forte anxiété. Il rapporte les chamboulements qui ont entrainé une profonde modification du rythme de sa vie. En quelques années, il s'est séparé de sa compagne, a perdu son emploi de professeur de mathématiques ce qui a entrainé des difficultés financières et immobilières. Lors de notre première rencontre en séance de relaxation de groupe, il évoque ses difficultés pour gérer les *« choses de la vie »* n'ayant envie de rien. En fin de séance, il dit ne pas s'être détendu, il se montre pessimiste, *« je ne pense pas pouvoir aller mieux, je ne vois que du noir »*. Par ses paroles, on perçoit l'impossibilité pour lui de se projeter dans l'avenir. Dans le noir, il ne peut pas avancer.

Pour Monsieur F., le temps passé apparait avec force dans un présent clos et vide empêchant toute projection dans le futur. Le sujet se repli sur lui-même, s'enferme dans un espace sans action n'investissant plus son environnement, lieu surchargé par la rapidité du temps qui coule inéluctablement. Il semble lesté par la lourde charge de son avenir perdu.

L'individu peut ressentir le besoin de s'extraire de son quotidien pour se centrer sur lui-même. L'hospitalisation peut donner à l'individu la possibilité de se « retrouver » dans un espace de soin.

En psychomotricité, le cadre spatio-temporel des séances permet au patient d'investir un lieu dans lequel il peut exprimer ses ressentis. Il peut se dégager de la contrainte de performances pesant sur lui dans son environnement quotidien. Dans cet espace le patient s'autorise à être, sans crainte de jugement de la part des autres, il trouve un espace de soin et d'écoute qui lui est consacré.

Dans l'espace précis et le temps limité d'une séance de relaxation, le patient est amené à prendre conscience des éventuels états toniques et émotionnels qui émergent. De plus, le thérapeute se doit de tenir compte du rythme du patient en lui portant une attention particulière.

Cet espace d'étayage, peut permettre au patient de retrouver un certain nombre de repères. Petit à petit, il va pouvoir gérer ce cadre et se réinsérer dans un processus de ré-autonomisation et réorganiser son quotidien.

Après quelques séances de relaxation, Monsieur F., prend peu à peu sa place. Les inductions sur la pesanteur et le poids des différentes parties du corps, entraînent paradoxalement chez lui une sensation nouvelle de légèreté d'abord dans son bras droit puis plus globalement au fil des séances. Sa démarche se rééquilibre, il ne semble plus attiré vers le bas par un poids du côté droit. Dans un temps de verbalisation il explique : *« Je commence à remettre de l'ordre dans ma vie, je m'occupe de chaque problème l'un après l'autre, les choses s'éclaircissent »*.

3. Les troubles de l'image du corps : la présence de l'autre

Schilder, dans sa conception de l'image du corps, dégage qu'elle se base sur le fonctionnement sensoriel et neurologique permettant à la personne d'intégrer une représentation des différentes parties de son corps. Ce fonctionnement est investi par la libido, qui va se fixer sur des zones corporelles précises, et certaines parties du corps peuvent se « substituer » inconsciemment à d'autres. Il est fréquent que des patients parlent de certaines zones de leur corps comme seul mode d'expression d'une problématique « d'ordre sexuel ».

Monsieur V. après une séance de relaxation centrée sur la prise de conscience du poids du corps dit *« J'ai senti mon bras droit plus dur et plus fort que le bras gauche, j'étais mieux de ce côté (droit) »*.

Pour Dolto, *« L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant. »*[1]

L'image du corps pour Dolto s'articule autour de trois modalités. L'image de base, qui renvoie à une structure permettant de se sentir exister de façon continue, rejoignant Winnicott. L'image fonctionnelle, qui vise à l'accomplissement du désir, donc à la satisfaction des besoins. Ce qui se rapproche de la conception libidinale évoquée par Schilder. L'image érogène est liée à l'image fonctionnelle, Pireyre la rapproche de l'identité sexuée.

[1] Dolto cité par Pireyre dans *« Clinique de l'image du corps »*, p 38.

Les patients dépressifs ont régulièrement un sentiment d'autodépréciation concernant l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Il se produit alors un effet négatif entre l'humeur triste, l'inhibition, le désinvestissement des activités, le vécu corporel douloureux, qui amène le patient à se négliger.

> Madame S. est hospitalisée pour un état dépressif majeur. Le matin, elle ne sort de sa chambre que pour fumer une cigarette vers 10h30. Elle est en pyjama, ne s'est pas encore douchée. Elle explique à l'équipe infirmière qu'elle ne trouve plus d'intérêt à prendre soin d'elle, elle n'en a plus l'envie.

L'image négative du corps augmente alors le pessimisme ressenti quant à l'estime de soi. Le patient peut se sentir dévalorisé au niveau identitaire.

> Monsieur F. se présente en début de séance de relaxation en groupe. *« Moi je ne suis qu'un civil, pas militaire, un professeur de mathématiques enfin même plus, je suis au chômage ».*

> Madame L., lors d'une autre séance, arrive entièrement vêtue avec des vêtements d'homme, un jean et un t-shirt trop large, une ceinture en cuir et des tennis blanches. Elle a les cheveux courts. De dos aucun élément de sa posture, de son allure ne laissent deviner que c'est une femme.

En psychomotricité, il semble intéressant de favoriser la prise de conscience du corps chez ces patients. L'intérêt est de lui permettre de l'investir d'une manière non négative. Selon Pireyre[1], la prise de conscience du corps entraîne un effet corporel qui induit la montée de l'affect. Le rôle du psychomotricien est de la faire « exister », en verbalisant cette émotion. C'est donc bien dans un processus relationnel que l'image du corps du patient dépressif va pouvoir s'actualiser, avec pour effet la réassurance identitaire et narcissique de la personne.

[1] Dans « Clinique de l'image du corps », chapitre 14.

4. Les doléances corporelles : moyens de communication

4.1. Les plaintes somatiques

Les patients dépressifs manifestent souvent un vécu corporel douloureux. Les plaintes les plus fréquentes sont généralement des céphalées, des douleurs au niveau du dos ou du ventre qui peuvent être associées à des troubles digestifs. Ils peuvent se plaindre également de difficultés respiratoires.

> Madame Gi. est hospitalisée pour un syndrome dépressif majeur lié à une grande anxiété. Je la rencontre en séance de relaxation en groupe. Lorsqu'elle se présente aux participants et à moi elle décrit des symptômes au niveau respiratoire. *« J'ai toujours comme une boule au niveau du diaphragme […] on dirait un étau qui serre ma respiration »*.

Chacun de ces troubles reflète une forme d'expressivité corporelle du patient témoignant de leur composante dépressive. Par ce moyen, le patient s'adresse au thérapeute, c'est une demande de soulagement, d'apaisement face à une situation angoissante. Le patient est dans une dépendance affective vis-à-vis du thérapeute comme lorsque l'enfant crie, pleure pour être porté par la mère.

La prévalence des plaintes corporelles dans les états dépressifs apparaît alors comme une constante, *« les états dépressifs ne siègent pas dans les doléances psychiques du déprimé mais surtout dans un trouble du corps vécu : les doléances corporelles n'ont rien d'imaginaire »*[1].

4.2. Les conversions et les somatisations

Des phénomènes de conversions et de somatisation sont retrouvés chez les patients dépressifs. Les conversions peuvent prendre la forme de contractions musculaires inadaptées apparaissant au cours d'un mouvement ou dans le maintien d'une attitude (ce que l'on appelle des dystonies). Les somatisations apparaissent au niveau organique par des troubles cardio-vasculaires, respiratoires, dermatologiques jusqu'aux tumeurs, entamant le pronostic vital du patient.

[1] R. Tatossian cité dans André P., Benavidès Th., Giromini Fr., *« Corps et psychiatrie »,* p80.

Lorsqu'elles sont présentes, le sujet peut faire preuve d'irritabilité, de fatigabilité. Ces symptômes résultent souvent d'un vécu d'angoisse envahissant que le patient ne peut pas traiter psychiquement et qui s'évacue au niveau corporel.

> Je rencontre Madame G., une femme d'une cinquantaine d'année, en consultation externe pour des douleurs chroniques au sein de l'hôpital où j'effectue mon stage. La problématique dépressive n'est pas au premier plan. Elle est très tendue, crispée au niveau du cou et au niveau de son flanc gauche douloureux. Lors d'une séance de relaxation, madame G. évoque le décès de ses grands-parents avec beaucoup de tristesse. Ses douleurs ont débuté quelques mois après leur disparition, et sont présentes depuis 20 ans. Lorsqu'elle se remémore des souvenirs avec eux, les tensions semblent s'apaiser et la crispation s'estompe.

Il est envisageable que, chez certains patients dépressifs, comme chez madame G. leurs difficultés à gérer, contrôler, contenir et assumer leur émotions et affects, aboutisse à des manifestations corporelles faisant office d'exutoire. Dans ces conditions *« la somatisation est un agir qui compense les carences de la symbolisation »*[1].

La souffrance corporelle des patients dans leur réalité physique vient remplacer leur impossibilité à se représenter psychiquement leurs affects, leurs angoisses.

La notion de dépression essentielle décrite actuellement en psychosomatique permettrait d'éclairer ces phénomènes de somatisation. Elle mettrait en évidence le fait que la dépression puisse être considérée comme *« la maladie la plus psychosomatique des maladies psychiatrique »*[2].

Les somatisations des personnes dépressives ne sont pas des signes d'appels adressés à un autre, à un thérapeute dans une recherche de relation avec celui-ci comme c'est le cas pour les plaintes somatiques. Elles permettent de mettre à distance le vécu dépressif car il n'est pas supportable. Plus le patient tente de mettre à distance l'affect de sa vie psychique plus il va s'ancrer au niveau corporel. Le risque est l'apparition de troubles somatiques engageant le pronostic vital de la personne (cancer, maladies cardio-vasculaire…).

[1] Mac Dougall cité dans André P., Benavidès Th., Giromini Fr., *« Corps et psychiatrie »*, p19.
[2] Ibid, p80

Le psychomotricien, à travers la médiation corporelle, peut intervenir à ce niveau afin de permettre au patient d'exprimer ce qu'il ressent.

En se mettant à l'écoute de sa souffrance corporelle, il est possible d'aider le sujet à faire des liens pour qu'il mette ses sensations en mots et ses éprouvés en sens. A cette occasion, le processus de mentalisation, perturbé chez les patients dépressifs, va pouvoir être mobilisé.

4.3. Le suicide

L'expression de la problématique dépressive peut également prendre la forme du passage à l'acte suicidaire qui peut alors avoir plusieurs sens. Par ce moyen, la personne peut tenter d'alerter, d'appeler l'objet d'amour témoignant de la souffrance liée à la menace de séparation qu'il induit. Le patient s'attaque à lui-même pour toucher l'objet d'amour. Le passage à l'acte apparaît alors comme un moyen de communication d'une grande dépendance relationnelle.

Le passage à l'acte suicidaire peut également exprimer le refus de perdre l'objet d'amour, de s'en séparer en inscrivant la personne dans une problématique de deuil pathologique. Cela note une différenciation imparfaite entre soi et l'autre, entre l'espace du sujet et l'espace de sa figure d'attachement (parent, conjoint ou autre). Lorsqu'un parent qui a été idéalisé s'avère être fragile notamment en arrivant à un âge avancé, la personne peut se sentir coupable face à des pensées agressives envers ce parent.

L'agressivité du sujet se décharge alors en se retournant contre lui-même pour ne pas accabler ce parent fragile (malade, décédé ou fragilité fantasmée) ou cet autre dont il dépend.

> Monsieur F. lors de son hospitalisation présente des « idées noires ». Il n'est pas passé à l'acte mais son état nécessite une surveillance de la part des soignants. Il ne vit plus avec sa femme mais depuis, ils se sont côtoyés à plusieurs reprises, il n'accepte pas cette séparation. De plus, la mère de monsieur F. est atteinte de la maladie d'Alzheimer, ce qui l'inquiète beaucoup, il craint sa mort. Il semblerait que monsieur F. soit dans une situation d'impasse entrainant un risque de passage à l'acte suicidaire. Premièrement, il ne peut se défaire du lien avec son ex-femme. Ensuite, la crainte de la mort de sa mère peut être considérée comme l'expression d'une agressivité envers elle, source d'une grande culpabilité étant donné son état de santé.

Enfin, ce passage à l'acte peut être un moyen de s'exclure du groupe, le sujet n'étant plus digne d'être avec l'autre (selon lui). La personne, par cet acte triomphe, de la dépendance à l'autre. Ce comportement suicidaire est soudain, vivace et impulsif, il est teinté d'affects de rage, de colère et de violence. Il permet au sujet de vider son espace psychique de toute cette agressivité et de cette honte lorsque le réel devient trop persécuteur.

Quel que soit l'élément entrainant le passage à l'acte, il apparaît qu'il survient dans un contexte où le patient n'a pas la capacité de mentalisation lui permettant de surmonter l'angoisse. Le sujet dépressif souffre, depuis qu'un évènement (deuil, bouleversement familial, social, professionnel…) l'a conduit sur cette pente, ou depuis « toujours », depuis que dans son enfance une carence, un manque ne l'ait amené vers cette chute inimaginable, impensable.

Cette souffrance, ne pouvant pas être psychisée, pensée, imaginée par le sujet, va se concrétiser au niveau corporel. C'est alors que le passage à l'acte peut apparaitre comme une solution pour la personne. L'acte suicidaire apparaît clairement comme une demande de prise en compte, de reconnaissance de cette souffrance indicible.

Proposer un temps, en psychomotricité, où le patient va être amené à une écoute de ses sensations dans un processus relationnel et émotionnel semble essentiel. Les ressentis du patient surviendront dans un espace-temps où ils seront pensables, pensés et mentalisés. Ceci, dans un cadre relationnel adapté qui permettra au patient de déposer son mal-être, qui sera accueilli et reconnu par le thérapeute.

La médiation corporelle auprès du patient dépressif pourrait donc prévenir un éventuel passage à l'acte, en lui permettant d'élaborer ses angoisses, ses émotions en séance ou auprès d'autres soignants. Une vignette clinique nous permet d'illuster ces propos.

C'est la deuxième hospitalisation de Madame N.[1], en l'espace de trois mois. Elle participe au groupe de relaxation mais reste de plus en plus en retrait, ne prenant la parole que pour évoquer son *« ras le bol »* quant à ses multiples hospitalisations depuis quatre ans. Pour sa quatrième participation au groupe, elle souhaite que nous ne lui demandions pas de prendre la parole. Nous acceptons en lui proposant de se joindre à nous tout de même. En fin de séance, elle exprime de manière succincte : *« J'ai eu mal à la tête, beaucoup de souffrance, je ne veux pas en parler »*.

Alerté par cette ambivalence entre le souhait de ne pas parler, et le fait d'évoquer un vécu extrêmement douloureux, je l'encourage à reprendre cela avec son médecin psychiatre. Après un échange avec celui-ci, je propose à Madame N. de la rencontrer plus tard dans la journée sous forme d'entretien.

Cette séance se déroule dans la chambre de la patiente qui ne souhaite pas en sortir et dure quarante cinq minutes. Nous revenons sur la séance de relaxation de la matinée et je propose à Madame N. d'exprimer ce qu'elle a ressenti. Cette rencontre privilégiée permettra à Madame N. de revenir sur son histoire et sa difficulté à faire le deuil de son mari décédé il y a 4 ans alors qu'elle-même était hospitalisée. Elle se sent coupable de ne pas avoir été à ses côtés et s'inquiète pour ses enfants et petits enfants. En effet, elle ne souhaite pas qu'ils se fasse du souci pour elle ; elle *« n'en vaut pas la peine »*. Madame N. relie la *« souffrance »* évoquée le matin à la sensation de ne plus pouvoir penser et de ne plus savoir comment faire pour aller mieux. Elle exprime alors des « idées noires », précisant qu'elle ne se fera pas de mal mais qu'elle aimerait *« ne pas [se] réveiller »*.

Madame N. n'a jamais tenu ce genre de propos auparavant. Après transmission à l'équipe et au psychiatre, le traitement médicamenteux sera modifié, le suivi en psychomotricité sera proposé en individuel et non plus en groupe. Je viendrai la solliciter soit pour un moment d'échange quant à ses ressentis corporels et émotionnels soit pour lui proposer des séances de relaxation en individuel. Les idées noires de Madame N. s'estomperont bien que sa maladie dépressive apparaisse comme « résistante » aux différents traitements et suivis thérapeutiques.

[1] Nous avons déjà évoqué le cas de cette patiente dans la partie *« inhibition psychomotrice : un signe tonico-affectif », p 44.*

Chapitre 3 : Un cadre relationnel en psychomotricité, la relaxation

« La détente : faut surtout pas appuyer dessus ! »
Pierre Desproges[1]

I. Définition de la relaxation

Selon le dictionnaire Robert, la relaxation est une méthode thérapeutique destinée à diminuer ou supprimer les tensions musculaires par des procédés psychologiques actifs.

Pour Durand de Bousingen : *« Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique. La relaxation est ainsi une technique de recherche de repos le plus efficace possible, en même temps que d'économie des forces nerveuses mises en jeu par l'activité générale de l'individu.»*[2]

La détente musculaire induite en relaxation permettrait une détente physique et psychique aboutissant progressivement à un tonus de repos. En psychomotricité, tonus et émotions sont intimement liés. Toute attitude tonique a une résonnance affective et tout état émotionnel implique un certain mode de fonctionnement tonique. La relaxation ne vise pas la réduction du tonus, mais plutôt à rapprocher ce mode de fonctionnement tonique d'affects et d'émotions et permettre leur représentation, afin d'obtenir progressivement une économie d'énergie tant physique que psychique.

[1] Extrait de *« Fonds de tiroir »*, Seuil, 1990. Cette citation humouristique nous apparait importante en ce qui concerne la relaxation. La détente n'est pas l'objectif d'une séance de psychomotricité. C'est ce que nous verrons dans cette partie.
[2] Durand de Bousingen dans « La relaxation », p 4.

II. Fonctions impliquées

Nous envisageons quelles sont les caractéristiques d'une telle technique de soin qui nous parraissent essentielles dans la rencontre avec les patients dépressifs en psychomotricité.

1. Le tonus

Le tonus musculaire de base est la contraction minimale ou la légère excitation d'un muscle au repos. Les différentes propositions au niveau de la respiration, de la détente musculaire ainsi que l'aspect suggestif des consignes ont un effet sur les instances anatomophysiologiques qui contrôlent le tonus.

Selon Pedro de Vicente de Monjo, *« les éléments essentiels que doit contenir n'importe quelle technique pour pouvoir être nommée relaxation [sont] le tonus musculaire [et] la respiration »*[1].

En relaxation psychomotrice, il est plus souvent proposé des inductions conduisant le patient à une inspiration active, longue, lente et profonde en encourageant une respiration plus abdominale que thoracique. Cela favorise l'hyperventilation, laquelle modifierait les états de conscience, abaisserait la vigilance, provoquerait le relâchement de la pensée, augmenterait la suggestibilité et permettrait une libération émotionnelle.

L'intérêt, en psychomotricité, repose sur le fait que les émotions influencent la respiration. Il est donc favorable de proposer aux patients dépressifs des inductions sur la fonction respiratoire. Le sujet peut alors exprimer ses ressentis. Dans cette optique, notons que la respiration facilite la relation verbale avec autrui. En effet, c'est l'action du souffle qui active les cordes vocales permettant l'émission du son et la parole.

« En abaissant le tonus, par les exercices gestuels et respiratoires, il devient possible d'abaisser les tensions psychiques du sujet »[2].

[1] Pedro de Vicente de Monjo cité par Guiose dans *« Relaxations thérapeutiques »,* p 79.
[2] Marc Guiose dans *« Relaxations thérapeutiques »,* p 60.

En portant notre attention sur nos sensations corporelles, nous en percevons les changements d'une manière plus nette, et par conséquent, le ressenti émotionnel se modifie également. Il semblerait que porter l'attention au niveau corporel pendant la relaxation permettent une meilleure prise de conscience de son ressenti émotionnel.

Pour Wallon, la vie affective d'une personne est l'ensemble de son tonus et de ses émotions, elle prend donc une valeur tonico-émotionnelle.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les aspects physiologiques du tonus sont indissociables de sa dimension relationnelle. C'est dans la relation à l'autre que s'inscrit le dialogue tonico-émotionnel. Dans le développement de l'enfant, nous l'avons vu avec Wallon, c'est par ce canal tonique que l'enfant va pouvoir créer ses premières images mentales, puis accéder au symbolique, au langage et s'ouvrir au monde.

En psychomotricité, la relaxation permettrait au patient une prise de conscience de ses ressentis tonico-émotionnels, et le conduirait à recréer des liens entre le somatique, l'affectif et le psychique. Le dialogue tonico-émotionnel qui s'installe permettrait au patient, petit à petit, de se construire un stock d'images mentales, d'exprimer ses angoisses et progressivement s'ouvrir sur l'extérieur.

2. La fonction maternante

La voix, le regard du psychomotricien sont de véritables objets partiels que le patient intériorise. Cela constitue un ensemble qui se rapproche de la notion de maternage, de « holding » de Winnicott. Ces bons objets intériorisés par le patient sont l'occasion pour lui de réparer les mauvais objets qu'il a préalablement intériorisés.

L'hypothèse établie par Marc Guiose est que *« la résonnance d'un bon objet en nous favorise la réparation de celui-ci. Nous pouvons donc voir la relaxation comme une illusion restructurante »*[1].

[1] Marc Guiose dans *« Relaxations thérapeutiques »,* p 62.

Cela signifie que le psychomotricien par sa fonction maternante peut permettre au patient dépressif de diminuer l'angoisse liée à l'incorporation d'un mauvais objet, la dépréciation de son moi ou encore la perte d'un bon objet. Le patient se fait donc l'illusion d'un bon objet lui apportant une certaine sérénité. A partir de là, se met en place un mécanisme de sevrage de ce bon objet.

Dans un premier temps le patient va être dans une dépendance totale vis-à-vis du thérapeute, des inductions et des suggestions qu'il propose en relaxation.

Petit à petit, la dépendance devient relative, le patient a besoin de la situation de relaxation mais se permet des aménagements. Par exemple, il s'autorise à se remettre dans une position plus confortable pendant la séance.

Enfin, il va se détacher de cette dépendance, gagner en autonomie et trouver en lui-même les moyens de gérer ses angoisses. Un premier pas vers cette indépendance survient lorsqu'un patient reproduit en dehors des séances des inductions qu'il a vécues en relaxation et qui lui conviennent particulièrement. Le patient ramène chez lui un élément qui le rattache au cadre de la relaxation, au lieu de maternage, cet élément se rapproche de la conception de l'objet transitionnel décrite par Winnicott.

3. La fonction suggestive

3.1. Définition de la suggestion

Les suggestions en relaxation représentent les agirs du psychomotricien, sa voix, son regard, son toucher. *« La suggestion est une communication ayant pour but de faire apparaître des réactions conscientes ou inconscientes chez un sujet »*[1].

Nous distinguons les suggestions directes et les suggestions indirectes. Les suggestions directes sont référées à un objet de manière explicite : « votre bras est lourd ». Elles sont plus ou moins acceptées par le patient, elles ont plus ou moins d'effet et peuvent échouer. Les suggestions indirectes se réfèrent à l'objet de manière plus implicite, imagée et souvent métaphorique : « Ressentez les appuis de votre dos sur le sol, ses empreintes ». Dans les deux cas la notion de lourdeur est présente, et à travers cette sensation de poids, c'est le relâchement musculaire qui est ici suggéré.

[1] Marc Guiose dans *« Relaxations thérapeutiques »,* p 79.

3.2. La suggestion et la communication

Nous verrons ici les aspects de la communication pour lesquels il ne faut pas négliger la valeur suggestive, à savoir les aspects infra-verbaux et non-verbaux de la communication.

Les aspects infra-verbaux de la communication : Ils sont très présents en relaxation. La compréhension et le traitement du langage en situation de relaxation ne sont pas du même ordre qu'à l'état de veille. Il n'est pas rare que les patients entendent ce qui est dit par le psychomotricien, son sens, sa prosodie, sans pour autant en percevoir les mots ni leur signification. Sapir disait *« L'induction n'est plus dans le contenu mais dans la tonalité »*.

> Madame L. participe à une séance de relaxation en groupe pour la troisième fois. Les inductions proposées sont en lien avec le poids du corps et la détente musculaire. Lors du temps de parole, elle dit *« Je crois ne pas avoir été concentrée [..] je ne me rappelle plus trop vos paroles […] j'avais l'impression de m'enfoncer dans le sol […] ça doit être votre voix […] je suis détendue »*. Il semblerait que ce ne soit pas une induction telle que « ressentez le poids de votre jambe » qui soit à l'origine de cette sensation de s'enfoncer dans le sol mais plutôt le sens global des inductions lors de la séance.

Selon Paul Watzlawick[1], il y aurait deux formes de langages opposées. Il faut tout de même préciser que la séparation entre ces deux modalités de communication est relative. Le premier correspondrait à un langage codé de manière arbitraire et conventionnelle. Il produirait la réflexion scientifique en étant précis et logique. C'est par ce langage que s'exprime la négation et les notions de temporalité. Le second serait celui des images, des émotions, des métaphores, de l'imaginaire. Ce langage serait affirmatif et intemporel, aucune notion de temps ni de négation n'emprunte cette voie. La communication non verbale, les gestes et les mimiques seraient du même ordre.

Il semblerait qu'en relaxation, l'état de conscience du patient l'amène à investir de manière privilégiée ce deuxième type de langage. C'est pourquoi, la notion de temps peut devenir floue pour le patient. C'est aussi pour cette raison que les suggestions langagières du psychomotricien se doivent d'être affirmatives.

[1] Repris par Marc Guiose dans « Relaxations thérapeutiques », p76-77.

Si une hypothétique consigne est « ne vous crispez pas », le patient ne percevra que la notion de crispation sans intégrer la négation. Il est donc préférable de proposer une induction du type « essayez de vous détendre ».

Les aspects non-verbaux de la communication : Il nous importe ici d'insister sur le fait que lors d'une séance de relaxation, et plus loin encore, lors de toute rencontre, tout est communication, tout est suggestion.

En ce sens, les gestes, la posture et l'attitude corporelle du psychomotricien peuvent induire et influencer le patient dans son comportement, ses ressentis. Il s'instaure un dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient.

> Madame N. s'endort lors de sa première séance de relaxation en groupe. Sa respiration est rapide et bruyante. Les autres patients présents penchent légèrement leurs têtes vers elle, sans ouvrir les yeux, comme pour me signifier que le bruit les dérange. Je décide de me rapprocher de madame N. et de poser délicatement une main sur son mollet droit. Sa respiration se fait plus profonde et moins bruyante. Lorsque je retire ma main, elle redevient bruyante et rapide.

Plus que l'attitude du psychomotricien, le cadre de la séance a son importance par sa valeur communicationnelle. La luminosité, la dimension de la pièce, la chaleur, l'horaire, le lieu…. Tous ces éléments peuvent influencer de manière plus ou moins nette les ressentis des patients.

Les aspects infra-verbaux et non verbaux de la communication participent au lien d'attachement entre le patient et le psychomotricien. Lorsque madame L. affirme que *« ça doit être [ma] voix »* qui lui a permis de se détendre, elle affirme implicitement que c'est dans la relation au psychomotricien qu'elle transforme ses angoisses. Le psychomotricien assure là une fonction de protection.

Dans les soins maternels, lorsque le bébé sourit à sa mère, il la gratifie et la conforte dans son rôle, s'assurant de la présence de cette figure d'attachement lors d'une prochaine expérience angoissante. Le même processus est en œuvre lorsque madame L. affirme que la voix du psychomotricien la détend.

Dans le cas de madame N., le dialogue tonique mis en place lui permet de s'apaiser. Elle semble dans une position de dépendance et de recherche de lien permanent avec une figure d'attachement sécure, ne lui permettant pas de s'ouvrir sur un extérieur dont elle se protège bruyamment.

3.3. Le transfert en relaxation psychomotrice

En psychomotricité, le transfert n'est pas le matériel premier du soin comme dans une cure analytique. Cependant, la relation particulière mise en place lors de séances de relaxation induit des mécanismes transférentiels et contre transférentiels entre le patient et le thérapeute. Sans l'analyser, le psychomotricien doit porter une attention particulière à ces phénomènes.

Lors d'une séance de relaxation, le patient est amené à un certain état psychique où son niveau de conscience est modifié. Sa pensée s'organise alors différemment et se rapproche du fonctionnement inconscient.

On retrouve une réduction de l'épreuve de réalité, une réduction de la notion de temporalité et une réduction de la logique, notamment un retrait de la notion de contradiction. Ces mécanismes font de la relaxation un terrain propice à l'émergence d'une relation régressive entre le patient et le thérapeute. Le transfert fait donc vivre à la personne un mode de fonctionnement archaïque et infantile.

« Le relaxateur peut devenir un objet fantasmé, mais aussi une partie du Self du sujet, un Moi auxiliaire, tout comme un surmoi ou l'idéal du Moi »[1]

La suggestion, véritable communication entre le psychomotricien et le patient, s'intègre dans ce processus transférentiel. Dans ce transfert se mettent en place des mécanismes d'identification projective et introjective. Le sujet projette une partie de sa personnalité, dans le psychomotricien, celui-ci répond par une suggestion que le patient intériorise dans un second temps. La suggestion devient alors une partie du sujet contenue dans le psychomotricien, à laquelle le premier s'identifie.

Dans une séance, il est possible qu'un patient ressente de l'angoisse, sa tension est projetée sur le psychomotricien qui est alors perçu comme l'objet de l'angoisse. Si une relation sécure et confiante s'est installée, la suggestion de détente et de calme au cours de la relaxation pourra être introjectée par le relaxé. Le transfert en psychomotricité apparait donc dans une dynamique tonico-émotionnelle de la relation.

« L'induction de relaxation étant alors perçue comme la voix fantasmée d'un imago parentale bienveillante et rassurante qui contient »[2].

[1] Marc Guiose dans *« Relaxations thérapeutiques »* p 70
[2] *Ibid.*

Le psychomotricien gère les angoisses du patient. Le patient par l'introjection de ce processus pourra ensuite trouver ses ressources personnelles et les gérer lui-même. La dynamique transférentielle en psychomotricité s'éloigne donc du cadre analytique. Le psychomotricien ne fait pas preuve de neutralité bienveillante. Il écoute et échange verbalement avec le patient, chacun pouvant donner son avis. Les consignes de détente suivent la progression individuelle du patient en tentant de les lier à son histoire.

« La situation de relaxation, par le fait qu'elle induit des sensations tactiles, thermiques, ou kinesthésiques, fournit à un niveau corporel, la base sensorielle nécessaire pour constituer les enveloppes psychiques. Elle est une trame spatiale dans laquelle peuvent naître, émerger et être communiqués les contenus psychiques. »[1]

La relation transférentielle en psychomotricité prend alors une forme horizontale et non verticale, le thérapeute n'a plus le rôle de surmoi, il n'est plus *« un substitut des parents, un maître et un éducateur »*[2] du patient. Il devient le moi-auxiliaire soutenant momentanément le contenant psychique défaillant du patient tout comme c'était le cas dans la situation dyadique mère-enfant.

La relation est à lire dans une dynamique spatiale, comme permettant l'élaboration d'un espace harmonieux entre le dedans et le dehors, le soi et le non soi, le réel et l'imaginaire.

« Il ne s'agît plus de travailler un matériel constitué de contenus psychiques, mais d'amener le patient à ressentir, vivre des expériences lui donnant la capacité d'en faire la synthèse par rapport à sa propre histoire, et d'en rectifier les distorsions (spatiales et/ou temporelles). »[3]

[1] Gibello cité par Moyano dans l'article *« La relation psychomotrice, une autre idée du transfert ».*
[2] Freud cité par Moyano dans l'article *« La relation psychomotrice, une autre idée du transfert ».*
[3] Moyano dans l'article *« La relation psychomotrice, une autre idée du transfert ».*

4. La prise de conscience corporelle et l'image du corps

En relaxation le patient est encouragé à prendre conscience de ses sensations corporelles, soit sur une zone précise soit globalement. L'expérience sensorielle est cependant limitée dans cette situation où le patient est allongé et immobile.

Selon Pireyre, *« la prise de conscience repose principalement sur l'expérience mémorisée de l'investissement corporel, dès le début de la vie, par le psychisme et le corps des parents, dans leur conscient et leur inconscient, des différentes zones corporelles ainsi que leur globalité »*[1].

Il semble alors nécessaire de s'intéresser au phénomène de régression, favorisé par les conditions de silence, de luminosité, la voix tranquille du psychomotricien et la position du patient.

> Madame G. lors d'une séance de relaxation individuelle décrit une sensation particulière pour elle : *« Je me suis sentie comme dans un cocon, bercée tranquillement … j'ai déjà ressenti une sensation similaire lorsque j'étais enfant et que j'allais chez mes grands-parents »*.

La régression consiste chez un sujet à un retour à des étapes dépassées de son développement qui conduit le patient à vivre une image du corps enfouie dans son passé. L'émergence d'une sensation vécue dans l'enfance n'est cependant pas strictement identique à la sensation vécue à cette période. Elle est une actualisation à l'instant présent. La sensation se teinte donc de toute l'histoire du sujet et de la représentation qu'il s'en fait.

La relaxation apparait comme un étayage du psychisme sur le vécu corporel actuel et passé du patient. Dans ce dispositif, le thérapeute va rendre son propre psychisme disponible tel un Moi-auxiliaire du patient (Anzieu). Il va transformer des émotions inassimilables par le patient en quelque chose qui lui sera recevable assurant une fonction alpha (Bion). L'expérience proposée à la personne va lui permettre d'introjecter cette fonction contenante, cette enveloppe psychique, cette peau psychique (Bick).

[1] E. Pireyre dans « Clinique de l'image du corps », p 185.

La voix et l'attitude du thérapeute prennent, dans ce dispositif régressif, les caractéristiques d'une voix et d'une attitude paternelle (jugeante, autorisante, interdisante) ou maternelle (enveloppante, chaude, douce, gratifiante, narcissisante). Cette sensation contenante et enveloppante devient une expérience structurante et narcissisante pour le patient.

« Cette attention particulière du relaxateur pour le corps de son patient, qui le mène vers un état de mieux-être, ce monde qui, pour le relaxé, se restreint à des sensations et à une voix, tout ceci investit le corps d'une importance particulière, et amène le patient à se renarcissiser. »[1]

La relaxation intervient à ce niveau de l'image du corps du patient dépressif, lui permettant, peut être, de faire l'expérience d'un Moi plus organisé, capable de surmonter l'angoisse, de la transformer pour investir une image de lui-même plus positive.

5. La relaxation comme médiateur de la relation

La relaxation, en psychomotricité, facilite l'expression du monde interne de la personne et l'échange entre les individus, prenant une place symbolique entre les participants. Dans ce dispositif, nous nous situons entre la réalité extérieure et le monde interne du sujet, participant à l'organisation de la pensée à partir de l'expression de l'affect.

Nous intervenons dans l'espace transitionnel tel que le définit Winnicott. Une zone d'illusion où la personne peut exercer son imaginaire, créer l'objet qui est en fait apporté par son environnement. Il est trouvé-créé par le sujet, il lui sert à expérimenter, de façon ludique, sa maîtrise sur ce qui n'est pas de lui, permettant une consolidation de son narcissisme.

La dernière caractéristique de la relaxation consiste en sa fonction d'amortisseur ou de régulateur des angoisses vécues par le sujet.

[1] Marc Guiose dans *« Relaxations thérapeutiques »,* p 99.

Il apparait que la relaxation ait une fonction de médiateur de la relation. Elle vient s'interposer entre, mettre à distance l'espace du patient et l'espace du thérapeute. L'objectif étant de créer un lieu où le patient va pouvoir imaginer et créer ses propres représentations à partir de ses affects.

III. Relaxation psychomotrice auprès des sujets dépressifs

La relaxation psychomotrice aborde l'être dans sa globalité en le guidant vers une harmonisation psychocorporelle lui permettant de se vivre autrement. Il semble important de proposer aux patients dépressifs un temps étayant pour sentir et ressentir leur corps.

La réappropriation des capacités sensori-motrices et émotionnelles contribue à l'approche du bien-être, ainsi qu'à l'ouverture aux autres puis au monde. Ainsi, permettre au patient de libérer ses tensions peut susciter chez lui le plaisir de se mouvoir puis d'investir l'espace et les objets environnants.

Les propositions autour de l'émergence de sensations et de la respiration sont particulièrement indiquées. Elles permettent d'ancrer les patients dans leurs éprouvés afin qu'ils puissent ensuite verbaliser.

« En le branchant sur son vécu corporel par la relaxation, nous lui permettons de tirer des fils pour commencer à tisser sa toile, faisant des liens entre l'éprouvé et le mouvement corporel et/ou émotionnel qui survient, entre la respiration, le souffle, la voix, les cris, jusqu'aux mots qui vont organiser le discours personnel du sujet.»[1]

Le temps de verbalisation permet de donner un sens aux sensations, qui s'organisent alors en perceptions enrichissant le stock d'images mentales. Le patient pourra, ensuite, se représenter ses sensations corporelles en les associant à la notion de plaisir.

[1] Françoise Désobeau dans Calza et Contant, *« Psychomotricité »*, 3e édition, p218

En mettant des mots sur ses ressentis, le patient peut parler de son « soi » et renouer avec son histoire à la fois corporelle et psychique. Le langage permet de donner un sens, une structure symbolique au monde.

Nommer une sensation, c'est lui donner une permanence, une constance parmi une multitude sensorielle possible. Mettre des mots sur ses ressentis ouvre à la personne un univers de désignations et d'idées. Le langage fait le lien entre ce qui est de l'ordre des sensations corporelles et leur représentation. Ceci passe par la rencontre avec l'autre.

De cette manière les communications verbales et non verbales restent des lieux d'échanges privilégiés.

« De l'impression à l'expression, le temps de la verbalisation vient « ancrer » la relaxation psychomotrice dans sa fonction d'acte thérapeutique : au sein de la rencontre, il permet à la personne, être de parole, de venir peu à peu « se livrer », tisser des liens, dans ce passage du monde des sensations, plus ou moins archaïques, à celui de la représentation et de la naissance des pensées. »[1]

Enfin, la relaxation psychomotrice et les dimensions relationnelles et émotionnelles qui en sont intrinsèquement liées, permettraient le recul des modes de défenses corporelles et psychiques du sujet.

[1] D. Vicaire : *« ces mots pour me dire… Autour de la verbalisation »* Thérapie psychomotrice et recherches : Relaxation Psychomotrice, n°121, 2000. Cité par M. Rusha dans son mémoire de psychomotricité *« répétition et réparation »*, Bordeaux, 2003.

Chapitre 4 : Un dispositif thérapeutique en psychomotricité

« Il pleure dans mon cœur
Comme il pleut sur la ville ;
Quelle est cette langueur
Qui pénètre mon cœur ?
Ô bruit doux de la pluie
Par terre et sur les toits !
Pour un cœur qui s'ennuie
Ô le chant de la pluie !
Il pleure sans raison
Dans ce cœur qui écœure.
Quoi ! nulle trahison ? ...
Ce deuil est sans raison.
C'est bien la pire peine
De ne savoir pourquoi
Sans amour et sans haine
Mon cœur a tant de peine! »

Verlaine, « Il pleut dans mon cœur »[1].

[1] Troisième poème de la section *« Ariette oubliée »*, du recueil *« Romances sans paroles »*, 1873. Ce poème illustre l'incapacité pour certains patients dépressifs à se représenter leur souffrance, «ne pas savoir pourquoi » est une remarque souvent retrouvée.

I. Présentation du lieu de stage

« Que les jours commencent et que les jours finissent, que le temps s'écoule. Ne plus rien vouloir. Attendre jusqu'à ce qu'il n'y ait plus rien à attendre. »
Georges Perec[1]

1. Présentation du service et de l'équipe

Mon stage se déroule dans le service de psychiatrie d'un hôpital d'instruction des armées. Les patients sont accueillis soit en hospitalisation soit en consultation externe dans le cadre de soins ou d'expertises. La population civile peut bénéficier des soins, bien que les militaires et leurs familles soient prioritaires. Pour être hospitalisé dans le service en placement libre, les patients doivent consentir au contrat de soin.

Ce service de psychiatrie accueille des adultes présentant des troubles psychotiques, des états de stress post-traumatiques, des états anxio-dépressifs ainsi que des troubles du comportement, des troubles de l'adaptation, des troubles de la personnalité et des conduites addictives.

Au sein de l'unité, les patients peuvent participer à plusieurs ateliers proposés par les membres de l'équipe. Par exemple, il existe l'atelier ergothérapie mené par l'ergothérapeute, l'atelier cuisine mené par l'équipe infirmière, l'atelier cinéma mené par les stagiaires psychologues...

Dans un cadre plus occupationnel, les patients peuvent également investir la salle d'ergothérapie en compagnie des infirmières lorsque l'ergothérapeute n'est pas présent, ils peuvent se réunir pour échanger autour de jeux de sociétés dans une salle qui leur est dédiée. Enfin une salle de sport est à leur disposition.

[1] Cité par J. André dans *« Les 100 mots de la psychanalyse »*, PUF, 2009, p 35. Ces mots de Georges Perec peuvent reflèter le ressenti et l'isolement des patients dépressifs à leur arrivée dans le service.

L'équipe pluridisciplinaire du service de psychiatrie est composée :

- D’un médecin chef de service, de trois médecins psychiatres, d’un interne et d’un psychologue clinicien pour l'équipe médicale.
- D’un infirmier cadre de santé, de sept infirmiers, autant d’aides-soignants, d’une ergothérapeute et d’un psychomotricien pour l'équipe paramédicale.

2. Protocole de soin pour les états dépressifs

Les patients hospitalisés dans le service de psychiatrie adulte pour des états dépressifs le sont suite à un épisode dépressif majeur ou à une tentative de suicide.

L'hospitalisation s'avère alors nécessaire face au risque suicidaire, à l'importance du retentissement somatique, aux graves répercussions sociales, professionnelles et familiales. A son arrivée, le patient est accueilli par l'équipe infirmière qui se charge :

- de l'entretien d'accueil du patient, transmis ensuite dans son dossier de soins,
- de la présentation du service et de son fonctionnement,
- des formalités d'admission, qui pourront être effectuées par le patient si son état le lui permet, dans le cas contraire un soignant s'en occupe,
- de l'installation du patient dans sa chambre, après les contrôles d'usage en matière de sécurité du patient,
- de l'établissement d'un contact avec la famille afin de mieux cerner le contexte de vie du patient.

Le médecin lui effectue la prescription médicale. Elle comprend le traitement antidépresseur adapté à l'état clinique du patient, les surveillances d'usages (humeur, sommeil, appétit, qualité relationnelle) ainsi que tous les autres soins dont dispose le patient, à savoir les prises en charges psychomotrices, ergothérapeutiques et les autres soins et bilans somatiques.

C'est également le médecin psychiatre qui fixe les modalités concernant les visites, les autorisations de sorties et la mise en place du PS3 qui est le protocole de soin pour les patients suicidaires destiné à tous les professionnels soignants (l'hospitalisation étant libre les patients donnent leur accord pour la mise en place de ce protocole et sont alors placés sous une étroite surveillance). Cette prescription est rapportée au dossier médical.

Les réunions sont fréquentes et permettent au médecin et à l'équipe soignante d'échanger concernant l'évolution clinique des symptômes dépressifs. Cela permet de mettre à jour le programme de soin du patient, dont il est tenu informé. La durée de l'hospitalisation qui dépend de l'amélioration clinique du syndrome dépressif est ainsi mieux gérée.

Lorsque le patient quitte le service, le maintien de l'amélioration clinique de son état dépressif est effectué grâce à des consultations régulières avec le médecin psychiatre. La prise en charge psychothérapeutique est poursuivie tout comme la surveillance médicamenteuse.

Dans ce cadre, le médecin peut également prescrire un suivi en psychomotricité si une indication est dégagée par le psychomotricien. Cet accompagnement se fera alors en consultation externe.

II. Place de la psychomotricité

1. En tant qu'observateur

Lorsque j'ai débuté mon stage au sein du service de psychiatrie adulte, je me suis positionné, dans un premier temps, en tant qu'observateur. Mon but était de comprendre le fonctionnement hospitalier, tant du côté des soignants que de celui des patients. J'ai pu également identifier le mode d'intervention du psychomotricien. Nos discussions m'ont beaucoup appris.

Un suivi en psychomotricité est envisagé à la suite d'entretiens effectués par le psychomotricien sur indication médicale. Le psychomotricien rencontre individuellement des patients hospitalisés et intervient également dans le cadre de consultations externes. Il prend en charge principalement des patients atteints d'états de stress post traumatique (ESPT) et utilise auprès d'eux la méthode de relaxation SAPIR à inductions variables.

Cette technique comporte, durant le temps de relaxation, des inductions par la parole, par le toucher ou des moments de silence. Le psychomotricien fait varier l'importance de ses différents temps au fil des séances.

Chaque temps de relaxation est suivi d'un temps de parole visant à mettre des mots sur le ressenti corporel et relationnel vécus par le patient.

Pour des raisons éthiques, je n'ai pas pu assister à ces prises en charges. Cependant, j'ai eu l'occasion de participer à des entretiens menés par le psychomotricien auprès de patients dépressifs. J'ai pu me rendre compte des éléments indispensables à identifier, lors d'une première rencontre avec le patient.

L'entretien se déroule sur un mode semi-directif. Le patient est encouragé à prendre la parole, le psychomotricien ne posant des questions que pour rebondir sur les propos de la personne. Cependant il y a tout de même une ligne directrice :

- Repérer les grands axes de l'histoire du patient (Nom, âge, profession, situation conjugale, enfants, parents…) et de l'anamnèse de sa pathologie (connaissance des troubles, le patient à t-il son explication, soutien dont il dispose, comment envisage t'il la suite ? …).

- Observer le comportement du patient (repli sur soi, tristesse, gestes parasites, anxiété), sa façon de parler (mutisme, voix tremblante et à quels moments ?, récit plaqué comme apprit par cœur…) et les réactions émotionnelles (pleurs, rougeurs, qualité de la respiration…).

- Elaborer la demande du patient. Pour cela, il faut qu'il soit en accord avec la technique de soin (ici la relaxation). Il est nécessaire d'établir une sorte de contrat avec le patient, c'est-à-dire constituer une alliance thérapeutique. En somme il faut que le patient souhaite un suivi pour une raison qui lui est propre, il faut qu'il adhère à la proposition qui lui est faite pour qu'il puisse investir d'affects cette expérience nouvelle incluant des aspects émotionnels, imaginaires, symboliques pour entrevoir un nouveau mode de fonctionnement afin, espérons-le, de pouvoir penser et représenter ses symptômes et sa souffrance.

Le psychomotricien participe ponctuellement à une consultation « douleur chronique » mise en place par le médecin chef du service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital. Cet entretien est alors mené par le médecin somaticien et le psychomotricien.

J'ai pu y assister à plusieurs reprises et me rendre compte de la présence régulière d'affects dépressifs chez ses personnes douloureuses souvent depuis plusieurs années. La douleur pouvant masquer une dépression déjà existante ; la grande tristesse pouvant être le résultat de cette douleur non compréhensible par le patient et/ou la médecine générale. Dans ce cadre là, j'ai eu l'occasion de proposer un suivi en psychomotricité en individuel à une patiente douloureuse avec la relaxation comme médiateur.

Cette période d'observation a été très formatrice, car elle m'a permis, suite à mes questionnements, à mes réflexions et aux nombreux échanges avec le personnel soignant et le psychomotricien, d'élaborer une pratique me semblant appropriée à la prise en charge psychomotrice des patients dépressifs hospitalisés dans le service.

Je me suis orienté vers la relaxation, médiateur par rapport auquel je me sentais à l'aise, ayant été particulièrement sensibilisé lors de mes trois années de formation en psychomotricité.

2. En tant qu'intervenant au sein du service

Mon intérêt pour la relaxation va me permettre, avec l'accord des psychiatres, du psychomotricien et de l'ensemble de l'équipe, de proposer un groupe de relaxation. Nous détaillerons plus loin la mise en place de ce groupe.

J'ai pu m'intégrer, en tant que soignant, en participant à des réunions de transmissions en compagnie des psychiatres et de l'équipe soignante avec qui la collaboration a été très enrichissante d'un point de vue clinique et pratique.

Les comptes rendus des séances de psychomotricité ont permis d'apporter une vision spécifique et complémentaire des troubles dépressifs voire une évolution de la prise en charge de certains patients.

Cette expérience m'a permis d'être réellement en interaction avec les patients qui se présentaient à travers leur souffrance, leur difficulté, leur maîtrise ou leur lâcher prise. C'est grâce à la pratique que mes objectifs me sont apparus plus clairs, notamment en ce qui concerne la mise à disposition d'un espace permettant au patient de s'autonomiser, en s'appuyant sur ses ressentis, sur le groupe et sur la relation particulière avec le psychomotricien.

Grâce aux retours des patients et aux conseils du psychomotricien j'ai progressivement adapté mon mode de fonctionnement en étant plus à l'écoute, moins directif et intrusif lors du temps de parole par mes questions.

A partir de là, cette expérience est devenue extrêmement enrichissante pour ma future pratique professionnelle et pour l'élaboration de ce mémoire.

III. Hypothèse de travail

Les problématiques psychocorporelles des sujets dépressifs les inscrivent dans une relation particulière à autrui. Le repli sur soi, l'inhibition et l'humeur triste pouvant être lu comme la résultante d'une faiblesse de l'appareil psychique. La personne ne pouvant pas se représenter une angoisse extrême souvent liée à une situation de perte ou de séparation (actuelle ou passée).

Nous avons vu dans le développement de l'enfant, que c'est grâce à une relation sécure avec une figure d'attachement (Bowlby), lui procurant des soins « suffisamment bon » (Winnicott) que le sujet va pouvoir contenir et transformer ses angoisses dans son appareil psychique (Bion). Une expérience corporelle contenante, un sentiment d'enveloppe fournit à l'enfant une image de son corps unifiée, un narcissisme assez solide pour supporter les expériences de perte et de séparation.

C'est donc par un étayage corporel que le psychisme du sujet se construit. L'enfant va pouvoir investir le monde, se détacher de sa figure parentale pour s'autonomiser.

Cette perspective développementale du sujet nous amène à supposer que la médiation corporelle, en psychomotricité, peut permettre au patient dépressif de faire une expérience suffisamment étayante pour qu'il puisse par la suite gérer l'angoisse qui le submerge.

La relaxation favorise une prise de conscience des sensations corporelles. Le dispositif des séances entraîne l'émergence d'affects et d'émotions ainsi que leur mise en mots. Le psychomotricien étaye l'expression de ces ressentis inscrivant le patient de dans un espace, un temps qui lui permet de reconstruire des processus psychiques plus adaptés.

Il nous semble alors envisageable que le sujet dépressif puisse s'approprier cette expérience renarcissisante ce qui lui permettrait de gérer ses angoisses et de diminuer sa culpabilité.

Ainsi l'élaboration et la mentalisation des sensations vécues au niveau corporel positionneraient le patient sur le chemin de l'autonomisation et des investissements extérieurs.

IV. Un groupe de relaxation pour une mise en relation

1. Cadre et indications. Où, Quand, Qui ?

Le groupe de relaxation que je mets en place au sein du service n'est pas destiné seulement aux patients dépressifs. En effet, les patients hospitalisés pour des troubles anxieux et des troubles de l'adaptation sont également indiqués. Nous nous concentrerons cependant sur les patients dépressifs.

Le groupe est ouvert, c'est-à-dire que les patients qui y participent ne sont pas obligatoirement les mêmes une semaine sur l'autre. Il y a entre trois et cinq participants par séances. Ce mode de fonctionnement m'a été quelque peu imposé par le temps d'hospitalisation des patients qui ne dépasse pas les quatre à cinq semaines. Il est cependant rappelé aux patients l'importance de la régularité de leur participation durant leur hospitalisation.

Les séances ont lieu tous les jeudis matin, de onze heures à midi, dans une salle dédiée à cet effet comportant des tapis au sol, des couvertures et des oreillers.

L'indication est posée par le médecin psychiatre le matin même lors d'une réunion de transmission. L'équipe soignante participe à cette décision. Je rencontre alors les patients dans le service pour me présenter et leur proposer de participer. Les patients ne sont pas dans l'obligation d'accepter. Lorsqu'une personne participe une première fois au groupe elle doit participer la semaine d'après. Ceci n'est pas poser comme une injonction mais cela participe à la mise en place du cadre. Par ailleurs, aucun patient ayant participé une première fois n'a refusé de revenir la semaine suivante. En effet les patients du service sont hospitalisés à leur demande, ils sont donc pour la grande majorité enclin à participer aux différents groupes thérapeutiques.

Je ne rencontre pas les patients dépressifs automatiquement. Certains, dont l'hospitalisation est toute récente, ne sont pas encore disposés à participer à un groupe. C'est notamment le cas lorsque l'hospitalisation intervient à la suite d'une tentative de suicide. Il est alors convenu par le psychiatre un temps d'adaptation au service avant de participer au groupe de relaxation.

2. Déroulement d'une séance. Comment ?

Les séances se déroulent toujours de la même manière dans un cadre spatio-temporel défini. Elles sont composées de trois étapes :

- Un temps de parole initial qui nous permet d'énoncer les règles de fonctionnement du groupe (description du déroulement de la séance, extinction des portables, respect de la parole d'autrui…). Chaque patient est ensuite invité à se présenter brièvement, en décrivant son état du moment et ce qu'il attend de la séance.

- Un temps de relaxation sur les tapis de sol, avec des couvertures et des oreillers à disposition pour qu'ils puissent s'installer en position allongée. Les inductions verbales favorisent la prise de conscience corporelle. Elles sont accompagnées d'un fond musical.

- Un temps de parole final où il est proposé aux patients d'exprimer leurs sensations et éprouvés. Des liens sont possibles entre les ressentis physiques et psychiques. Pour conclure la séance, nous demandons aux patients de nommer la séance ou de donner un titre qui témoignerait de son vécu. Le psychomotricien donne également un titre à la séance pour relever un élément revenant à plusieurs reprises dans le discours des patients.

Il est important de préciser qu'un membre de l'équipe soignante participe au groupe, en tant qu'observateur, pouvant être un infirmier, une aide-soignante ou une stagiaire infirmière. Cette personne, présente au quotidien avec les patients, apporte son regard, sa compréhension des personnes. Nous échangeons toujours en fin de séance, nous permettant d'avoir une idée plus complète de ce qui a pu se jouer pendant la séance. Cela permet également aux patients présents pour la première fois d'avoir un repère connu dans la séance.

3. Le groupe. Pourquoi ?

En psychomotricité, nous considérons la personne comme un être en relation. La dynamique de groupe permet l'observation des interactions entre les patients. Les mécanismes de groupe appuient l'importance « d'autrui » dans le cheminement du patient dépressif.

Lors des différentes séances que j'ai menées, mon observation m'a permis de repérer deux mécanismes récurrents dans le mode de relation du sujet dépressif à autrui.

Le mécanisme d'identification : Le groupe permettrait au patient dépressif de pouvoir comparer et rapprocher ses ressentis à des éprouvés similaires rapportés par d'autres membres du groupe.

Cette phase peut être considérée comme un support étayant. Le sujet peut se sentir compris, écouté, légitimé dans l'éprouvé de sa souffrance, jusqu'alors culpabilisante.

> Madame Gi. évoque dans un premier temps un sentiment de bien-être complet pendant la relaxation. Une autre patiente intervient pour exprimer une sensation *« bizarre »* au niveau du diaphragme, comme une pointe. Madame Gi. revient alors sur ses propos : *« Moi aussi j'ai ressenti ça (la sensation « bizarre »), c'est quand je suis angoissée j'ai comme un étau qui me sert »*. Elle à donc pu, en s'appuyant sur le vécu d'une autre patiente, exprimer son propre ressenti.

Le mécanisme d'individuation : Ce phénomène survient dans un second temps. Il est perceptible à travers d'éventuelles initiatives que peut prendre le patient dans la séance. Le sujet, par ce fait, se différencie et s'autonomise vis-à-vis du reste du groupe. Lors de l'expression de ses ressentis durant la séance, le patient peut se baser non plus sur le vécu d'un autre patient mais se fixe sur son vécu personnel.

> Madame La., pour sa seconde participation au groupe, attrape une couverture dès son arrivée et la pose sur ses jambes. Pendant le temps de relaxation, elle positionne ses bras derrière la tête. Elle nommera la séance *« retour sur soi »* et expliquera que malgré la présence des autres personnes, elle a pu se concentrer sur ses propres ressentis.

L'espace du groupe en relaxation, nous l'avons vu, est un espace transitionnel. Il maintient les individus en même temps confondus mais différents, formant un véritable lieu d'échange entre réalité interne et externe. C'est ce qui permet ce travail d'individualisation.

Le phénomène de régression génère l'apparition d'affects archaïques qui vont pouvoir émerger, puis être contenus et élaborés par le groupe. Celui-ci assure alors une fonction de pare-excitation permettant de rendre pensable les sensations et angoisses vécues.

Kaès[1], considère le groupe comme un « appareil de transformation ». Le groupe possède un appareil psychique qui lui est propre, véritable dispositif pour penser les pensées (Bion).

Le groupe possède donc une fonction maternelle (Winnicott). Le groupe aura de thérapeutique sa capacité à contenir, désintoxiquer et transformer les angoisses qui émergent dans le cadre de la séance.

Sur ce point, il est possible de considérer que le groupe de relaxation assure une fonction de réparation du psychisme décrite par Mélanie Klein lors de la position dépressive.

Si tel est le cas, le patient dépressif pourrait trouver, au sein du groupe de relaxation, les ressources nécessaires pour contenir ses sensations dans son corps, maintenir ses affects dans son psychisme, transformer ses angoisses en réparant un appareil psychique affaibli par sa pathologie.

[1] Reprit par J.B. Chapelier, sous la direction de P.Blossier dans *« Groupes et psychomotricité, le corps en jeu »*, p 51.

4. La relation au psychomotricien

Le psychomotricien s'appuie sur un cadre solide mais non rigide. Il tente d'instaurer un climat de confiance auprès des patients. Les prises en charges sont un lieu de rencontre où la personne est accueillie dans sa globalité et non pas uniquement à travers son symptôme. Le sujet est abordé tel qu'il est sans jugement par rapport à son état actuel et/ou passé.

Une écoute et une présence authentique et empathique sont les meilleurs moyens de créer une alliance thérapeutique qui favorisera le suivi du patient et l'implication des protagonistes.

Le but du psychomotricien, par sa pratique à médiation corporelle, est de proposer des voies facilitatrices qui permettront au patient de trouver les moyens, par lui-même, qui le guideront sur le chemin de l'autonomie. Le patient, accompagné par le psychomotricien, pourra redevenir acteur de sa vie.

La prise de conscience corporelle par la relaxation, apparaît particulièrement intéressante car elle favorise l'expression des éprouvés et des émotions. Cette pratique unifie le vécu des patients et réduit toute forme de clivages.

Nous pensons alors que l'attitude thérapeutique du psychomotricien peut prendre une dimension maternante. La relaxation permet d'opérer un étayage ou une renarcissisation. C'est la fonction maternante du psychomotricien qui permet d'accueillir les éprouvés et les émotions du patient.

Le temps de verbalisation en fin de séance est indispensable, c'est le temps du « dire », qui permet de mettre en sens et de représenter les affects et les ressentis, du temps du « faire » (la relaxation).

Le psychomotricien écoute et observe, les mots et les réactions non verbales des patients qui vont alors faire écho à ses propres représentations. Dès lors, le psychomotricien va transformer dans son psychisme les « dires » du sujet et lui renvoyer un vécu supportable assurant un rôle de « moi-auxiliaire », de pare-excitation du psychisme du patient.

Dans cette optique le psychomotricien est attentif aux mouvements transférentiels. Cela concerne le transfert du patient envers le thérapeute mais également, et c'est ce qui nous intéresse ici, le contre-transfert émotionnel du psychomotricien. Cette notion renvoie à la manière de vivre la relation à l'autre dans son propre corps.

Pour conserver une attitude soignante, il est important que le psychomotricien soit à l'écoute de lui-même, de ses propres réactions émotionnelles afin de repérer ses propres défenses. L'enjeu est d'éviter, par leur reconnaissance, qu'elles n'empiètent dans la relation patient-soignant.

Concrètement, en séance de relaxation, le psychomotricien est à l'écoute de ses propres sensations et affects afin qu'ils n'interfèrent pas dans les inductions verbales et/ou posturales. C'est également le cas pendant le temps de parole où cette écoute personnelle permet de laisser une place à l'expression des ressentis du patient sans qu'il ne se sente jugé, lâché et non soutenu.

V. Difficultés et limites

Nous présentons ici les principales difficultés concernant la mise en place du groupe de relaxation ainsi que les limites de cet outil de soin auprès des patients dépressifs.

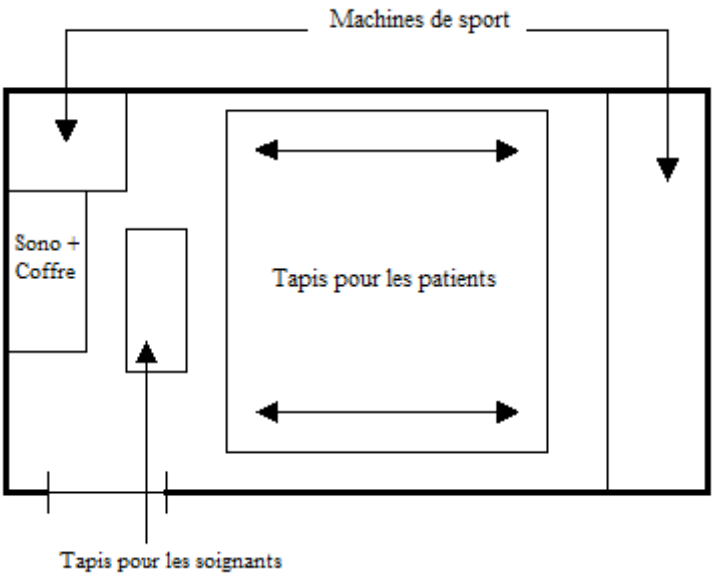
La durée d'hospitalisation, rarement supérieure à un mois, n'a pas permis de rencontrer les patients à plus de quatre reprises. Certains d'entre eux n'ont participé qu'une ou deux fois.

Dans ces conditions, le soin ne peut pas être pensé sur une longue période. Il peut néanmoins entraîner une accroche pour le patient. Une demande de soin spécifique peut émerger et participer à l'effort d'autonomisation du patient.

Monsieur J. est hospitalisé pour un état dépressif et un état de stress post-traumatique. Il participe à une séance de relaxation en groupe. Une telle approche est nouvelle pour lui, qui n'a aucune expérience de relaxation ou de psychomotricité dans son histoire. Lors du temps de parole, il se dit surpris que *« se concentrer sur notre corps nous permettent autant de se recentrer sur soi-même »*. La séance est pour lui source de beaucoup d'émotion liée à l'apparition de l'image de ses filles alors qu'il ne les a pas vues, depuis plusieurs mois. Il nomme la séance *« joie et pleurs »* reliant ce sentiment paradoxal aux naissances de ses filles. La semaine suivante, monsieur J. n'est plus hospitalisé, il ne participe pas à la séance de relaxation. Cependant, avant de quitter le service il demande à son psychiatre s'il est possible qu'il rencontre le psychomotricien du service pour mettre en place un suivi en relaxation en individuel. Un premier entretien est alors planifié.

Une autre difficulté, cette fois plus matérielle, est apparue au fil des séances. Elle concerne l'organisation spatiale de la pièce dans laquelle le groupe de relaxation a lieu.

Cette salle est petite et en longueur. De plus, elle est encombrée de machines de sport que nous plaçons au fond de la pièce. Cette configuration induit à chaque séance une disposition particulière des patients, qui se retrouvent en rang en face du psychomotricien et ne prennent pas la place qu'ils souhaitent dans la pièce. Le temps de parole ne s'effectue pas en rond, ce qui par moment entraîne une succession dans l'ordre des participants. Pour plus de clarté, nous allons rendre compte de la disposition de la pièce à l'aide d'un schéma.



La disposition de la pièce induit des mécanismes de défenses groupaux, avec une difficulté pour les patients dépressifs à prendre la parole. Le fait d'être face au thérapeute peut rendre moins évident les mécanismes d'individuation.

Le discours des patients peut être perçu comme « collé » à celui des autres et chercher l'approbation du psychomotricien. Par moments des confrontations ou des rivalités entre patients peuvent prendre place.

> Monsieur V. participe pour la première fois au groupe de relaxation, madame L. en est à sa troisième participation. Lors du temps de parole, chacun partage ses ressentis avec le reste du groupe, composé de deux autres patients et de deux soignants. Ils monopolisent la parole. Monsieur V évoque une sensation *« bizarre »* dans le bas du dos. Madame L. répond par une sensation *« étrange »* au niveau du cou. Monsieur V. affirme avoir eu l'envie de bouger dans *« tous les sens »* car l'immobilité lui est compliquée. Madame L. répond *« moi aussi, mais j'ai réussi à le gérer et je n'ai pas bougé »*. La surenchère continue pendant quelques instants jusqu'à ce que monsieur V. se lève exprimant sa difficulté pour rester assis sur le tapis, il s'assoit alors sur une chaise qui le positionne plus haut que les membres du groupe. Il viendra se rasseoir sur le tapis lorsqu'un autre patient prendra la parole. Il s'agit de monsieur F. *: « de toute façon chacun ressent des choses différentes, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise sensation, chacun ressent ce qu'il ressent »*. La rivalité entre monsieur V. et madame L. s'estompe.

Par cet exemple, nous percevons la difficulté de proposer un groupe mais aussi sa richesse. Pour les soignants, il n'est pas évident de réagir dans l'immédiateté de la situation, entre le souhait de laisser libre cours à la parole et à l'expression des ressentis et le souhait de maintenir le cadre pour que les patients n'entrent pas dans une confrontation verbale. Dans ce cas, la richesse du groupe réside dans le fait qu'un autre patient a mis des mots sur la situation. C'est lui qui, le temps d'une phrase, a pris une place contenante, pensante afin d'apaiser une situation. Dans le groupe, ce n'est pas seulement le ou les soignants qui accueillent le vécu des patients. Chaque patient peut momentanément prêter à son tour sa capacité de transformation au niveau psychique pour rendre une sensation, un ressenti plus supportable.

Outre ces difficultés rencontrées et les bénéfices observés, nous pouvons dégager et prendre consciences de certaines limites quant à la pratique mise en place. Proposer de la relaxation auprès des patients dépressifs (ainsi qu'aux autres patients) ne constitue pas une solution miracle et magique. Malgré les effets bénéfiques pour certaines personnes, ce n'est pas le cas pour toutes. Chaque patient a un vécu tout à fait singulier en lien avec son histoire, offrant de nombreuses possibilités face aux bénéfices ressentis pouvant être en décalage par rapport à nos attentes de soignant. Il est donc indispensable d'identifier les mécanismes de chaque sujet afin de réfléchir à la pertinence d'un tel dispositif dans son projet de soin.

Chapitre 5 : Dynamique d'un sujet en relation

« Dans les profondeurs de l'hiver, j'ai finalement appris qu'il y avait en moi un été invincible. »
Albert Camus[1]

I. Présentation de la patiente

Madame BL est âgée de 53 ans au moment de son hospitalisation dans le service de psychiatrie de l'hôpital où j'effectue mon stage. Elle y entre le 6 février 2013 et en sort le 16 mars 2013. Elle est mariée, mère de deux filles de 25 et 19 ans. Elle est secrétaire dans l'éducation spécialisée. Madame BL souffre d'un état dépressif majeur récurrent. Son hospitalisation résulte d'un parcours tout à fait singulier.

Dans un premier temps, Madame BL est hospitalisée dans le service de médecine interne pour un bilan suite à des épigastralgies (douleurs au niveau de l'abdomen). Des examens complémentaires au niveau aortique ne révèlent aucune malformation vasculaire. L'état de repli, les insomnies et la tristesse de Madame BL conduisent l'équipe de ce service à demander une consultation avec un médecin psychiatre. De plus, elle ne prend plus son traitement antidépresseur et ne rencontre plus son médecin psychiatre personnel.

[1] Cette métaphore poètique illustre le ressenti de certains patients qui trouvent en eux les moyens leur permettant d'aller mieux et d'améliorer leur état de santé.

Lors de l'entretien psychiatrique, Madame BL fait part au médecin d'idées suicidaires, ce qui motive son hospitalisation dans le service de psychiatrie. Elle donne son accord. Le tableau clinique lors de son admission est une dépression anxieuse, un ralentissement psychomoteur majeur, des troubles de la concentration et la présence de reproches insultantes envers elle-même témoins d'une grande culpabilité.

Madame BL évoque alors des éléments de son histoire. Son état dépressif survient à la suite du décès de ses parents en 1988. Cette année là, elle vit à Tahiti et est enceinte. Elle apprend que sa mère souffre d'un cancer mais elle ne peut pas rentrer en métropole. Elle fait le voyage lorsque sa fille est âgée de 3 mois. Sa mère est alors hospitalisée et décrite comme mourante. Le père de Madame BL décède, à ce moment là, d'un infarctus du myocarde à l'âge de 64 ans.

Quelques semaines plus tard, sa mère meurt à l'âge de 59 ans. Madame BL dit au médecin psychiatre qu'*« elle n'a jamais pu s'en remettre »*.

En 1991, Madame BL fait un accident vasculaire cérébral, dont elle garde une hémiparésie séquellaire minime. Cet évènement aggrave son état dépressif.

Après quelques jours d'hospitalisation, les idées noires de Madame BL persistent. En réunion, l'équipe infirmière rapporte au médecin psychiatre qu'en se réveillant le matin, elle exprime vouloir *« partir d'ici, et pas simplement de l'hôpital, [elle] veut vraiment partir d'ici »*. Nous envisageons de lui proposer de participer au groupe de relaxation. Ce sera l'occasion de lui permettre d'accéder à un temps à part, différent des entretiens avec le psychiatre ou des soins de l'équipe infirmière. Nous ajoutons ainsi un regard spécifique et complémentaire aux troubles de Madame BL. Elle participe également au groupe d'ergothérapie.

A la suite de la réunion, je la rencontre dans sa chambre afin de lui faire part de la possibilité de participer au groupe de relaxation. Elle accepte rapidement en me disant *« pourquoi pas, après tout, je suis là pour tout essayer »*.

C'est dans ces circonstances que Madame BL rejoint le groupe de relaxation, elle participe à 4 séances durant son hospitalisation. Nous verrons la dynamique relationnelle mise en place dans ce dispositif de soin psychomoteur, son évolution au cours des séances jusqu'à la fin de son hospitalisation.

II. Evolution au cours des séances

1. Première séance : Plouf

Madame BL rejoint le groupe de relaxation pour la première fois. Lorsqu'elle arrive dans la salle, elle est vêtue d'un jean trop large, serré par une ceinture d'homme. Elle porte un t-shirt trop grand et une écharpe autour du cou qui cache par moment le bas de son visage. Elle a les cheveux courts et porte des lunettes rectangulaires. Ses yeux sont gonflés et rougis par les pleurs de la matinée.

Madame BL s'assoit lorsqu'elle y est invitée, elle prend alors place sur le tapis le plus proche de la porte d'entrée. Elle replie ses jambes contre sa poitrine et place sa tête entre ses genoux.

Son apparence, sa posture et son attitude lors des premiers instants de la séance témoignent d'un repli sur soi. Elle semble se protéger de l'envahissement de l'extérieur et se place près de la sortie comme pour s'assurer une échappatoire. Cependant, par le simple fait de sa présence, Madame BL signifie son mal-être et son besoin de soutien de la part de l'autre.

Lorsqu'elle se présente au groupe, Madame BL exprime ses difficultés de la matinée se montrant fataliste : *« y a plus de bas que de haut »*. Elle dit aussi qu'elle souhaite quitter le service et retrouver ses proches qui lui manquent. Elle ne précise pas quels sont ces proches (son mari, ses filles ou ses parents décédés ?) et dévie la conversation sur son chat qui est la seule source de détente pour elle, *« les médicaments ça n'a pas d'effet »*. Madame BL, évoque un élément douloureux de sa vie qu'est la crainte de perdre sa famille. Dans cette première séance, elle change de sujet et n'insiste pas, reprenant alors une attitude de repli.

La séance de relaxation peut débuter, elle a pour thème le portage et l'ancrage au sol. Madame BL s'allonge, ferme les yeux et garde ses lunettes. Ses mains viennent se poser sur sa poitrine au niveau du diaphragme, ses jambes extrêmement droites semblent tendues. Elle demande un coussin. Pendant les 25 minutes de la relaxation, elle ne bouge pas un seul instant, attendant qu'une induction le lui permette à la fin.

Lors du temps de parole, Madame BL affirme qu'elle a ressenti l'envie de bouger, que le coussin lui a fait mal au cou et qu'elle n'était pas à l'aise. Nous lui demandons comment elle a géré cette sensation désagréable sans bouger. Sa réponse : *« D'un seul coup j'entendais la voix et pouf »*.

Elle ne peut pas expliquer ce « pouf ». Nous lui proposons l'idée que cette voix apaise la douleur et que lorsqu'elle l'entend, « pouf » la douleur est moins présente. Elle acquiesce.

Madame BL poursuit avec la sensation d'un réveil *« brusque, une stupeur, une petite décharge parce qu'[elle] partait mais c'est plaisant, c'est un état second, [elle] aurait voulu [s]'endormir »*.

Cette prise de parole interroge sur son aspect ambivalent. Métaphoriquement, cela pourrait être un moyen de signifier que le « réveil » brusque, dérangeant est tout de même positif dans un sens parce qu'elle ne serait plus repliée dans son mal-être ; d'un autre côté elle souhaite s'endormir et conforter son attitude qui la protège de l'extérieur.

Son titre de fin de séance est *« plouf »* et rend compte de la sensation de sombrer dans l'eau, de tomber dans un état léthargique. Elle termine en exprimant le souhait que je sois là, le soir à son chevet pour lui proposer une séance de relaxation afin de remplacer les médicaments. Je lui explique que ce n'est pas ma place et que les séances de relaxation ne se déroulent que dans le cadre du groupe. Cette dimension de séduction « hystérique » m'amène à ne pas lui proposer un suivi individuel qui ne pourrait se mettre en place que sur la courte période de son hospitalisation et qui favoriserait la répétition de telles pulsions.

La première séance de psychomotricité de Madame BL est l'occasion pour elle de déposer ses difficultés. Elle se replie dans un premier temps mais se montre en demande relationnelle de soutien. Sa dépendance envers le thérapeute s'exprime à plusieurs niveaux : elle ne s'autorise à bouger que lorsqu'une induction l'y invite ; sa douleur au cou apparait comme une plainte somatique, que le psychomotricien avec sa voix, apaise d'une façon magique (comme lorsque la mère bise son enfant lorsqu'il se fait mal) ; elle exprime la sensation de sombrer afin d'être *« repêchée »* ; et va jusqu'à suggérer la présence du thérapeute dans le lieu intime qu'est sa chambre.

2. Deuxième séance : Pensées

La semaine suivante, pour sa seconde participation au groupe de relaxation, Madame BL est en avance. Elle attend dans le couloir depuis quelques minutes lorsque les autres patients arrivent et que la séance peut débuter. Son apparence est sensiblement la même, elle a tout de même laissé de côté son écharpe, elle ne se « cache » plus. Cette fois, elle se place près de la fenêtre. Elle enlève ses lunettes et les pose sur un coffre derrière moi.

Lors du temps de présentation, elle se montre attentive à ce que disent les autres patients. Elle réagit par des mimiques ou par la parole quelques fois, ce qui n'était pas le cas la fois précédente.

Madame BL se sent triste d'être hospitalisée, mais affirme aller un peu mieux ; son sommeil s'est notamment amélioré, bien qu'elle ne trouve pas l'envie de faire d'autres choses dans sa journée et reste donc dans sa chambre.

Lors de la séance de relaxation, dont le thème est la chaleur, Madame BL place ses bras le long de son corps, la paume des mains vers le tapis. Elle prend à nouveau un coussin. Elle ne bouge pas une seule fois durant le temps de relaxation, et a besoin d'un temps un peu plus long pour se rasseoir à la fin.

Lors du temps de parole, Madame BL commence par dire qu'elle a bien senti les différentes parties de son corps mais enchaine sur le fait qu'elle a eu des *« pensées parasites »*. Encore une fois elle s'est *« raccrochée à la voix »* pour les gérer.

Invitée à expliquer ce que sont ces « pensées parasites », elle n'en dit rien mais les rattache à une sensation corporelle ; une sensation d'angoisse, d'étau, au niveau du diaphragme ainsi que le fait qu'elle n'arrive plus à avaler sa salive. Elle reprend là les paroles d'une autre patiente qui exprime des sensations similaires quelques instants avant.

Par la suite elle compare la séance avec la première en évoquant que malgré les *« petits désagréments »*, elle a mieux réussi à se concentrer sur ses ressentis, lui permettant de ne pas être trop parasitée. Son titre est *« Pensées »*.

Cette deuxième séance témoigne à nouveau de sa dépendance envers l'autre, qui doit prendre soin d'elle, qui doit faire attention à ses lunettes. Madame BL ne s'en cache pas, elle à eu besoin de l'autre pour gérer ses angoisses. Cependant, elle ne parlera pas du contenu de ses pensées, elle marque là une distance avec le thérapeute. Nous choisissons de rebondir en fin de séance sur le fait qu'elle a su gérer ses angoisses seule.

Dans cet environnement, ce cadre contenant, elle commence à s'appuyer sur le discours de l'autre. Elle s'identifie à une autre personne que le thérapeute, ce qui participe à contenir des pensées qui lui sont propres et qu'elle garde closes en elle, comme serrées par un étau.

Nous l'invitons tout de même a exprimer le contenu de ses « pensées parasites » à un soignant de l'équipe ou à son psychiatre. L'idée est qu'elles ne viennent pas se cristaliser corporellement sans passer par une élaboration langagière. Dans les jours qui suivent elle évoquera des éléments de sa vie personnelle, en lien avec la perte de ses parents à son médecin psychiatre.

3. Troisième séance : Stimulant

Pour cette troisième séance, Madame BL a un but bien précis : elle souhaite se concentrer sur ses ressentis pour ne pas être perturbée comme la semaine dernière. Nous notons qu'elle s'inscrit dans une temporalité, qu'une pensée est advenue à propos de ce moment qui lui est proposé.

Madame BL prend une place plus importante dans la séance. Sur les tapis elle se place au centre. Elle s'asseoit en tailleur après m'avoir confié ses lunettes.

La séance s'axe sur la respiration, pour répondre aux sensations de blocage au niveau du diaphragme que Madame BL et d'autres participants ont soulevé la semaine précédente. Madame BL s'installe rapidement, demande un oreiller et une couverture qu'elle place sur ses pieds *« pour ne pas avoir froid comme la dernière fois »*. Lors d'une proposition qui invite les participants à prendre une inspiration profonde et à souffler tranquillement, elle bouge ses épaules et réitère l'expérience à deux reprises.

Le temps de parole est l'occasion pour elle, d'évoquer la reprise prochaine de son activité professionnelle. *« J'ai pensé à mon travail, j'y retourne dans quelques semaines, je suis un peu inquiète mais ça va aller »*.

Nous lui demandons ce qu'elle à ressenti lorsque les pensées autour de son travail sont apparues. Elle nous répond *« J'ai ressenti une boule dans la poitrine, comme un nœud »*. Dans son discours elle différencie cette sensation de ses « pensées parasites » de la semaine dernière. En effet, cette fois elle ne s'est pas sentie perturbée, *« je n'étais plus trop concentrée sur ce que vous disiez mais sur ce qui se passait pour moi, ça fait du bien. »*.

La respiration profonde induite durant la séance lui *« a permis de se ressourcer et de ne pas être débordée »*. Madame BL affiche alors pour la première fois un sourire. Elle demande comment faire partir les nœuds qu'elle ressent dans la poitrine lors des moments d'angoisse. Un dialogue se met en place entre les participants. Madame BL exprime son désaccord avec un autre patient et affirme que selon elle la respiration est importante (l'autre patient pensant qu'il faut *« laisser passer la tempête »*). Elle me questionne alors : *« comment faites-vous pour être toujours aussi calme ? »*, la question lui est retournée (comment ferait-elle ?). Elle utilise alors cette réplique, après un petit moment de réflexion : *« Je ne sais pas mais ici je suis calme »*.

Son dernier mot pour décrire la séance est : *« Stimulant »*. Elle témoigne alors de son envie de revenir la semaine suivante ainsi que de faire d'autres choses dans la journée comme participer au groupe d'ergothérapie.

Nous notons que Madame BL s'inscrit dans une temporalité, elle compare la séance avec les précédentes lorsqu'elle ne souhaite pas que cela se déroule de la même façon pour elle. Elle se projette dans son avenir proche, pense à la reprise de son travail qui l'angoisse légèrement mais d'une manière adaptée à la situation. Elle peut l'exprimer sans que cela ne l'envahisse. De plus, elle prévoit de revenir la semaine suivante.

Lors de sa première participation, le futur de Madame BL se teintait *« d'idées noires »* avec l'envie de *« partir d'ici »*. A présent, son futur s'inscrit bel et bien « ici », elle prévoit de participer au groupe d'ergothérapie et de revenir au groupe de relaxation. Les pensées suicidaires ne sont plus présentes. Son attitude de repli et son visage triste, dissimulé derrière une écharpe, laissent place à un sourire adressé à l'autre.

Sa dépendance envers autrui, envers le psychomotricien se fait moins prégnante. Certes, elle confie ses lunettes, se place au centre des tapis comme si elle souhaitait être au centre de l'attention et affirme que c'est le groupe qui la rend calme. Néanmoins, Madame BL prend ses dispositions lorsqu'elle s'installe, choisit sa place, demande une couverture et surtout elle se permet des ajustements personnels durant la séance. En effet, Madame BL reprend à plusieurs reprise une induction proposée une seule fois et elle le dit elle-même : elle *« s'est concentrée sur ce qui se passait pour elle »*. Nous reprenons ces mots là pour conclure la séance. Madame BL s'individualise du groupe lorsqu'elle affirme son point de vue en ce qui concerne la respiration.

Dans le discours de Madame BL nous remarquons qu'elle utilise inconsciemment des métaphores en lien avec le milieu aquatique. Le *« plouf »* de la première séance, exprimant la sensation de sombrer dans un espace sans fond où rien ne contient des pensées qui la submergent, a disparu. Il est remplacé par un vécu plus contenant où elle ne se sent pas *« débordée »*, l'eau ne l'envahit plus mais la ressource. La source est un point de départ, un nouveau départ *« stimulant »* pour Madame BL.

4. Quatrième séance : Intimité

Nous accueillons Madame BL pour sa dernière séance. Un sourire est présent sur son visage lorsqu'elle rentre dans la salle. Nous remarquons qu'elle s'est maquillée. Madame BL se tient droite et investit l'espace dès son arrivée. Elle va chercher dans le coffre de rangement une couverture et un coussin et en propose aux autres patients. Cette fois, elle prend place près de la porte. Elle enlève ses lunettes mais les garde près d'elle.

Madame BL partage sa satisfaction de quitter le service dans deux jours. Sa famille préparant actuellement un déménagement, elle a hâte de les retrouver et de les aider. Son mari lui a rendu quelques visites pendant son hospitalisation, mais pas ses filles. Elle précise : *« mais cela m'a permis de me concentrer sur moi »*.

Ce jour là, Madame BL est la seule patiente à avoir déjà participé au groupe de psychomotricité. Nous abordons la séance d'une manière très contenante en insistant par nos inductions sur le ressenti du contact des vêtements, de la couverture et du tapis sur la peau. La position de Madame BL est plus relâchée, ses pieds sont ouverts (les flans extérieurs touchent presque le sol), ses bras s'écartent légèrement de son buste et ses paumes de mains s'orientent vers elle (et non plus vers le sol). Elle s'autorise des réajustements posturaux en cours de relaxation.

Le temps de parole est largement investi par Madame BL, c'est l'occasion de faire part, une nouvelle fois, de son appréhension de reprendre le travail, *« mais c'est normal ça fait longtemps »*. Elle pense pouvoir gérer cette situation sans difficulté.

Amenée à revenir sur son vécu corporel, Madame BL évoque une sensation nouvelle pour elle. *« Je ne m'étais jamais autant sentie présente à moi-même »*. La suite de son discours se centre sur une notion du bien-être et de bon moment qu'elle passe durant les séances de relaxation *« bien que ce n'était pas le cas les premières fois »*.

Son dernier titre est *« Intimité »* car, pour elle, la relaxation *« plonge la personne dans ses ressentis profonds, ça permet de se retrouver »*.

Peut-être que le *« plouf »* de la première séance symbolisait, déjà, cette attention tournée vers elle, cette « concentration » sur soi, sur les ressentis et sur les émotions survenant durant les séances.

Madame BL fait preuve d'une autonomie certaine pendant la séance, elle s'approprie le lieu, l'aménage à sa convenance. Elle n'a plus besoin que le psychomotricien veille sur ses lunettes et en extrapolant, qu'il veille sur elle. Elle se sent prête à reprendre le travail, à s'investir dans son déménagement.

Lorsque nous précisons aux patients que le groupe aura lieu la semaine qui suit, Madame BL intervient pour nous dire avec un grand sourire : *« cela sera sans moi, je serai sortie»*.

III. Bilan de fin de suivi

Le parcours de Madame BL comporte de nombreuses particularités. Son hospitalisation intervient après un passage par un service de médecine générale. Les douleurs qu'elle subissait, apparaissent comme des somatisations. Elle lui ont permis d'être prise en charge dans un service où sa dépression n'était pas au premier plan. Toutefois, elle a pu adresser une demande d'aide à un médecin psychiatre en communiquant sa détresse et ses idées suicidaires.

En séance de psychomotricité, Madame BL manifeste quelques douleurs au niveau du cou qui apparaissent ici comme des plaintes somatiques symbolisant sa demande de soulagement envers le thérapeute. Elle s'avère dépendante de cette relation qui lui permet de ne pas *« sombrer »* trop profondément dans les méandres de sa dépression. Elle se place au centre de la pièce, elle confie ses lunettes, et demande à ce que le psychomotricien remplace les médicaments.

Au fil des semaines, le mode relationnel mis en place par Madame BL, se modifie, se transforme. Les onomatopées de la première séance disparaissent, petit à petit, elle met des mots sur ses sensations. Son vécu pendant le temps de relaxation, « le temps du corps », lui permet de se *« ressourcer »*. Ses ressentis corporels s'intègrent dans un contenant qui n'est plus *« débordé »*.

Le temps de parole est alors de plus en plus investi et lui permet de se réinscrire dans une temporalité. Madame BL n'a plus d'idées noires, elle se projette dans un avenir qui redevient possible.

Son attitude de repli laisse place à une posture ouverte sur l'extérieur. Cela se ressent dans le groupe. Madame BL réagit aux propos des autres patients, exprime son opinion tout en acceptant que l'autre ait un vécu différent, des sensations et des émotions différentes.

Le parcours de Madame BL suit bien celui d'une dépendance à une autonomie. La prise de conscience corporelle lui a permis d'investir une image d'elle-même plus solide et capable de contenir ses angoisses. Le cadre du groupe lui a permis de projeter son vécu douloureux et de recevoir en retour « une voix calme » qui apaise.

Madame BL a fait une expérience « suffisamment bonne » la menant à trouver en elle les « ressources » pour investir son environnement et se tourner vers le futur en s'émancipant du lien au thérapeute, du lien à ses proches perdus.

L'hospitalisation de Madame BL lui a été bénéfique. Elle a su trouver des moyens d'expression, en psychomotricité grâce à la relaxation, et en ergothérapie (en usant de médiation telle que la peinture ou le collage) qui lui ont permis de recréer des liens entre ses sensations, ses affects et ses représentations. La relation de confiance mise en place avec l'ensemble du service lui a permis de surmonter cet épisode dépressif plus marqué et de prendre conscience de la nécessité de maintenir un suivi psychiatrique à l'extérieur. La dépression de Madame BL étant présente depuis de nombreuses années le soin proposé répond certes à un instant de « crise » mais intervient surtout comme une « accroche », une mise en lien avec le soin psychiatrique dans sa globalité.

CONCLUSION

Ce mémoire a permis d'identifier que la dépression est une maladie variée, tant dans ses causes que dans ses manifestations cliniques. Elle peut être considérée comme « structurelle » et correspondre à un mode de construction de la personnalité du sujet. Elle peut survenir, également, à la suite d'évènements de la vie mettant à mal l'organisation psychique de la personne.

Dans notre société actuelle, la recherche de performance et le dépassement de soi apparaissent comme des catalyseurs de la dépression. Les personnes peuvent ressentir « des pressions » de plus en plus fortes sur leur lieu de travail ou dans leur vie privée. Leur isolement face à ces situations peut entraîner le repli dépressif et dans le pire des cas le suicide (certains faits divers récents, dans l'industrie téléphonique ou automobile l'illustre) .

L'élaboration de ce mémoire a été l'occasion de m'interroger sur l'intervention spécifique que je pourrais mettre en place à travers ma pratique psychomotrice. Une thérapie à médiation corporelle me paraissait importante en complémentarité des thérapies médicamenteuses et psychothérapeutiques.

La relaxation, en proposant un temps de prise de conscience corporelle et un temps de symbolisation et de parole, m'apparaissait comme une voie d'approche privilégiée pour rencontrer les patients dépressifs en psychomotricité.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai donc pu expérimenter une technique de soin et me l'approprier afin de mettre en place une pratique psychomotrice adaptée aux besoins des patients dépressifs.

La relaxation est apparue intéressante en psychomotricité, par son apport relationnel auprès du patient ainsi que par l'expression des affects qu'elle soutient. D'autres médiations semblent également le permettre et pourraient constituer un autre travail de réflexion et de mise en pratique. Nous pensons par exemple à des ateliers marionnettes, des ateliers terre (argile) et toute médiation qui induit une projection du vécu corporel de la personne sur un support ou un objet concret.

Notre rencontre avec les patients dépressifs nous a conduit à appréhender le soin psychomoteur dans sa qualité de mise en jeu des affects et des émotions dans un rapport de confiance qui permet aux patients de les symboliser. Le patient pouvant alors s'autonomiser et s'individualiser pour réinvestir le monde qui l'entoure.

Cette approche m'a permis, progressivement, d'être à l'écoute et disponible pour accueillir plus sereinement les personnes là où elles en sont tant au niveau corporel, psychique que relationnel. J'ai ainsi pu m'ajuster afin de proposer un espace permettant aux patients de percevoir et de représenter leurs vécus corporels et affectifs.

Nous avons pu illustrer cliniquement l'hypothèse selon laquelle l'apport de la psychomotricité auprès du sujet dépressif permettrait de lui fournir un cadre relationnel favorisant progressivement son autonomisation et ses investissements extérieurs. Dès lors, proposer aux patients un espace-temps particulier permet de réenclencher une dynamique et un étayage permettant que des liens affectifs, émotionnels et relationnels se mettent en place.

Cependant, chaque patient a un vécu singulier et unique de sa maladie, de son histoire. C'est évidemment le cas en relaxation, et les bénéfices que retire chaque patient de ce dispositif sont fluctuants. Il semble important lorsque nous rencontrons une personne en psychomotricité, de lui laisser la place pour qu'elle nous mène là où nous voulons bien la guider. La relation entre le psychomotricien et le patient peut alors prendre toute sa valeur thérapeutique.

Bibliographie

1. **André P., Benavidès Th., Giromini Fr.**, *« Corps et psychiatrie »*, 2e édition révisée, Heures de France, Paris, 2009.

2. **Benacerraf A., Bousser A., Cariel M., Pujade-Renaud C., Reverchon M., de Tiliere C.**, *« L'émergence de la sensation dans la cure de relaxation »*, Revue de médecine psychosomatique, 22, 3, 1980, pp. 299 à 310.

3. **Cady S.**, *« Dépression et psychosomatique »*, dans Jean Marvaud, Relaxation L'Esprit du temps « Psychologie », 1995 pp. 251-258.

4. **Calza A. et Contant M.**, « Psychomotricité », Masson, 3e édition, Paris, 2008.

5. **Carric J.-C.**, *« Education, rééducation & thérapies psychomotrices »*, Vernazobres Grego, Paris, 2001.

6. **Chapelier J.-B.**, *« Les psychothérapies de groupes d'enfants : abord théorico-clinique »*, dans Blossier P., *« Groupes et psychomotricité, le corps en jeu »*, Solal, Marseilles, 2002.

7. **Cyrulnik B.**, *« La naissance du sens »*, Hachette, Paris, 1995.

8. **Cyrulnik B.**, *« Les vilains petits canards »*, Odile Jacob, Paris, 2001.

9. **De Ajuriaguerra J. et Cahen M.**, *« tonus corporel et relation avec autrui, l'expérience tonique au cours de la relaxation »*, dans Joly F. et Labes G., *« Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité »*, Editions du Papyrus, Noisel, 2009.

10. **Durand de Bousingen R.**, *« La relaxation »*, 8e édition corrigée, Presses Universitaires de France, 1987.

11. **Ehrenberg A.**, *« La fatigue d'être soi »*, Editions Odile Jacob, Paris, 1998.

12. **Freud S.**, *« Deuil et Mélancolie »*, Editions Payot et Rivages, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2011.

13. **Fua T.-H.**, *« Relaxation et états-limites ; Vers une théorisation de la relaxation basée sur le Moi-Peau de Didier Anzieu »*, dans Jean Marvaud, Relaxation L'Esprit du temps « Psychologie », 1995 pp. 43-50.

14. **Gogfryd M.**, *« Les maladies mentales de l'adulte »*, Presses Universitaires de France, Paris, 2011.

15. **Golse B.**, sous la direction de, *« Le développement affectif et intellectuel de l'enfant, Compléments sur l'émergence du langage »*, 4e édition, Masson, Issy-les-Moulineaux, 2008.

16. **Gonzalez B.**, *« Se regarder, s'écouter, se comprendre, se rencontrer »*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2008.

17. **Guiose M.**, *« Relaxations thérapeutiques »*, 2e édition revue et augmentée, Heures de France, Paris, 2007.

18. **Klein M.**, *« Deuil et dépression »*, Editions Payot et Rivage, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2004.

19. **Mangattale L.**, *« Une approche psychomotrice auprès du sujet dépressif en relation : de l'écoute de son corps à sa mise en jeu »*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2008.

20. **Marcelli D.**, *« Les états dépressifs à l'adolescence »*, Masson, Paris, 2000.

21. **Marty P.**, *« La psychosomatique de l'adulte »*, Presse universitaire de France, Paris, 2011.

22. **Moreau N.**, *« Etats dépressifs et temporalité »*, Liber, Montréal, 2009.

23. **Moyano O.**, *« La relation psychomotrice, une autre idée du transfert »*, L'information psychiatrique, 70, 8, 1994, pp. 686 à 693.

24. **Nasio J-D.**, *« Mon corps et ses images »*, éditions Payot & Rivages, Paris, 2008.

25. **Pedinielli J.-L. et Bernoussi A.**, *« Les états dépressifs »* 2e édition, Armand Colin, Paris, 2011.

26. **Pireyre E.**, *« Clinique de l'image du corps, du vécu au concept »*, Dunod, Paris, 2011.

27. **Robert-Ouvray S.**, *« Intégration motrice et développement psychique »*, Desclée de Brouwer, Paris, 2010, *« La pathologie de l'étayage »* pp 221-256.

28. **Soulignac A.**, *« Les sens dans la relation »*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2008.

29. **Widlöcher D.**, *« le ralentissement dépressif »*, Presses Universitaires de France, Paris, 1983.

30. **Widlöcher D.**, *« Les logiques de la dépression »*, Nouvelle édition actualisée, Fayard, Paris, 1995.

31. **Winnicott D.W.**, *« La mère suffisamment bonne »*, Editions Payot et Rivage, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2006.