HAL
open science

La relaxation en psychiatrie adulte : quelles spécificités en psychomotricité ?

Diane Motay

To cite this version:

Diane Motay. La relaxation en psychiatrie adulte : quelles spécificités en psychomotricité ?. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01196731

HAL Id: dumas-01196731

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196731v1

Submitted on 10 Sep 2015

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

LA RELAXATION EN PSYCHIATRIE ADULTE

Quelles spécificités en psychomotricité ?

Motay Diane

Née le 01 décembre 1989 à Strasbourg (067)

Nom du directeur de mémoire : Mme Emmanuelle Petiet

Juin 2014

Remerciements

Après avoir emprunté plusieurs chemins, fait les plus belles rencontres, me voici en fin de parcours universitaire.

Je remercie ma directrice de mémoire Emmanuelle Petiet pour toute l'attention qu'elle m'a portée et les précieuses remarques qui m'ont permis d'avancer.

Je remercie mes maîtres de stage Nicole et Hélène, qui m'ont consacré bien plus de temps qu'elles n'avaient à leur disposition pour me transmettre leur pratique, enrichir ma réflexion, et partager des moments plein d'humanité.

Je remercie Katalin et Mathilde, maîtres de stage également, qui ont apporté chacune à leur façon, un soutien qui a beaucoup compté pour moi.

Un grand merci à tous les maîtres de stage des années précédentes, les professeurs, les amis, en particulier Aliénor, Alix, Emeline, et Sarah, sans qui je ne serais pas l'étudiante que je suis aujourd'hui.

Merci à tous ceux qui ont été là, de près ou de loin.

Enfin, une infinie gratitude envers mes parents, Adrienne et Eloi, mes frères, Suneha, Elodie et Madame Labonne, et bien sûr Ajmal.

Avant-propos

Avant même de connaître l'existence de la psychomotricité, j'ai pratiqué la musique, le yoga et le tai-chi. Ces activités m'accompagnent à tour de rôle dans ma vie, et sont pour moi de solides supports. De par mon entourage familial, j'ai été sensibilisé très tôt aux sciences humaines. Plus tard, mon intérêt pour les sciences m'a mené vers la Première Année Commune aux Études de Santé (P.A.C.E.S.), et j'ai pu trouver dans la psychomotricité une véritable voie pour mettre en lien pratiques corporelles et sciences au sens large. Si au moment de la découverte de la psychomotricité (via la préparation au concours d'entrée à l'Institut de Formation en Psychomotricité (I.F.P.) de Bordeaux), la relaxation apparaissait comme une médiation qui me correspondait, elle n'a suscité chez moi qu'un enthousiasme modéré lors de notre sensibilisation à cette médiation en deuxième année. Néanmoins, il m'a paru essentiel de creuser davantage ma réflexion autour de cette médiation, et c'est pour cette raison que je l'ai choisi en atelier optionnel en troisième année.

La psychiatrie a éveillé ma curiosité pour de nombreuses raisons, personnelles et intellectuelles. Lors de ce stage de troisième année en psychiatrie adulte, j'ai pu voir la pratique de la relaxation dans la thérapie psychomotrice, et ce, autant dans le cadre du Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) que dans celui des hospitalisations libres. Mon deuxième stage, en libéral, m'a également permis de proposer cette médiation à des enfants. Je n'imaginais pas rencontrer autant cette médiation ni même en faire mon sujet de mémoire. Je n'imaginais pas trouver autant de possibles dans une proposition de relaxation.

Sommaire

Introduction …….…….5

Chapitre 1 : La relaxation thérapeutique

I- Histoire de la relaxation ……..……. 7

II- Les différents types de relaxation……13

III- Les effets de la relaxation……23

Chapitre 2 : Quelles indications pour la relaxation en psychiatrie adulte ?

I- Les problématiques psycho-corporelles en psychiatrie adulte…….26

II- Les soignants pratiquant la relaxation en psychiatrie adulte……39

III- Les indications pour la relaxation en psychiatrie adulte……..44

Chapitre 3 : Spécificités de la thérapie psychomotrice dans la proposition de relaxation avec le patient en psychiatrie adulte

I- La médiation relaxation en psychomotricité……50

II- Détente, tension, relaxation : le tonus à la base de tout ……56

III- La relaxation dans la pratique psychomotrice……..66

Chapitre 4 : Clinique psychomotrice dans une proposition de relaxation

I- Présentation du terrain de stage……...73

II- Etude de cas : Madame G. ……...78

III- Etude de cas : Madame B. ……...88

Conclusion……95

Bibliographie……... 96

Annexes …..……... 100

Table des matières …… 103

Introduction

La relaxation est une pratique corporelle connue du grand public. Elle est pratiquée dans divers contextes : en théâtre, en ateliers de développement personnel, en institut de beauté, chez le relaxologue etc. La recherche d'un bien-être corporel et psychique est devenue un enjeu commercial dans notre société.

En psychomotricité la question des médiations corporelles se pose régulièrement dans la thérapie, et la relaxation est une médiation bien connue des psychomotriciens. L'ouvrage de Durand de Bousingen, *La relaxation (collection « Que sais-je ? »)*, est une référence lorsque l'on parle de relaxations thérapeutiques[1]. Celui-ci les définit comme suit :

« 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 ».[2]

La relaxation possède des représentations hétérogènes dans la littérature psychomotrice. Le livre de Marc Guiose, *Relaxations thérapeutiques*, traite de la relaxation en psychomotricité : après avoir décrit quelques méthodes, celui-ci apporte l'éclairage psychanalytique nécessaire à cette pratique (transfert, désir et image du corps). D'autre part, la revue *Thérapie Psychomotrice et Recherches* consacre trois numéros entiers sur le sujet alors que *Évolutions psychomotrices* n'en propose qu'un, et en lien avec l'adolescence. Quelle est la spécificité psychomotrice d'une proposition de relaxation thérapeutique ? Se retrouve t- elle alors davantage dans la pratique ? Et quelles seraient alors ses particularités ?

[1] MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, vol. 1, p. 11, L'Esprit Du Temps, 1995
GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, 2eme éd. Revue et augmentée, p. 11 Heures De France, 2007
[2] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, collection «que sais-je ? », p. 4, sixième édition, P.U.F., 1980.

Je suis en stage à la fois en Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) et dans un service d'hospitalisations libres. Ces deux services appartiennent à un même secteur, et sont en interaction constante. Sur ce lieu de stage, plusieurs professionnels pratiquent la relaxation : des psychomotriciens, des psychologues, des infirmiers. Lors des réunions des équipes hospitalières, il peut y avoir trois cas de figure pour l'orientation du patient dans son parcours de soin :

- Il va recevoir plusieurs propositions de relaxation avec différents professionnels,
- Il ne va recevoir qu'une proposition de relaxation avec un seul professionnel,
- Il n'aura aucune proposition de relaxation.

S'interroger sur la pertinence d'une indication en relaxation devient alors une nécessité, et pose la question des spécificités liées aux pratiques soignantes. Il s'agit donc de se questionner sur ce qui diffère dans le soin, lorsque plusieurs professionnels utilisent le même outil : la médiation relaxation.

Après avoir inscrit la relaxation thérapeutique dans un contexte historique, je distinguerai les différents types de relaxation, et leurs effets. Dans un deuxième temps, je décrirai les problématiques psycho-corporelles en psychiatrie adulte, puis le contexte dans lequel les différents professionnels pratiquent la relaxation, et quelles en sont les indications. Dans une troisième partie, je montrerai l'intérêt d'une médiation en psychomotricité, et plus particulièrement la relaxation en psychiatrie adulte. Puis, après avoir vu l'apport des notions théoriques autour du tonus musculaire en psychomotricité, j'expliciterai les grand themes de la psychomotricité travaillés en relaxation. Enfin, le chapitre 4 sera l'occasion pour moi d'illustrer mon propos par la clinique issue de mon stage.

Chapitre 1 : La relaxation thérapeutique

À partir de la définition de Durand de Bousingen, il s'agit de savoir comment les relaxations thérapeutiques se sont développées, et pour quelles raisons la psychomotricité s'y est intéressée ; quelles sont les méthodes phares et qui théorisent cette pratique ; et enfin quels sont les effets de ces relaxations thérapeutiques ? Ces questions permettront de savoir pourquoi les relaxations thérapeutiques sont présentes dans les milieux de soins depuis de nombreuses années et que de plus en plus de professionnels l'utilisent.

Dans ce mémoire, il ne sera question que des relaxations thérapeutiques qui s'adressent aux adultes. Les relaxations pour l'enfant ne sont volontairement pas traitées, car elles ne sont pas en lien avec la pratique que j'ai pu avoir sur mon terrain de stage (psychiatrie adulte).

I. Histoire de la relaxation

1. Un historique, pourquoi ?

Il m'a paru essentiel de débuter ce mémoire par un historique. D'une part pour contextualiser mon propos, et d'autre part, pour mieux comprendre la médiation relaxation en psychomotricité. En effet, comment est-elle apparue dans les théories psychomotrices ? Pourquoi a – t – elle été proposée en psychomotricité ? Comment s'est-elle inscrite en tant que médiation dans la pratique psychomotrice ? Ces questions me sont venues dès le début de mes stages, et ce travail de documentation m'a permis de mieux comprendre ce que je propose aujourd'hui aux patients.

2. Place à l'Histoire…

La recherche d'un mieux-être en passant par la détente s'observe depuis des millénaires à travers le monde. En Occident, il est au moins possible de remonter jusqu'aux bains ou aux sommeils du temple de la Grèce Antique[1]. En Orient, on retrouve les pratiques ancestrales du yoga ou du tai-chi, qui sont désormais bien connues du grand public occidental.

Juste avant la Révolution Française, Mesmer propose des thérapies autour du magnétisme animal. En plaçant des groupes de patients dans un « baquet » contenant de l'eau et des tiges métalliques, les patients, attachés entre eux par des cordes, reçoivent un fluide curateur du magnétiseur qui profère de nombreuses paroles. Bien que cette pratique fût l'objet de nombreuses controverses, Mesmer est considéré comme l'un des précurseurs de l'hypnose[2].

Les pratiques corporelles semblent faire leur apparition dans le traitement de la maladie mentale dès l'époque de Pinel et Esquirol (courant des aliénistes), après la révolution française, dès les prémices de la psychiatrie[3].

Au milieu du XIXème siècle, Braid reprend les travaux de Mesmer pour fonder l'hypnose[4]. Bernheim poursuit ces travaux et théorise la notion de suggestion, qui sera importante en relaxation[5]. C'est lui qui introduira l'hypnose dans les milieux de soins en France en 1882[1]. Deux courants se forment dans l'hypnose, celui de Bernheim et celui de Breuer. Ce dernier pratique l'hypnose pour sa fonction cathartique à travers la « talking cure »[6]. Charcot fera partie de ceux qui s'opposent à la pratique de Bernheim. Il propose une thérapeutique pour les hystériques de conversion à la Salpêtrière dont Freud sera le témoin.

---

[1] MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, volume 1, p.17, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995
[2] http://www.sciencepresse.qc.ca/blogue/2012/01/05/mesmer-magnetisme-animal

[3] BOUTINAUD J., JOLY F., MOYANO O., RODRIGUEZ M., Où en est la psychomotricité ? Etats des lieux et perspectives, Pour une approche psychodynamique, p.37, Editions In Press, 2014
[4] http://www.universalis.fr/encyclopedie/james-braid/

[5] http://www.universalis.fr/encyclopedie/hippolyte-bernheim/

[6] ROUSSILLON R., Du baquet de Mesmer au baquet de Freud, p. 143, Paris, P.U.F.,1992

Après avoir connu successivement Breuer, Charcot et Bernheim, Freud s'éloigne de l'hypnose vers 1892, et théorise les phénomènes de transfert et d'associations libres pour fonder la psychanalyse [1]. Ensuite, la psychanalyse s'élargit en s'intéressant à l'enfant, et Winnicott (1971) amènera avec sa théorie sur la transitionnalité une réflexion importante dans la mise en place des médiations corporelles dans le soin[2].

La relaxation, en tant que pratique thérapeutique, fait son apparition au XXème siècle avec des médecins : Schultz en Allemagne (1932) et Jacobson aux États-Unis (1938)[3]. Cette apparition quasi-simultanée est d'emblée marquée par l'hétérogénéité des origines de ces techniques. En effet Schultz s'inspire du yoga, de l'hypnose (en particulier de la suggestion) et de la psychanalyse pour fonder sa méthode : le « training autogène ». Jacobson, lui, part de ses mesures des tensions musculaires (avec l'électromyogramme), qu'il met en lien avec les états émotionnels pour mettre en place « la relaxation progressive ». Il vante l'absence de suggestion dans sa méthode. Il est admis que la grande majorité des relaxations thérapeutiques qui voient le jour par la suite découle directement de l'une ou l'autre méthode.

L'ouvrage de Schultz est traduit en français en 1958. Dès 1959, on retrouve la relaxation dans la pratique psychomotrice avec l'article « *Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile* » de J. de Ajuriaguerra et G. Bonvalot-Soubiran, publié dans *la Psychiatrie de l'Enfant*. Cet article est considéré comme « le texte inaugural de la psychomotricité » par Fabien Joly[4]. La relaxation apparaît alors comme une évidence pour la « thérapeutique psychomotrice » de l'hôpital Henri Roussel[5]. Ajuriaguerra créera sa propre méthode de relaxation, la rééducation psychotonique, inspirée de Schultz, et qui s'intéresse à

[1] BIOY A., « Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe », *Perspectives Psy*, 2008/2 Vol. 47, p 173
[2] BRUN A.,« Introduction »,*Le Carnet PSY*, p. 24-27, n° 141, 2010
[3] Les dates précisées sont celles des publications des livres de Schultz, « Training Autogène »et de Jacobson « la Relaxation Progressive ». Les dates de conception des méthodes variant d'un auteur à l'autre, nous pouvons situer l'élaboration de celle de Schultz autour de 1908-1912, et celle de Jacobson autour de 1925-1928.
[4] JOLY F., LABES G., Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1, p.17, Paris, Edition Du Papyrus, 2009.
[5] JOLY F., LABES G., Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1, p.67, Paris, Edition Du Papyrus, 2009.

l'apprentissage de l'expérience de la détente[1]. Soubiran, reprendra la méthode d'Ajuriaguerra[2] en créant la relaxation psychosomatique©[3]. Dans cette même période, les méthodes de Sapir, de Klotz, de Jarreau, et Caycedo (sophrologie) pérennisent et diversifient l'apport de Schultz[4]. La relaxation, bien que vite insérée dans la thérapie psychomotrice, n'a donc jamais été le monopole de la psychomotricité.

Comment passe-t-on alors de la relaxation comme une partie de la « technique de leçon-type »[5] de psychomotricité, à une séance de psychomotricité où l'on propose la médiation thérapeutique relaxation ? L'apport des psychanalystes dans les thérapies à médiation corporelle est indéniable, on ne peut faire l'impasse sur les travaux de René Roussillon et ses collaborateurs, héritiers de la théorie Winnicottienne[6]. D'autres professionnels ont également participé à cet essor. En effet, des formations en pédagogie vont permettre l'émergence de rééducateurs en psycho-motricité. Parmi eux, des générations de pédagogues, se revendiquant comme héritiers de Henri Wallon, tels Guilmain, Murcia, Le Camus, Fauché, Aucouturier et Lapierre[7]. Leur apport à la psychomotricité est important, notamment dans les pratiques psychomotrices, que l'on nommera médiations corporelles à partir des années 1990[8]. Denis Grabot, dans son ouvrage *Psychomotricien, émergence et développement d'une profession*, nous apprend que « A. Lapierre a été un des premiers utilisateurs de la relaxation »[9].

---

[1] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, page 47-49, collection «que sais-je ? », sixième édition, Paris P.U.F., 1980
[2] CARRIC J-C., SOUFIR B., Lexique, Pour le Psychomotricien, p.215, Paris, Éditions Robert Atlani, 2014
[3] MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, volume 2, Le Bouscat, L'Esprit Du Temps, 1995. Gisèle Soubiran parle de relaxation « psychomotrice » dans le chapitre « Méthode de relaxation psychomotrice ». Note : la relaxation psychosomatique de Gisèle Soubiran© est proposée par l'ISRP dans le cadre de la formation professionnelle continue.
[4] MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, volume 1, p.18, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995
[5] JOLY F., et LABES G., Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1, p.81, Paris, Edition Du Papyrus, 2009.
[6] BRUN A.,« Introduction »,*Le Carnet PSY*, p. 24-27, n° 141, 2010
[7] GRABOT D., Psychomotricien, émergence et développement d'une profession, chapitres V et VI, Marseille, Solal, 2004
[8] BOUTINAUD J., JOLY F., MOYANO O., RODRIGUEZ M., Où en est la psychomotricité ? Etats des lieux et perspectives, Pour une approche psychodynamique, p.40, Paris, Editions In Press, 2014
[9] GRABOT D., Psychomotricien, émergence et développement d'une profession, page 99, Marseille, Solal, 2004

En 1980, R. Dupont reprend la relaxation dynamique de Feldenkrais et s'inspire de l'eutonie et du tai-chi chuan pour fonder la relaxation dynamique psychomotrice[1].

Aujourd'hui, les étudiants de psychomotricité de l'Université de Bordeaux sont sensibilisés à plusieurs types de relaxation dans le cadre du module consacré aux pratiques psychomotrices. La relaxation est une médiation phare dans la thérapie psychomotrice car sa proposition peut faire sens pour de nombreuses populations de patients. En France, il existe de nombreux organismes permettant la formation non-universitaire de relaxologue. Il est possible d'obtenir le Certificat d'Aptitude de Relaxation Psychomotrice (C.A.R.P.), après une formation proposée par le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens. Sur le plan universitaire, un Diplôme Universitaire de *relaxation psychothérapique* est proposé à l'Université de Limoges, et un autre de *psychosomatique, thérapies de relaxation, et psychothérapies à médiation corporelles*, à l'Université de Montpellier-Nîmes.

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, page 181, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2004

3. En guise de conclusion

Pour conclure, j'aimerais synthétiser les idées importantes de cet historique qui m'ont servi pour ma pratique :

- Il existe deux courants principaux dans les méthodes de relaxation : celles issues de la méthode de Schultz, et celles issues de la méthode de Jacobson. Une certaine attention est portée pour adapter le type de relaxation en fonction des sensibilités des patients. Certains patients par exemple ne seront pas sensibles à la suggestion, il n'est pas intéressant de s'inspirer des méthodes issues de celle de Schultz. À l'inverse, certains patients se sentiront contenus par un certain guidage verbal, et la méthode de Schultz pourra être un outil ;
- La suggestion a des origines communes avec les cures psychanalytiques, ce qui explique le lien historique entre les psychothérapies et les relaxations thérapeutiques ;
- Tout au long de l'histoire des relaxations thérapeutiques, les psychiatres, les psychologues et les psychomotriciens ont inventé des méthodes de relaxations. La relaxation thérapeutique n'appartient pas à un corps de métier plus qu'à un autre ;
- La relaxation est présente dès le départ dans la pratique psychomotrice. Il me semble que la relaxation a une place particulière en tant que médiation en psychomotricité.

Il s'agit maintenant de voir comment différencier les méthodes pour savoir ce que l'on peut proposer aux patients, et trouver celle qui peut leur correspondre, pour tendre vers le soin le plus adapté. De plus, connaître les différentes méthodes de relaxation permet au psychomotricien d'inscrire ces pratiques dans un cadre déontologique, en ne proposant que des relaxations auxquelles il a été formé. La formation didactique, où le psychomotricien a expérimenté lui-même les relaxations avant de les proposer[1], est essentielle afin d'être le plus rigoureux possible dans le soin proposé.

[1] THIVEAUD M., De la formation didactique, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997

II- Les différents types de relaxation

Les méthodes de relaxations thérapeutiques s'étalent sur un large spectre. Elles offrent ainsi au thérapeute l'avantage de trouver une méthode adaptée à chaque patient. Les classifications sont nombreuses, des méthodes peuvent parfois être considérées par certains comme une technique corporelle à part entière, alors que d'autres les placeront dans les méthodes de relaxation. C'est le cas par exemple du toucher thérapeutique, de la sophrologie ou de l'eutonie.

En première année nous sommes initiés à l'eutonie de Gerda Alexander. En deuxième année, un cours pratique de relaxation nous sensibilise à différentes méthodes. À la fin de ce cours, nous devons mener une relaxation à inductions verbales (guided imagery).

Un vocabulaire propre à la relaxation sera utilisé dans ce mémoire. Le terme relaxateur sera utilisé pour nommer celui qui donne la relaxation et relaxé pour celui qui la reçoit. Une séance de relaxation se divise généralement en quatre espace/temps : l'installation, les mobilisations (la relaxation proprement dite), la reprise, la verbalisation (mise en mots des éprouvés)[1].

1. Classification

Kammerer et Durand de Bousingen proposent de classer les relaxations thérapeutiques selon trois grandes catégories[2] :

- « les méthodes neuro-musculaires à point de départ physiologique, inaugurées par le travail du physiologiste Jacobson » ;
- « Les méthodes utilisant l'autohypnose, l'autoconcentration, comme le training autogène » ;
- « Les méthodes de rééducation psychotonique, qui abordent le tonus dans son aspect de dialectique humaine ».

[1] THIVEAUD M., Relaxation Psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherches no111, 1997
[2] DURAND De BOUSINGEN R., KAMMERER T., Psychothérapies de relaxation, Encyclopédies Médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37 820 B10 1967, Paris, éditions techniques, 1967, cité par DUBOIS O., NUSS P., REVEL S., Techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique, Encyclopédies Médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37 870 A10, Paris, Elsevier Masson, 2003.

2. Méthodes neuromusculaires

Ces méthodes partent de la prise de conscience des variations physiologiques pour amener le patient à avoir un meilleur contrôle tonique. L'accès à la détente permettrait, une meilleure gestion des états émotionnels.

a) La relaxation progressive de Jacobson

La relaxation progressive nous vient des États-Unis. Elle est avec le training autogène, une pionnière des relaxations thérapeutiques. Jacobson, physiologiste, part des liens qu'il peut observer entre les états émotionnels et les états de tensions musculaires et met en place une méthode qui vise la réduction des tensions musculaires pour obtenir des états émotionnels plus apaisés. Elle consiste en une série de contractions et de décontractions spécifiques. L'attention portée sur les parties du corps après contraction musculaire permettrait à terme, de mieux gérer ses états de tension. Il revendique le fait de ne pas utiliser de suggestion, et se situe donc à l'opposé de son contemporain Schultz. Il invente l'électroneuromyomètre qui permet de mesurer l'activité musculaire. Il quantifie alors les états de tension et ouvre la voie à de nombreux travaux de recherche[1,2].

b) Biofeedback

Avec l'aide de l'électromyogramme, descendant de l'électroneuromyomètre, le patient va pouvoir observer les variations de tension musculaire et ainsi apprendre progressivement à exercer un rétro-contrôle (biofeedback en anglais) sur ses états de tension. Cette méthode nécessite un certain appareillage. C'est la méthode majoritairement utilisée dans la littérature scientifique anglo-saxonne, pour ses valeurs quantitatives. [3]

---

[1] SAPIR M., Les psychothérapies de relaxation chez l'adulte, Encyclopédies médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37820 B-10, Paris, Éditions techniques, 1974.
[2] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques , p.17, 2eme édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007
[3] http://psychotherapy.com/bio.html

c) La relaxation coréenne

La relaxation coréenne est une technique fondée en Europe par J.B. Rishi, à la suite de nombreux voyages à travers l'Asie[1]. Cette méthode consiste à amener le patient à une relaxation profonde des muscles à travers des mobilisations utilisant des vibrations.

La sensibilisation à cette technique se fait pour les étudiants de l'I.F.P. de Bordeaux sur plusieurs cours du module de relaxation en 2ème année. J'ai eu personnellement l'occasion de l'approfondir lors de l'atelier optionnel que j'ai fait cette année et dans le cadre de mon stage en libéral. Cette technique peut être apparentée à celle de Jacobson car elle n'utilise pas l'induction verbale.

La relaxation coréenne peut être intéressante pour les patients qui ont du mal à faire appel à leur imaginaire ou à se placer dans une position attentive sur leurs ressentis corporels. Elle peut néanmoins tendre à « chosifier », c'est-à-dire placer la personne en tant qu'objet plutôt que sujet, par sa forme particulière de mobilisations. Il est donc important de bien comprendre les manifestations de la pathologie du patient avant de proposer cette relaxation. Il est également nécessaire de veiller à ce que la personne se sente en position de sujet, quelle que soit la mobilisation ou le statut de passivité[2]. Les temps de verbalisation sont alors des moments riches en informations.

[1] http://www.escale-en-harmonie.org/relaxationcoreenne.html
[2] DEFOSSEZ Sylvie, Mise en place d'un projet thérapeutique en relaxation psychomotrice, Thérapie psychomotrice et recherches, no 111, 1997

3. Méthodes utilisant l'autohypnose et l'autoconcentration

Ces méthodes de relaxation amènent le patient, par un état d'autohypnose, à expérimenter la détente musculaire, et progressivement leur apprendre à se détendre seul.

a. Le training autogène de Schultz

Le training autogène peut être considéré en Europe comme la méthode-mère. C'est une forme de psychothérapie et non une physiothérapie[1]. Elle fait appel aux ressources physiologiques, musculaires notamment, d'où le qualificatif « autogène ». Cette relaxation se fait en deux parties : la première avec des exercices de détente (cycle inférieur) et la deuxième est une psychothérapie (cycle supérieur). Les séances du cycle inférieur se composent en six exercices, où différentes parties du corps sont progressivement énumérées, associées à des consignes de détente. Le tout nécessite une certaine assiduité (pratique des exercices chez soi), amenant à un apprentissage, et c'est en cela que Schultz parle de « training » (entraînement en anglais)[2]. Le cycle inférieur est prévu pour une durée de deux à trois mois[3].

Le training autogène fait appel à l'autosuggestion, le patient va devoir se convaincre de deux éprouvés corporels : la chaleur et la pesanteur. Pour Schultz, la pesanteur renvoie à la décontraction musculaire, et la chaleur à la vasodilatation. Ces deux éléments sont des conditions *sine qua non* pour la relaxation selon lui. La méthode va mettre en jeu plusieurs systèmes physiologiques : musculaire, vasculaire, respiratoire, cardiaque, abdominal et céphalique[4].

Schultz porte une attention particulière aux conditions dans lesquelles se déroule la séance, autant dans les postures du relaxé et des vêtements qu'il porte, que dans l'ambiance créée dans la salle. Il reconnait que tout cela est intimement lié à la culture, en opposant ces

---

[1] SAPIR M., Les psychothérapie de relaxation chez l'adulte, Encyclopédies médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37820 B-10, Paris, Éditions Techniques, 1974.
[2] Ibid
[3] SCHULTZ J.H., Le training autogène, p.45, P.U.F, 1ère édition de la collection Quadrige, Paris, 2008
[4] SAPIR M., Les psychothérapie de relaxation chez l'adulte, Encyclopédies médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37820 B-10, Paris, Éditions Techniques, 1974

recommandations d'installation à celles que l'on pourrait retrouver en Inde dans la pratique du yoga[1].

Le training autogène peut se pratiquer en groupe. Geissmann et Durand de Bousingen proposent à des cadres d'entreprises (pour prévenir la fatigue psychique) cinq séances hebdomadaires, puis trois bimensuelles et enfin, une séance dite de rappel trois mois plus tard[2]. Ces médecins montrent par la mise en place de ces séances, les enjeux d'un bien-être psychique et physique dans la société.

b. La relaxation à inductions variables de Sapir

Sapir s'inspire du training autogène, et s'intéresse à la relation soignant-soigné. Les consignes de Schultz, imprégnées d'une certaine autorité se transforment en inductions variables : le relaxé fait le choix d'accepter ou non les suggestions[3]. Celles-ci ne sont plus ritualisées, ni répétitives[4]. La relaxation à inductions variables utilise la parole, le toucher et les silences[5]. Il s'agit de personnaliser la séance en fonction du patient, la notion de relation est alors mise en jeu[6]. De ce point de départ, la relaxation à inductions variables s'intéresse à certains concepts comme le transfert, la régression, la fonction contenante. Cette méthode est ainsi souvent nommée « relaxation de sens psychanalytique »[7]. Cette méthode a également été très étudiée dans son application en groupe, et pour Michel Sapir, il est nécessaire d'être formé à la dynamique de groupe avant de faire ce type de proposition[8].

[1] SCHULTZ J.H., Le training autogène, p.14-15, P.U.F., 1ère édition de la collection Quadrige, Paris, 2008
[2] SCHULTZ J.H., Le training autogène, p.253, P.U.F., 1ère édition de la collection Quadrige, Paris, 2008
[3] MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, volume 1, p.121-130, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995
[4] SAPIR M., Le corps en relation, p13-22, Paris, érès, 2003
[5] MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, volume 1, p.121-130, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995
[6] Ibid.
[7] Ibid.
[8] SAPIR M., Le corps en relation, p13-22, érès, 2003

c. L'induction verbale ou « guided imagery»

Ce sont des méthodes de relaxation qui ont été développées par différents auteurs comme Simonton, Oyle, Carl, Assagioli. Elles s'inspirent entre autres de la théorie jungienne et de l'hypnose[1]. Après avoir installé le patient dans une position confortable, il s'agit d'induire des visualisations faisant appel à l'imaginaire et aux représentations du patient. Ces visualisations peuvent être des images positives ou calmes (paysage, ambiance) ou peuvent faire opérer un choix chez le patient (couleur, souvenir, sentiment). Elles sont très répandues dans les thérapies cognitivo-comportementales pour leurs capacités à modifier un comportement ou un schéma de pensée[2]. Lors de la sensibilisation en deuxième année à l'I.F.P. de Bordeaux, cette méthode est davantage étudiée pour ses capacités à centrer et apaiser le patient, mais également dans le travail proprioceptif que représente l'installation. Les séances sont prévues pour des groupes et nous n'identifions pas de comportement ou de schéma de pensée à modifier.

Les méthodes d'induction verbales sont souvent prévues pour plusieurs séances hebdomadaires, pendant plusieurs mois. Elles durent entre 15 et 30 minutes. La verbalisation à la fin de la séance est un moment très important[3].

L'induction verbale est fortement déconseillée chez les personnes atteintes de schizophrénie[4].

[1] http://acadgi.com/whatisguidedimagery/whatisigi/index.html
[2] Ibid
[3] http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Guided-imagery-therapy.html
[4] ELTON D., BURROWS G.D., STANLEY G.V., Relaxation, the physiotherapist and the psychiatric patient, Australian Journal of Physiotherapy, XXIV, 1978.

4. Méthodes de rééducation psychotonique

Ces méthodes sont développées par des théoriciens de la psychomotricité. Pour les deux premières méthodes, celles d'Ajuriaguerra et de Soubiran, la notion de rééducation est très présente. Il s'agit pour le patient d'apprendre à trouver un juste équilibre tonique dans son interaction avec son environnement. En effet, les interactions accompagnent la personne dans son quotidien et la structurent dans un échange constant avec l'environnement, alimentant sensations, perceptions et représentations. La relaxation dynamique psychomotrice est davantage envisagée comme une thérapie et l'eutonie se veut être un éveil.

a. La rééducation psychotonique d'Ajuriaguerra

Ajuriaguerra revendique la personnalisation de sa méthode en fonction du patient. Cet aspect repose sur un des concepts fondamentaux de la psychomotricité : le dialogue tonico-émotionnel. Il reprend les sensations de chaleur et de pesanteur de Schultz, mais au lieu de suggérer la décontraction musculaire, le patient va devoir prendre une part active en essayant de se détendre lui-même, segment par segment. Ainsi le patient pourra prendre conscience de ses difficultés de relâchement lors des temps de relaxation. Puis, dans un deuxième temps, il pourra les repérer dans des situations quotidiennes. La cure permettra alors un déconditionnement de ces contractions inadaptées. Il est question de travailler le schéma corporel en lien avec l'affectivité. La dimension relationnelle est alors abordée, elle est pour Ajuriaguerra à la source de l'ajustement tonique. C'est pour cela que le thérapeute devra avoir une attitude contenante et rassurante [1].

Les séances demandent un investissement important de la part du patient car elles sont quotidiennes. De cette rencontre régulière va naître une relation, et le thérapeute fournira alors l'étayage nécessaire pour une (re)découverte des mises en jeu tonico-émotionnelles[2].

[1] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, page 47-49, collection «que sais-je ? », sixième édition, Paris, P.U.F., 1980
[2] Ibid.

b. La relaxation selon Soubiran

Dans leur ouvrage « Psychomotricité et relaxation psychosomatique », G.B. Soubiran et J.C. Coste distinguent la relaxation psychomotrice, qui fait partie intégrante de la rééducation psychomotrice (R.P.M.), de la relaxation psychosomatique© qui est une thérapie à part entière. La première s'adresse davantage aux enfants[1] présentant des troubles psychomoteurs, alors que la seconde s'adresse aux adultes. Seule la seconde sera traitée ici car elle est en lien avec la population rencontrée sur mon terrain de stage.

Cette méthode est qualifiée d'activo-passive, c'est-à-dire qu'il va y avoir l'utilisation d'inductions, avec des recherches de sensations de pesanteur et de chaleur, ainsi que des mouvements - effectués par le patient lui-même - permettant des contractions et des relâchements musculaires. Le but étant de trouver un « équilibre tonique optimal ».[2] Il s'agit d'un apprentissage, le patient devra aussi pratiquer la relaxation chez lui.

c. La relaxation dynamique psychomotrice de Dupont

Dupont se base sur la méthode de relaxation de Feldenkrais et du tai-chi chuan. Dans cette méthode, il s'agit d'accéder à une détente par le biais de mouvements proposés par le relaxateur. Le but n'est pas de réduire au maximum la contraction musculaire mais de prendre conscience de toutes les contractions qui existent dans le mouvement. Par les mouvements proposés, le patient va ainsi mettre en jeu des chaînes musculaires et en comprendre les enjeux grâce à la lenteur et la répétition. La respiration est également sollicitée et fait l'objet de plusieurs exercices, afin de permettre une relaxation du diaphragme[3].

---

[1] Les auteurs font particulièrement référence aux travaux de J.BERGÈS et M. BOUNES en relaxation thérapeutique chez l'enfant.
SOUBIRAN G.B., COSTE J.C., Psychomotricité et relaxation psychosomatique, p.199, Paris, DOIN éditeurs, 1975.
[2] SOUBIRAN G.B., COSTE J.C., Psychomotricité et relaxation psychosomatique, p.169, Paris, DOIN éditeurs, 1975.
[3] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 37-58, 2eme édition revue et augmentée, Heures de France, 2007

d. L'eutonie d'Alexander

Cette pratique est souvent considérée comme une méthode de relaxation bien que Gerda Alexander ne la considère pas comme telle[1]. Elle est traitée ici car elle fait partie de la formation à l'I.F.P. de Bordeaux. Elle participe donc au cheminement de l'étudiant en psychomotricité autour de ces pratiques « d'impression [2]», et colore ainsi d'une manière ou d'une autre, sa pratique. Elle a été créée par une professeure de rythmique, afin de faire prendre conscience de ses propres variations toniques.

Elle en donne la définition suivante : « *l'eutonie propose une recherche, adaptée au monde occidental pour aider l'homme de notre temps à atteindre une conscience approfondie de sa propre réalité corporelle et spirituelle dans une véritable unité. Elle l'invite à approfondir cette découverte de lui-même, non en se retirant du monde, mais par un élargissement de sa conscience quotidienne par lequel il libèrera ses forces créatrices, dans un meilleur ajustement à toutes les situations de vie et un enrichissement permanent de sa personnalité et de sa réalité sociale. ».*[3] Cette méthode a inspiré de nombreux contributeurs de la pratique psychomotrice comme Gisèle Soubiran ou Raymond Murcia. La suggestion est présente mais la détente correspond à un état conscient, le but recherché n'est pas une régression proche du sommeil. Ainsi, une des inductions que G. Alexander pouvait répéter était : « ne dormez pas »[4]. Dans la classification, elle pourrait aussi se retrouver dans les méthodes de rééducation psychotonique. Cette pratique s'inscrit davantage dans le développement d'une conscience que dans la résolution d'un symptôme ou d'un conflit, dans un but thérapeutique.[5]

[1] MURCIA R., L'eutonie de Gerda Alexander, revue de Laryngologie, vol 112, no 4, 1991
[2] LE CAMUS J., Pratiques psychomotrices, p. 99, Liège, Margada, 1996
[3] MURCIA R., L'eutonie de Gerda Alexander, revue de Laryngologie, vol 112, no 4, 1991
[4] LE CAMUS J., Pratiques psychomotrices, p. 99, Liège, Margada, 1996
[5] ANDRÉ P., BENAVIDES T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, 2eme édition révisée et augmentée, Paris, Heures de France, 2004

5. Conclusion

Les méthodes précédemment décrites ne constituent pas la liste exhaustive des thérapies de relaxation. De même, la classification présentée peut être envisagée différemment selon les auteurs. Malgré les différences d'approches de ces méthodes, on retrouve la recherche des enjeux de la relation tonique et affective dans chacune d'elles. C'est en ce sens que pour Mado Thiveaud, *« la relaxation psychomotrice n'est pas en soi une technique, qui peut s'apprendre en fonction d'un protocole établi une fois pour toutes, quelles que soient les personnes impliquées (le futur relaxé et le thérapeute en relaxation). La relaxation psychomotrice est avant tout un état d'esprit, une façon d'aborder l'autre »*[1].

Dans les revues professionnelles de psychomotricité, les articles parlent souvent de la méthode de Soubiran. Pour Mado Thiveaud[2], la relaxation psychomotrice va faire « *parler sans détour de soi* », « *renouer avec l'histoire de son corps* », « *prendre conscience de ses manières ''d'être'' et ''de faire''* ». Cette rencontre qui va se créer dans les séances de psychomotricité va permettre au patient de placer son corps dans un temps, un espace, et d'envisager les variations qui pourraient exister selon les contextes.

Dans ce mémoire, il sera uniquement question de la relaxation en psychomotricité dans le cadre de séances individuelles. En effet de nombreuses méthodes peuvent se pratiquer en groupe, et cet aspect donne une dynamique particulière au soin. Les méthodes utilisées en stage varient en fonction du patient, de ses verbalisations, de la relation.

[1] THIVEAUD M., Relaxation Psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherche no111, 1997
[2] Ibid.

III- Les effets de la relaxation

Les différents auteurs ayant créé des relaxations thérapeutiques ont insisté sur le sérieux de leur méthode qu'ils élaborent dans un cadre de soins. Quels sont alors les effets observés ?

1. Effets physiologiques

Schultz affirme avoir un effet physiologique pour chaque type de suggestion. La pesanteur induit l'hypotonie ; et la chaleur, la vasodilatation. Le rythme cardiaque se verra abaissé par le contrôle du cœur. Lorsqu'il évoque le « plexus solaire »[1], c'est pour une action sédative et assoupissante. De même, une respiration plus adaptée se révèlera à travers le contrôle respiratoire. Enfin la fraîcheur du front est pour Schultz un signe d'une activité cardio-respiratoire calme[2]. Quant à Jacobson, c'est bien la physiologie qui intéresse en tout premier l'auteur. Quels sont les mécanismes physiologiques mis en jeu lors de séances de relaxation ?

Dans une situation de relaxation, l'activité du système sympathique décroît au profit du système parasympathique (les deux composantes du système nerveux autonome). Ce dernier est impliqué dans le ralentissement de l'activité viscéral, il est antagoniste du système sympathique, davantage impliqué dans les états d'éveil et de préparation à l'activité physique. Ainsi on pourra retrouver un ralentissement de l'activité cardiaque et respiratoire, une baisse des tensions musculaire et artérielle, et enfin une diminution de la consommation d'oxygène[3]. Des études récentes montreraient que les personnes pratiquant la relaxation voient l'expression des gènes impliqués dans la réponse au stress diminuer[4]. De plus, les réponses au stress tendraient à modifier l'activité des cytokines du système immunitaire[5].

---

[1] Cette zone qu'il place entre le nombril et l'appendice xiphoïde ne possède aucune correspondance anatomique. GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p.14, 2eme édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007

[2] SCHULTZ J.H., Le training autogène, p.20-44, Paris, 1ère édition de la collection Quadrige, P.U.F., 2008

[3] http://www.psychomedia.qc.ca/stress/2008-04-30/quelles-sont-les-reponses-de-l-organisme-au-stress-et-a-la-relaxation

[4] http://www.psychomedia.qc.ca/relaxation/2008-07-07/l-effet-de-la-relaxation-sur-la-physiologie-du-stress-mieux-compris

[5] http://www.healthline.com/natstandardcontent/alt-relaxation-therapy#1

2. Une étude en psychomotricité

Lors des conférences aux Entretiens de Bichat en psychomotricité de 2010, Corraze et Abeilhou présentent une étude[1] pour mesurer les effets de la relaxation en psychomotricité. Les auteurs utilisent le biofeedback. Ainsi, à l'aide d'un capteur placé sur le doigt (mesure de la conductivité de la peau), le patient et le psychomotricien vont voir la capacité à se détendre du patient, et donc l'évolution de son apprentissage au fur et à mesure des séances. Dans un premier temps, le patient sera guidé dans sa séance de relaxation (training autogène ou relaxation progressive), puis devra se détendre seul pendant les séances.

Les enregistrements montrent que lorsque le patient attend des effets lors de la deuxième séance guidée, les résultats peuvent être à l'inverse de la première séance. Les auteurs mettent ces résultats en lien avec une augmentation de la vigilance. De même pour la première séance seul. Dans le cas où la détente n'est pas efficace, les auteurs suggèrent de ne pas insister car la méthode de relaxation ou l'outil de biofeedback peuvent ne pas être pertinents dans la rencontre, ou encore que le patient n'a pas les capacités attentionnelles nécessaires pour ce type de séance. Cet outil permet également de matérialiser l'état de détente du patient, ce qui peut s'avérer utile dans des cas d'anxiété.

Les auteurs concluent alors que le biofeedback peut être un médiateur intéressant dans la pratique psychomotrice, et qu'il peut être utile chez des patients anxieux ou ayant des difficultés attentionnelles.

[1] ABEILHOU P., CORRAZE J., Le biofeedback : une aide technique supplémentaire à la prise en charge psychomotrice, Entretiens de Bichat Psychomotricité, 2010

3. Conclusion

Ce sous-chapitre a montré les différents effets de la relaxation pour l'être humain. Il s'agit maintenant de savoir dans quel cadre ces effets peuvent être recherchés en psychiatrie adulte et si chaque corps de métier aura une spécificité dans sa proposition de relaxation. De même, il serait intéressant de savoir si chaque professionnel possède une réflexion spécifique renvoyant à un référentiel théorique ou un champ de compétences. La question de l'indication est donc posée et fait l'objet du prochain chapitre.

Chapitre 2 : quelles indications pour la relaxation en psychiatrie adulte ?

I- Les problématiques psycho-corporelles en psychiatrie adulte

Dans les pathologies psychiatriques, les mécanismes psychiques sont généralement étudiés à travers la parole. Des problématiques autour de la manière de percevoir le corps (avec son inscription dans la relation) peuvent se révéler chez les patients en psychiatrie adulte. Ce sous-chapitre s'intéresse davantage à la répercussion corporelle d'une sélection de troubles, qu'à la description nosographique de ces derniers. Des vignettes cliniques viendront illustrer quelques pathologies.

1. Névroses

a. Les troubles anxieux

L'anxiété, dans le langage courant, peut apparaître comme un terme large. En effet, il regroupe plusieurs notions qui permettent de distinguer le normal du pathologique.

Le stress est un terme bien connu du grand public. Hans Seyle définit le stress comme « la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite»[1]. C'est un mécanisme d'adaptation et de survie présent chez tous les individus, permettant de faire face à un élément externe[2]. Ce qui provoque le stress se nomme agent stressant. Celui-ci peut être positif ou négatif, plaisant ou déplaisant[3]. À un même agent stressant, deux individus peuvent

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 238, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2004
[2] CARRIC J-C., SOUFIR B., Lexique, Pour le psychomotricien, Paris, éditions Robert Atlani, 2014
[3] Ibid.

réagir différemment[1]. Lorsque l'agent stressant apparaît comme menaçant, la réaction peut être celle de **la peur**[2].

Lorsque les réponses sont excessives par rapport aux dangers éventuels, on parle **d'anxiété ou d'angoisses**[3]. Les troubles anxieux sont les pathologies où l'anxiété est le signe principal. L'anxiété est souvent considérée comme une indication majeure en relaxation[4].

Le stress, la peur, l'angoisse sont intéressants en psychomotricité car ces mécanismes partent d'un élément externe, qui va rencontrer l'individu par la sensorialité et va entrer en résonnance avec son histoire, ses perceptions et ses représentations. L'individu peut alors avoir une réponse motrice ou posturale. Chaque individu peut mettre en place des stratégies utiles pour faire face aux angoisses, et le soulagement de l'angoisse peut devenir source de plaisir. Par exemple, l'identification d'une source de détente peut être recherchée en l'absence d'angoisse, pour le vécu positif qu'un individu en aurait déjà eu. C'est dans ce contexte que la relaxation est devenue un enjeu commercial.

Certaines angoisses se manifestent comme un symptôme associé à un trouble psychiatrique plus large. Eric Pireyre parle d'**angoisses corporelles archaïques** dans le travail de l'image du corps[5]. Pour lui, elles existent à l'état normal chez tous les individus mais peuvent prendre une place importante dans des troubles et deviennent alors pathologiques. Il en existe plusieurs :

- **L'angoisse de morcellement** : dans une absence de représentation unifiée du corps, celui-ci est vécu comme une somme de parties, susceptibles de se détacher. Cette angoisse se retrouve particulièrement dans les psychoses. Cette notion est abordée dans

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 238, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[2] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
[3] Ibid.
[4] ERLICH M., la relaxation, p. 15, sous la direction de MARVAUD J., relaxation : actualité et innovation volume 1, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995
[5] PIREYRE E., Clinique de l'image du corps, p. 141-156, Paris, 2ème édition, Dunod, 2015

la relaxation en psychomotricité car le corps est sollicité tantôt dans ses parties, tantôt dans son ensemble[1] ;

- **L'angoisse d'effondrement** : c'est une angoisse liée à la perception de la pesanteur, la possibilité de voir son corps qui ne tient plus, qui s'effondre. En psychomotricité, cette angoisse est abordée dans la prise de conscience de la colonne vertébrale comme axe du corps[2] ;
- **L'angoisse de dévoration** : c'est l'angoisse d'être assimilé par autrui, par l'environnement. Cette angoisse est récurrente dans les psychoses[3] ;
- **L'angoisse de liquéfaction** : C'est un vécu d'un corps à l'état liquide, qui peut s'écouler. Comme dans l'angoisse d'effondrement et de morcellement, elle évoque la question de la peau en tant qu'enveloppe contenante et unifiante[4].

Les angoisses étant maintenant mieux précisées, voici une description des troubles anxieux :

- **Le trouble anxieux généralisé** : l'état d'anxiété est constant[5]. On retrouve chez le patient une hypertension psychique, une hyperexcitabilité générale, une hypertension musculaire (douleurs, raideurs, contractions spasmodiques) et une hyperréactivité (réaction excessive face à un bruit par exemple)[6]. On va pouvoir observer chez le patient des mouvements involontaires, des réactions de prestance, ou encore des tremblements.

<u>Vignette clinique</u> : Monsieur C. a un trouble anxieux généralisé. Il a 23 ans et donne physiquement l'impression d'être un enfant. Il a une très faible estime de lui-même et malgré son âge, se plie systématiquement aux décisions de son père violent. Lors des séances de relaxation aux hospitalisations en décembre, des percussions osseuses lui sont proposées. Il en

[1] PIREYRE E., Clinique de l'image du corps, p. 141-156, 2ème édition, Dunod,2015
[2] Ibid.
[3] Ibid
[4] Ibid.
[5] http://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/types-de-troubles-anxieux/
[6] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 56-60, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004

donne un ressenti positif même s'il n'y met pas de sens. Il a souvent besoin de faire une activité sportive à la sortie des séances. Il sera à nouveau hospitalisé en mars, mais dit ne pas être prêt à reprendre le travail en psychomotricité, même s'il reconnaît qu'il pourrait en tirer un bénéfice.

- **Le trouble panique** : il se caractérise par la survenue imprévisible d'attaque de panique[1]. L'attaque de panique est une peur arrivant de manière intense et brutale, avec le sentiment de ne pas pouvoir être capable de faire face à la situation[2]. Sur le plan comportemental, on va pouvoir voir une inhibition pouvant aller jusqu'à la sidération, voire une prostration, ou dans l'extrême inverse une grande agitation. Au niveau corporel on peut constater une respiration anormale, voire stoppée, un blocage, des tensions tout le long du système digestif. On peut observer également des tremblements, des vertiges. L'attaque de panique est brève, et peut prendre fin avec la mise en place d'un contexte rassurant[3].

Vignette clinique : Madame F. a 56 ans. Elle souffre de trouble panique et d'une addiction à l'alcool depuis sa rupture avec son compagnon violent. Elle peut se mettre dans un état de sidération lorsqu'elle voit un potentiel danger en conduisant par exemple, elle est dans la crainte permanente de la prochaine attaque de panique. Madame F. vit le moment de relaxation en psychomotricité comme un moment où elle se sent respirer, unifiée, vivante. Après en avoir pris conscience lors des premières séances, la boule qu'elle ressent en continu au niveau de l'abdomen s'efface le temps de la relaxation.

- **Les phobies** : ce sont des peurs intenses et irraisonnées dirigées vers un objet, un animal ou une situation. Les phobies fréquemment rencontrées en psychiatrie sont la phobie sociale, où le patient évite les situations sociales qui lui font peur, et l'agoraphobie, la

[1] http://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/types-de-troubles-anxieux/
[2] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 56-60, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[3] Ibid.

peur de se retrouver dans un lieu qui n'apporte pas de sécurité satisfaisante. Le comportement peut être celui de l'évitement ou comme dans l'attaque de panique aller de l'inhibition/ sidération à l'agitation extrême[1].

<u>Vignette clinique :</u> *Madame S. souffre de phobie sociale. À 38 ans, elle n'a jamais déménagé du domicile familial. Elle dit sentir son corps comme une éponge, se sent submergée par les évènements du quotidien. Elle présente une agressivité passive : elle n'entre pas en conflit, mais agace son entourage, elle ne cherche pas à prendre soin d'elle, de manière à repousser l'autre. Pendant les séances de relaxation, Madame S. verbalise la prise de conscience d'une colère envers elle-même.*

- **Les troubles obsessionnels compulsifs** : les personnes sont envahies par des pensées qui ne les quittent pas et tentent par un comportement de s'en débarrasser. Ce dernier se retrouvant souvent partiellement efficace, il est répété et finit par dicter le quotidien de la personne[2]. L'obsession des microbes, qui oblige à un nettoyage compulsif, est un tableau clinique récurrent. On peut retrouver également des pensées autour de l'ordre et de la précision mais aussi l'écoulement du temps[3].

<u>Vignette clinique</u> *: Monsieur B. a 42 ans et souffre de troubles obsessionnels compulsifs. Il peut passer deux heures à faire son lit à l'hôpital le matin, et s'est endetté à un tel point pour l'achat de produits d'entretiens que sa maison est aujourd'hui menacée d'être vendue. Monsieur B. refuse de se regarder dans le miroir, a des angoisses de liquéfaction, aimerait trouver dans les séances de psychomotricité un moyen pour se sentir contenu. C'est un homme qui peut rapidement prendre du poids ou rapidement en perdre. Il peut être très soucieux de ses tenues vestimentaires ou alors porter des vêtements qui ne sont pas du tout à sa taille. Il a de multiples tatouages. Au fur et à mesure des séances, il prend conscience des zones qu'il investit plus ou*

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 68-73, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[2] Ibid
[3] Ibid.

moins dans son corps. Par exemple, il se rend compte qu'il investit davantage son membre supérieur droit que son membre supérieur gauche.

- **Les états de stress post traumatique** : face à un événement extrêmement traumatisant pour le sujet, de petites stimulations issues de l'environnement vont faire renaître les angoisses vécues lors de l'évènement traumatisant[1]. Ce trouble survient après une phase de latence[2]. Le patient se trouve souvent dans un état d'hypervigilance, envisage difficilement le futur avec parfois des pertes d'intérêt (semblables à une dépression)[3].

Vignette clinique : Monsieur M. fait actuellement des démarches pour être reconnu comme réfugié politique, il a 25 ans. Il a été torturé et a passé plusieurs jours au milieu de cadavres pour pouvoir s'enfuir. Dès qu'il entend un bruit fort ou celui d'un avion ou d'un hélicoptère, il se jette au sol pour se protéger. Dans ses postures Monsieur M. se rassemble souvent et rappelle la prostration, même lorsqu'il se déplace. Au fur et à mesure des séances de relaxations, Monsieur M. se redresse, prend des postures plus ouvertes. A la sortie de l'hospitalisation, Monsieur M. ne se jette plus au sol lors d'un bruit fort.

Le vécu corporel dans les troubles anxieux est celui d'un corps faillible, avec peu d'assurance, et un sentiment de fournir des efforts importants pour un résultat menant inévitablement à l'échec[4]. Ce vécu corporel négatif s'associe à une difficulté à s'affirmer corporellement dans la relation[5]. Avec la relaxation, l'état de tension va dans un premier temps pouvoir diminuer de manière provisoire et apporter un vécu positif du corps pour aller vers une meilleure estime de soi[6].

---

[1] http://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/types-de-troubles-anxieux
[2] http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=2&i=7
[3] SELMI F., Traumatisme infantile et thérapie psychomotrice de relaxation, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 146, 2006
[4] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 56-60, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[5] Ibid.
[6] Ibid.

b. Hystérie de conversion

L'hystérie de conversion peut faire partie des névroses, mais elle est source de débat car elle est également considérée comme un trouble dissociatif[1]. Cette pathologie fait l'objet de connotations dans la population générale, ce qui rend difficile aujourd'hui l'annonce d'un diagnostic d'hystérie[2]. Le patient développe des pathologies somatiques importantes, liées à des troubles laissant penser à une origine neurologique[3]. Le symptôme fonctionnel neurologique n'est pas lié à une lésion, il est qualifié de conversion. Les troubles sont réversibles[4]. La personne hystérique va avoir un vécu imparfait de son corps, et devra alors trouver des moyens pour attirer le regard de l'autre[5].

La relaxation va permettre de « remettre en mouvement ce qui est figé dans le corps » en faisant appel à l'imaginaire, donner un vécu positif du corps et permettre une renarcissisation[6].

Vignette clinique : L'étude de cas de Madame B. traitera de l'hystérie dans le chapitre 4.

c. Les troubles de l'humeur

L'humeur est dépendante des affects. Elle est changeante selon les situations. Lorsque le changement n'est plus possible et que le sujet reste figé dans une humeur, on peut suspecter une pathologie. Seuls les deux troubles de l'humeur les plus fréquents seront traités ici : la dépression et la bipolarité.

[1] http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/la-conversion-hysterique-na-pas-disparu
[2] Ibid.
[3] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 61-67, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[4] http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/la-conversion-hysterique-na-pas-disparu
[5] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 61-67, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[6] Ibid

- **La dépression** : cette pathologie signe un état de tristesse continu, ne permettant plus les alternances de l'humeur[1]. Elle peut être en réaction à un événement douloureux (dépression réactionnelle), ou suite à une accumulation d'expériences vécues de manières négatives (modèle cognitiviste)[2]. Dans les problématiques corporelles, on peut retrouver une diminution ou une augmentation de l'activité, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur, une fatigue. Le corps est dans une passivité et une inertie. L'activité est perçue comme quelque chose de pénible, coûteux[3]. Les séances de relaxation donneront un appui concret au patient pour verbaliser les affects en liens avec les éprouvés corporels[4].

Vignette clinique : l'étude de cas de Mme G. traitera de la dépression dans le chapitre 4.

- **La bipolarité** : dans cette pathologie, le sujet alterne entre des phases dépressives, dont l'expression est similaire à celle d'une dépression, et des phases maniaques. Dans les phases maniaques, on va retrouver à l'inverse de la dépression avec une agitation psychique et motrice, un besoin d'activité, et une exaltation de l'humeur[5]. Dans ces phases, le patient est dans un déni corporel face à l'effort, il est dans la surproduction afin de réduire toute temporalité à de l'action[6].

[1] http://www.etat-depressif.com/depression/definition-differents-types/
[2] Ibid.
[3] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 61-67, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[4] Ibid.
[5] http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=1&i=2
[6] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 85-89, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004

d. Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont des troubles que l'on retrouve fréquemment dans les troubles anxieux et les troubles de l'humeur[1]. Ils peuvent être un signe de la maladie ou alors un effet secondaire au traitement médicamenteux[2]. Les rythmes biologiques sont modifiés. La relaxation fait appel aux niveaux de vigilance, c'est-à-dire, des états objectivement observables (par un encéphalogramme (EEG)) allant du sommeil à l'éveil[3]. La décontraction musculaire en relaxation amène à un état de vigilance proche du sommeil à l'EEG[4]. Ces résultats peuvent se relier à l'activité du système parasympathique[5] lors de la relaxation. Lors de séances de relaxation les patients vont pouvoir prendre conscience de ces états de vigilance : certains vont s'endormir, d'autres se sentiront reposés à la fin de la séance.

Vignette clinique : Madame B., dont l'étude de cas sera décrite au chapitre 4, a du mal à dormir et le traitement médicamenteux ne l'aide pas. A chaque séance elle s'endort en ayant préalablement expérimenté la détente

.

2. Les conduites addictives

a. Prise de toxiques

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S), la dépendance est « *un état psychique, quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des modifications du comportement et d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver des effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise et la frustration. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs*

[1] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf
[2] Ibid
[3] GUIOSE M., Relaxations Thérapeutiques, p.64, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2007
[4] Ibid.
[5] Vu précédemment dans le Chapitre 1, les effets de la relaxation page 24

produits»[1]. Les patients sont alors dans une recherche de sensations corporelles immédiates (agir) pour éviter de passer par l'élaboration psychique (représentation)[2]. Le patient est confronté à une image de son propre corps défaillante, la souffrance psychique est vécue à travers l'éprouvé corporel[3]. Des méthodes de relaxation dynamiques peuvent se trouver efficaces dans ce type de pathologies[4].

b. Troubles du comportement alimentaire

L'anorexie est un comportement addictif qui vise à restreindre l'alimentation dans la peur de prendre du poids[5]. La boulimie correspond à un besoin d'ingérer une quantité importante d'aliments[6]. L'image du corps est alors mise en question, parfois déniée ou cherchant à interpeller. Le toucher peut alors se révéler efficace dans la mise en lien des affects et des représentations[7].

Vignette clinique : Madame Z a 43 ans, elle est hospitalisée pour des troubles anxieux, de nombreuses somatisations et des troubles du comportement alimentaire. Elle est en surpoids. En fin de séance elle peut verbaliser un sentiment de vide, un soulagement d'avoir quitté certaines tensions qui l'envahissent. Lorsque nous lui demandons ce qu'elle fera au sortir de la salle, elle nous répond qu'elle ira prendre un café. Après s'être ''vidée'', Madame Z n'a qu'une envie, se remplir avec une boisson excitante.

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 93-104, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[2] Ibid.
[3] Ibid.
[4] Ibid.
[5] http://www.anorexie-et-boulimie.fr/articles-3-professionnels-de-sante.htm
[6] Ibid.
[7] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 105-112, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004

3. États limites

Dans cette pathologie entre la psychose et la névrose, le patient présente de bonnes habiletés sociales mais s'inscrit dans une grande insécurité et la frustration est difficilement acceptable[1]. Il a une représentation du corps avec de nombreuses angoisses, des tendances à se situer uniquement dans l'agir (avec des prises de toxiques), une relation à l'autre marquée d'une grande dépendance[2]. Dans la proposition de relaxation, la restauration narcissique sera un axe majeur de travail[3].

4. Psychoses

Dans les psychoses, l'intégrité du corps est menacée, les angoisses corporelles archaïques décrites précédemment sont très présentes. Il y a une déconnexion entre le corps et la psyché, il peut y avoir un vécu délirant du corps[4]. La schizophrénie est souvent décrite pour illustrer ces pathologies où les patients sont en rupture avec la réalité[5].

La relaxation fait l'objet de controverses pour cette population. Des aménagements sont possibles et seront traités dans le sous-chapitre III, qui porte sur les indications de la relaxation. Peu de patients psychotiques sont hospitalisés dans le service où j'effectue mon stage. De même, l'indication à la sortie d'hospitalisation, lorsqu'elle nécessite un suivi, va plus souvent dans le sens d'une indication en hôpital de jour qu'en C.M.P.

Vignette clinique : Nous avions vu le cas de Monsieur B. dans le trouble obsessionnel compulsif. Pour l'équipe soignante, en nettoyant sans arrêt sa maison, Monsieur B. projette dans sa maison son espace interne. Celle-ci devient alors le contenant qui pourrait pallier à ses

---

[1] http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Border-Line-ou-etat-limite
[2] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 118-123, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[3] Ibid.
[4] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 126-131, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[5] http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=6&i=17

angoisses de liquéfaction. Ce vécu amène l'équipe à penser à une comorbidité : trouble obsessionnel compulsif et psychose. Un traitement par des neuroleptiques l'apaise partiellement.

5. Maladies Psychosomatiques

Ce sont des expériences émotionnelles qui vont être à l'origine d'une pathologie. Contrairement à l'hystérie de conversion, la lésion est réelle[1]. Des angoisses, la fatigue ou la douleur vont s'exprimer sans élaboration psychique, à travers le corps. Les patients suivis en psychiatrie adulte présentent souvent des maladies psychosomatiques. La relaxation est une indication majeure. Pour Véronique Defiolles-Peltier[2], les sensations de douleurs sont les « *témoins* » d'une souffrance '' psychique'', même si elle ne s'exprime que par une maladie (impossibilité de verbalisations des difficultés psychiques éprouvées). En psychomotricité, localiser la souffrance et la décrire lors des verbalisations est déjà une manière de parler de soi.

Vignette clinique : Madame B., dont l'étude de cas sera présentée au chapitre 4, présente un nombre important de maladies psychosomatiques.

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 146-155, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[2] DEFIOLLES-PELTER V., Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, p.176, Paris, 2ème édition, Editions Vernazobres-Grego, 2010

6. Conclusion

Les pathologies que l'on peut rencontrer en psychiatrie adulte sont très variées. Il est à noter que souvent, plusieurs tableaux cliniques se croisent chez un même patient. Par exemple, une personne présentant des somatisations importantes peut être également anxieuse. De même, une personne dépressive peut avoir des conduites addictives. Nous le verrons dans l'étude de cas de Madame B., dans le chapitre 4.

Les classifications et termes retenus ici ne se veulent ni exhaustifs, ni immuables et peuvent différer d'une nosographie à une autre.

Après avoir vu les enjeux corporels dans le cadre clinique de la psychiatrie adulte, le prochain sous-chapitre traitera des contextes thérapeutiques, une manière différente d'envisager la relation thérapeutique pour plusieurs corps de métiers, par le biais de la relaxation.

II. Les soignants pratiquant la relaxation en psychiatrie adulte

Les institutions sont des lieux où se côtoient de nombreux professionnels. Leurs formations peuvent être très différentes, et pour beaucoup, la question de la médiation peut se poser. Dans le travail institutionnel, et particulièrement dans le cas où l'institution devient un lieu de vie pour le patient, soins et activités occupationnelles rythment le quotidien des patients. La relaxation peut alors avoir été vue pendant la formation initiale des soignants ou non, et fait généralement l'objet d'une formation complémentaire avant que le soignant la propose en institution.

1. Les psychiatres

Si Schultz aurait souhaité que seuls les médecins soient habilités à pratiquer la relaxation[1], il est à noter que la pratique de la psychiatrie d'aujourd'hui n'est pas allée en son sens. Cela se retrouve en France avec la place que la relaxation occupe aujourd'hui dans la littérature psychiatrique. L'encyclopédie médico-chirurgicale de psychiatrie (E.M.C) qui consacrait dès 1967 un article aux psychothérapies de relaxation chez l'adulte, est depuis 2003 réduit à une partie de l'article ''techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique''. Cela s'explique notamment par le fait que la formation pratique (la formation théorique et clinique faisant partie de la formation) à la relaxation, tout comme les psychothérapies, relève d'une démarche personnelle des internes[2].

Pour Kammerer, la relaxation est une forme de psychothérapie alternative à « la pychanalyse, au rêve éveillé, au psychodrame » entre autres. Pour lui, elle possède les atouts d'être plus facile à mettre en œuvre et d'avoir des effets plus rapides.[3]

---

[1] KAMMERER Th., Le training autogène de Schultz, p.VIII, Paris,1ère édition de la collection Quadrige, P.U.F, 2008.
[2] http://www.affep.fr/formation/la-formation-en-psychiatrie/formation-aux-psychotherapies
[3] KAMMERER Th., Le training autogène de Schultz, p.VIII, Paris,1ère édition de la collection Quadrige, P.U.F, 2008.

2. Les psychologues

Certains psychologues pratiquent la relaxation en tant que psychothérapie. Pour Jean Marvaud[1], la relaxation touche à « *des phénomènes archaïques, préverbaux* ». Cela demande de la part du thérapeute une connaissance des étapes du développement, afin de rendre possible une lecture des verbalisations du patient, et ainsi le soutenir et l'étayer dans la mise en sens de ses éprouvés. La relaxation va alors permettre, à partir des éprouvés, un travail d'élaboration et d'appropriation. Pour Olivier Moyano, « *les enveloppes psychiques constituant le contenant psychique ne se mettent en place que si le sujet, par toute la dimension de l'imaginaire, a pu mettre du sens, a pu investir, comprendre, érotiser ces sensations corporelles, ces zones corporelles, les générant. Le ''moi-peau '' constitué des enveloppes psychiques naît de la perception et s'accomplit dans l'élaboration fantasmatique* »[2]. En psychothérapie, passer par le corps va donc amorcer un travail d'élaboration qui peut parfois être très difficile, et particulièrement lorsque les représentations ont du mal à être verbalisées. La relaxation devient alors un moyen pour le patient d'être à l'écoute de lui-même et de pouvoir en dire quelque chose, comme une préparation à la verbalisation d'un récit de vie.

Se pose alors la question de la mise en place de ces séances de relaxation, de la place qu'elles vont occuper par rapport au temps de verbalisation, la parole restant l'outil principal de la psychothérapie. Dans certaines méthodes comme le **training autogène**, la psychothérapie viendra dans un deuxième temps, après plusieurs séances. Dans d'autres, comme la **relaxation à inductions variables**, le travail d'élaboration se fait au fur et à mesure des séances. Pour Michel Erlich, l'aspect psychothérapique prime selon lui dans les relaxations thérapeutiques[3].

---

[1] MARVAUD J, Relaxation, actualité et innovation volume 1, p.8, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995
[2] MOYANO O. cité par BREINER P., Rebond/Psychomotricité et Psychiatrie : regard, mouvement, identité, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997
[3] ERLICH M., la relaxation, p. 15, sous la direction de MARVAUD J., relaxation : actualité et innovation volume 1, L'Esprit du Temps, 1995.

La relaxation est pratiquée par une psychologue au service d'hospitalisations où je suis en stage. La formation en relaxation pour les psychologues se fait dans le cadre de la formation continue.

3. Les infirmiers

La relaxation peut faire l'objet d'une séance individuelle ou groupale, ou bien d'un temps calme dans une activité de groupe. La relaxation a pour but d'amener du confort, réduire l'anxiété et l'agressivité[1].

La capacité à ressentir un vécu corporel positif est travaillée car elle permet au patient de diminuer la mise en jeu excessive des mécanismes de défense, la mise en lumière des affects et ainsi aller vers leur mise en sens[2].

Les infirmiers en psychiatrie sont parfois sensibilisés à la relaxation durant leur formation, et des formations continues leur sont proposées. Sur mon terrain de stage, des infirmiers proposent la relaxation

4. Les kinésithérapeutes

Le rôle du kinésithérapeute en psychiatrie adulte est de permettre, par le biais d'une activité physique de réduire le stress, favoriser le sommeil et diminuer les états de fatigue, ou encore d'améliorer l'humeur[3]. Les objectifs étant ainsi de proposer un soin où peuvent être

[1] AUSTIN W., BOYD M.A., Psychiatric and Mental Health Nursing for Canadian Practice, 2nd edition, U.S.A.,Lippincott Williams & Wilkins, 2008
[2] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 179, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[3] KAUR J., MASAUN M., BHATIA M.S., Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders, Delhi Psychiatry Journal, Vol.12 no 2, 2013

améliorées l'estime de soi, l'humeur, la socialisation et la conscience corporelle[1]. C'est dans ce cadre que la relaxation peut être proposée.

La formation en kinésithérapie ne prévoit pas d'enseignement de la relaxation, elle fait partie de la formation continue pour ceux qui la proposent dans leur pratique. Le kinésithérapeute présent sur le pôle de psychiatrie où je fais mon stage ne propose pas cette médiation.

5. Les ergothérapeutes

C'est une médiation encore peu répandue en ergothérapie. L'ergothérapeute va aider le patient à identifier les ressources qu'il possède pour s'auto-apaiser, et ce qu'il peut mettre en place pour abaisser son niveau de stress ou d'anxiété. Par exemple, trouver une position confortable pour se détendre ou encore quels sont les aménagements possibles dans une pièce pour permettre la détente[2].

La relaxation ne fait pas partie de la formation initiale et relève d'une démarche personnelle. L'ergothérapeute présent sur le pôle de psychiatrie de mon terrain de stage n'utilise pas cette médiation.

[1] KAUR J., MASAUN M., BHATIA M.S., Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders, Delhi Psychiatry Journal, Vol.12 no 2, 2013
[2] http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1327

6. Conclusion

Les différentes approches pour la mise en place d'une proposition de relaxation ont été ici énoncées. Plusieurs corps de métiers du soin voient donc une légitimité relative à leur champ de compétence. Par ailleurs, les différentes approches soignantes ne sont pas imperméables. En effet, il est tout à fait possible qu'un objectif travaillé par un professionnel soit investi lors d'une séance réalisée par un autre professionnel de santé. En effet selon la dynamique du patient, un élément abordé dans un lieu et temps de soin donné, pourra être abordé, voire élaboré pendant une séance de relaxation. Ainsi, le concept de transdisciplinarité est touché du doigt. Celui-ci suggère qu'il existe une vision globale du soin en institution, avec des démarches qui peuvent se faire au-delà du champ d'action généralement conçu pour un professionnel (trans : à travers)[1]. L'équipe pourra décider parfois de n'offrir qu'une seule proposition de relaxation pour un patient. En effet, une sur-stimulation peut s'avérer contre-productive en faisant perdre son sens à la proposition de relaxation. Par exemple, il est possible qu'une proposition de relaxation permette une libération de la parole, même si cette proposition ne se trouve pas dans le cadre d'une psychothérapie. Ainsi, le psychologue de l'institution pourrait ne pas avoir besoin de passer par une étape de relaxation avant de commencer le travail par la parole.

Catherine Potel écrit à ce sujet : « *Le principe de la différence est toujours une richesse, celui de la conformité à un seul modèle et une seule référence de pensée, un appauvrissement* »[2]. Quelle est alors la spécificité de la relaxation en psychomotricité ? Cette question sera traitée dans le chapitre 3.

Maintenant qu'ont été développées les problématiques psycho-corporelles et la manière dont peut être amenée la médiation relaxation en psychiatrie adulte, comment peut alors être envisagée l'indication de relaxation ?

[1] http://ciret-transdisciplinarity.org/transdisciplinarity.php
[2] POTEL C., Corps Brûlant, Corps Adolescent, p.40, Ramonville Saint-Agne, érès, 2006

III. Les indications pour la relaxation en psychiatrie adulte

Pour Durand de Bousingen, « *les méthodes de relaxation trouvent leur utilisation dans la plupart des syndromes de la pathologie où interviennent des modifications du tonus musculaire et les déséquilibres des systèmes de régulation de la tension nerveuse* »[1]. En partant de cette phrase, les indications peuvent être plutôt larges. La relaxation a néanmoins été étudiée dans un certain nombre de pathologies précises.

1. Généralités

a. Indications

Schultz propose plusieurs indications en relaxation : il distingue alors les troubles fonctionnels généraux (troubles de la circulation, cardiaques, respiratoires, dermatologiques, gynécologiques) des troubles neurologiques (anxiété, dépression, phobies, troubles du sommeil, céphalées, toxicomanies, troubles psychomoteurs)[2]. La relaxation dans les psychoses est à proscrire selon lui[3].

Jacobson lui s'intéresse particulièrement aux affects (hyperémotivité, anxiété, obsession) mais Masson montre qu'elle peut aussi être indiquée dans les troubles instrumentaux, les troubles du schéma corporel, troubles du sommeil, et maladies psychosomatiques[4].

On retrouve des indications de relaxation dans trois grands groupes de pathologies : les pathologies neuro-psychiatriques, les pathologies psychosomatiques, et des pathologies relatives à des mécanismes physiologiques.

---

[1] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, collection «que sais-je ? », p. 61, Paris, sixième édition, P.U.F., 1980.
[2] SCHULTZ J.H., Le training autogène, Paris, 1ère édition de la collection Quadrige, p.61-104 Presses Universitaires de France, 2008
[3] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p.14, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2007
[4] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 21, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2007

L'indication majeure pour la relaxation est l'anxiété[1]. On retrouve également les troubles dépressifs, les troubles obsessionnels-compulsifs, les addictions, les troubles du sommeil[2].

Les plaintes somatiques et hypochondriaques sont également des pathologies où la relaxation peut s'avérer efficace[3].

La relaxation peut se retrouver également dans la prise en charge de la douleur, de maladies inflammatoires, céphalées, acouphènes[4]. Ces pathologies associées peuvent plus ou moins souvent se retrouver chez les patients en psychiatrie adulte, même si elles ne sont pas la raison première de leur présence dans les services. Les séances de psychomotricité sont alors un espace et un temps où le patient pourra se centrer sur le vécu douloureux de son corps.

b. Contre-indications

La relaxation fait l'objet de contre-indications. Les méthodes de relaxation peuvent parfois être aménagées de manière à contourner la contre-indication. Quelques vignettes cliniques décriront des cas où la relaxation a pu être proposée malgré la contre-indication.

Elle est tout d'abord contre-indiquée pour toute personne qui ne serait pas en mesure de comprendre les consignes (déficience, autisme, démence…)[5].

L'utilisation des images dans des inductions verbales pourrait favoriser les hallucinations dans la schizophrénie[6]. C'est une contre-indication récurrente dans la littérature mais de nombreux écrits sur la relaxation dans les psychoses peuvent être retrouvés. En effet les

[1] ERLICH M., la relaxation, p. 15, sous la direction de MARVAUD J., relaxation : actualité et innovation volume 1, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995.
[2] Ibid.
[3] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 180, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[4] National Center for Complementary and Alternative Medicine, U.S. Department of Health and Human Services, Relaxation Techniques for Health : an introduction, 2013
[5] ELTON D., BURROWS G.D., STANLEY G.V., Relaxation, the physiotherapist and the psychiatric patient, Australian Journal of Physiotherapy, XXIV, 1978.
[6] Ibid.

composantes d'unité du corps, de travail sur les limites du corps, d'ancrage dans la réalité et d'un corps présent en permanence peuvent trouver une résonnance chez certains patients[1].

Vignette Clinique : *Monsieur V. a 48 ans, il est schizophrène. Sa première décompensation a eu lieu à l'âge de 19 ans et sa dernière hospitalisation remonte à 2009. Il ne peut pas exercer de travail, mais a des journées bien remplies avec les activités du CATTP, du bénévolat, et des entrainements de natation dans le cadre d'une activité de plongée. La natation est une discipline qu'il affectionne particulièrement. Il dit avoir besoin des séances de relaxation « pour mieux respirer », ou encore dit éprouver des « difficultés de coordinations » durant ses entrainements s'il n'est pas venu en séance de psychomotricité. Monsieur V. vit les séances de psychomotricité comme un moment qui lui permet de se sentir unifié, vivant, et en ressent le besoin pour des activités en extérieur. Dans ce cas, la relaxation ne semble pas être une contre-indication pour le suivi de Monsieur V.*

Les personnes souffrant de bipolarité peuvent avoir des difficultés de coopération (particulièrement lors de séances de groupe) et de concentration durant la relaxation[2].

Il faut être prudent lorsque l'on propose une relaxation à des personnes qui ont une tendance à érotiser les relations, notamment dans les cas d'hystérie[3].

Elle peut être contre-indiquée dans des cas d'épilepsie ou de spasmophilie[4].

Elle est contre-indiquée dans le cas de problèmes respiratoires majeurs.

Vignette clinique : Madame Z a 43 ans, elle est hospitalisée pour des troubles anxieux, de nombreuses somatisations et des troubles du comportement alimentaire. Elle est en surpoids et fait des apnées du sommeil dès qu'elle passe en position allongée, elle doit dormir avec un

---

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 180, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[2] Ibid.
[3] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p.58, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2007
[4] Ibid.

appareil respiratoire à pression positive continue. La séance de relaxation est alors aménagée avec une installation dans laquelle elle ne fait pas d'apnée du sommeil tout en étant dans une position confortable.

Il est donc important de connaître les situations qui font l'objet de contre-indications. Des aménagements sont possibles mais il est nécessaire de rester prudent sur ces pratiques exceptionnelles.

2. Spécificités de la psychomotricité en psychiatrie adulte

La relaxation en psychomotricité est indiquée chez l'adulte selon Gisèle Soubiran dans des cas de grandes fatigues physique et psychique, avec irritabilité, difficultés de concentration, ou hypertension liée au surmenage[1].

Pour le psychiatre Alexandre Christodoulou[2], la psychomotricité (quelle que soit la médiation utilisée) peut être prescrite dans tous les troubles qui mettent en évidence :

- « *un désinvestissement du corps, qui est négligé, ralenti dans son fonctionnement* » : troubles du sommeil, troubles du comportement alimentaire, troubles de la libido. Ainsi, l'approche en psychomotricité serait pertinente pour les patients qui souffrent de troubles de l'humeur, qui ont du mal à gérer leurs émotions, et l'anxiété souvent associée ;
- « *une surexploitation du corps* » où l'on peut retrouver l'hyperactivité stérile, les insomnies, les délires congruents de mégalomanie, les troubles de la dynamique du discours (logorrhée, relâchement des associations (« coq à l'âne »)) ;

[1] COSTE J.C., SOUBIRAN G.B., Psychomotricité et Relaxation Psychosomatique, p. 165, Paris, Doin Éditeurs, 1975
[2] CHRISTODOULOU A., Indication et prescription de la psychomotricité en psychiatrie adulte, Évolutions psychomotrices, Vol. 18 no71, 2006

- « *la crainte du regard de l'autre* », caractérisée par les phobies sociales, les angoisses d'abandon, l'impulsivité ;
- « *des repères avec l'environnement flous, une enveloppe défaillante* » : absence de sentiment d'unité physique et corporelle, avec angoisse de morcellement ou de néantisation.

Ces prescriptions reflètent donc les problématiques psycho-corporelles évoquées précédemment. Dans ce sens, Isabelle Caut[1], définit trois objectifs dans la prise en soins psychomotrice en relaxation avec le patient en psychiatrie adulte :

- « *aborder le sujet par le biais du corporel, une médiation par laquelle il lui sera plus facile d'investir un cadre thérapeutique et de parvenir à s'exprimer ;*
- *Aider le sujet à (ré)investir son corps de manière positive ;*
- *Modifier le vécu du malaise physique et d'incommunicabilité qui accompagne la maladie mentale.* »

En prenant donc le corps et ses éprouvés comme point d'appui dans la prise en soin psychomotrice, la relaxation et l'expérience de la détente vont permettre d'aborder un grand nombre de symptômes présents dans les pathologies psychiatriques.

[1] CAUT I., Indication, Demande et Projet, Thérapie Psychomotrice et Recherches, no 121, 2000

3. Conclusion

Il existe différentes raisons pour motiver des séances de relaxation en psychomotricité. Il est important de veiller à considérer le patient dans toutes les composantes de sa vie, à ne pas le réduire à un symptôme, ou un tableau clinique[1]. La prescription est faite par le médecin psychiatre coordonnateur, après une réflexion d'équipe. Elle donne accès à la thérapie psychomotrice, mais ne détermine pas la médiation corporelle qui sera mise à l'œuvre. En effet, même si la réflexion groupale va dans le sens d'une indication en relaxation, seul le bilan psychomoteur et les premières séances[2], détermineront la pertinence de la relaxation en psychomotricité pour le patient[3]. Le psychomotricien peut proposer différentes médiations corporelles. Bien que la relaxation soit souvent considérée comme une médiation de choix avec l'adulte en psychomotricité[4], il est important de ne pas s'enfermer dans un type de pratique, et d'envisager chaque relation thérapeutique de manière singulière.

Il est important de tenir compte dans ce contexte de parcours de soin, de la demande du patient. En effet, celui-ci formule une plainte pour laquelle les équipes tentent d'apporter un soulagement. Le patient peut alors consentir ou non aux propositions de soin. En répondant à la plainte du patient de manière adaptée, celui-ci se retrouve davantage engagé dans le processus de soin et a plus de chance d'adhérer au projet de soins, ce qui peut le rendre plus efficace.

Ce chapitre présentait les tableaux cliniques orientant le patient vers une thérapie de relaxation, et en particulier la relaxation en psychomotricité. Il s'agit maintenant de savoir sur quels concepts psychomoteurs s'appuie la thérapie de relaxation.

---

[1] CARRIC J-C., SOUFIR B., Lexique, Pour le psychomotricien, Paris, éditions Robert Atlani, 2014
[2] La question du bilan sera développée dans le chapitre 4.
[3] DAHAN J., L'expérience du corps et du corps parlé, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 146, 2006
[4] MOYANO O., « L'adulte : corps affect et représentation » sous la direction de CALZA A., CONTANT M., in Abrégés de Psychomotricité, p.235, Issy-les-Moulineaux, 3ème édition, Masson, 2007

Chapitre 3 : Spécificités de thérapie psychomotrice dans la proposition de relaxation avec le patient en psychiatrie adulte

Les précédents chapitres ont montré que la relaxation est une médiation répandue dans la thérapeutique psychiatrique, particulièrement en psychomotricité. Ce chapitre précisera l'intérêt de la médiation en psychomotricité, la manière dont la relaxation se met en place dans la thérapie psychomotrice, puis comment, à partir du tonus musculaire, toute la thérapie psychomotrice va être mise à l'œuvre dans la proposition de relaxation.

I. La médiation relaxation en psychomotricité

1. La médiation en psychomotricité

La médiation est ce qui sert d'intermédiaire, ce qui va être mis entre[1]. En psychomotricité, c'est le support de la relation, ce que le patient et le thérapeute vont créer afin de cheminer ensemble autour d'une problématique[2]. Cela implique un engagement de la part du patient et du psychomotricien. Par l'analyse de l'expression corporelle, il s'agit d'arriver à faire des liens entre les éprouvés corporels et la souffrance[3]. Marc Rodriguez[4] suggère alors « *de considérer la médiation comme un processus qui vise au déploiement de l'activité représentative* ». La proposition d'une médiation de la part du psychomotricien indique une volonté de « vectoriser » le soin autour d'une problématique[5].

[1] www.larousse.fr
[2] POTEL C., Être psychomotricien, p. 365, 2ème édition, Toulouse, érès, 2013
[3] Ibid
[4] BOUTINAUD J., JOLY F., RODRIGUEZ M., MOYANO O., Où en est la psychomotricité ?, p.277, Paris, éditions In Press, 2014
[5] BOUTINAUD J., JOLY F., RODRIGUEZ M., MOYANO O., Où en est la psychomotricité ?, p.41, Paris, éditions In Press, 2014

Pour Catherine Potel[1], les objectifs d'une médiation en psychomotricité sont :

- « de *proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;*
- *de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ;*
- *d'aider à la transformation des éprouvés en représentations* ».

Il s'agit donc de savoir comment s'opère le choix d'une proposition de relaxation en psychomotricité et comment ces objectifs vont pouvoir être travaillés. La médiation va prendre sens pour le patient à travers deux conditions : une proposition de soins pertinente par rapport à la plainte, et un cadre cohérent issu d'une réflexion impliquant le patient et les équipes[2].

2. La médiation relaxation en psychomotricité

Rappelons la définition de 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 ».*[3] Il est possible de dire qu'en psychiatrie adulte, lorsque l'objectif sera d'obtenir la détente pour amener le patient à retisser le lien entre ses états toniques et ses états psychiques, le psychomotricien proposera de la relaxation.

Quand le patient franchit la porte de la salle de psychomotricité, plusieurs éléments se sont déjà mis en place en amont. La demande d'un premier entretien en psychomotricité peut venir du patient ou de l'équipe soignante. Dans le premier cas, il peut en avoir déjà fait l'expérience (lors d'une précédente hospitalisation par exemple) ou en avoir discuté avec d'autres patients.

[1] POTEL C., Être psychomotricien, p. 365, 2ème édition, Toulouse, érès, 2013
[2] Ibid.
[3] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, collection «que sais-je ? », p. 4, sixième édition, Paris, P.U.F., 1980.

Il a alors formulé une demande auprès de l'équipe soignante, et après réflexion, la prescription médicale lui a été faite. Dans le deuxième cas, c'est un professionnel qui, après avoir émis l'hypothèse d'une problématique psychomotrice, fait part de sa réflexion à l'équipe soignante, qui aboutit à une prescription médicale. Le patient décide alors ou non d'accepter la rencontre. Ce dernier vient dans tous les cas avec des représentations, qui sous-tendent une demande, formulée ou non. Le psychomotricien, à travers le bilan[1], va proposer un soin en adéquation avec ses observations (discours du patient, observations lors des épreuves) et la plainte du patient, et tenter d'apporter des éléments constructifs dans le soin global prévu pour le patient au sein de l'institution. C'est le **projet thérapeutique**[2]. Les représentations de la future rencontre, qu'ont le patient, le psychomotricien et l'institution, apportent déjà les fondations du cadre dans la thérapie psychomotrice. On comprend que dans ce sens, chaque rencontre en psychomotricité sera unique.

Catherine Potel définit le cadre comme ce qui « *contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* »[3]. Il est important pour le psychomotricien de pouvoir identifier au maximum les composantes du cadre spécifique à chaque prise en soins. Pour Mado Thiveaud[4], « *la cohérence du cadre en général est l'élément indispensable à la bonne évolution du patient. Ce dernier y trouvera toute la permanence et la sécurité dont il a besoin pour évoluer dans un sens positif* ». Définir la relaxation en psychomotricité revient à donner les invariants du cadre dans ce type de médiation, la base du travail sur laquelle va se tisser la relation.

Le patient et le psychomotricien vont convenir d'un lieu et d'un moment pour les séances de relaxation. Sur mon terrain de stage, la plupart des séances s'effectuent dans la salle de psychomotricité (quelques-unes, rares exceptions, se déroulent dans les chambres des patients),

[1] La question du bilan en psychiatrie adulte sera davantage étudiée dans le chapitre 4.
[2] CAUT I., Du projet thérapeutique à la pratique en la relaxation psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 146, 2006
[3] POTEL C., Être psychomotricien, p. 321, 2ème édition, Toulouse, érès, 2013
[4] THIVEAUD M., Relaxation Psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997

à un rythme d'une séance par semaine. Une fois définis, les lieux et horaires ne changent plus. De même la durée des séances, qui peut varier d'un patient à un autre, ne change pas, à moins qu'un aménagement soit estimé nécessaire.

Les séances de relaxation psychomotrice se divisent en cinq parties : l'installation, les mobilisations, l'approfondissement, la reprise et la verbalisation. **L'installation** représente le moment où le patient va prendre une position confortable, en général allongée (parfois assise). Il est possible de proposer des aménagements qui favoriseront la détente : fermer les yeux, prendre des coussins, des couvertures, quelque chose pour rehausser les genoux en cas de douleurs lombaires[1]. Le patient peut ainsi apprécier l'état tonique dans lequel il est, et sa relation à l'environnement (appuis au sol par exemple). L'installation est accompagnée par les inductions du psychomotricien. Ce dernier soutient le patient dans sa recherche. Cette démarche est donc active et bienveillante[2]. L'étape de **mobilisations** va impliquer ou non le toucher (on parle parfois d'étape de concentration). Elle permet le travail sur le tonus musculaire. La détente va être induite : le patient va être dans une attitude d'écoute sur ses propres ressentis. Les ressentis sont ceux d'un corps en vie, dont le cœur bat, qui respire, qui a chaud ou froid, dont la peau est en contact avec le matelas ou non. Chaque segment corporel va être dans un état de tension, de contraction ou de relâchement. Le patient pourra alors, d'une séance à une autre, apprécier les changements d'états toniques[3]. Une fois l'état de détente atteint (relatif à l'état de tension du patient à son arrivée dans la salle de psychomotricité), il est possible de donner un temps au patient pour qu'il s'imprègne du vécu de la séance, en restant dans la proposition d'installation, sans communiquer avec le psychomotricien. C'est le temps d'**approfondissement**. Il n'est pas forcément réalisable dans les premières séances. Il demande d'être face à une solitude relative[4]. Dans ces trois premières étapes, le psychomotricien a pu

[1] DAHAN J., THOMAS Y., Pour une relaxation psychomotrice !, Évolutions Psychomotrices no 10, 1991
[2] SOULIGNAC-MORENO H., L'approche de l'autre, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997
[3] DAHAN J., THOMAS Y., Pour une relaxation psychomotrice !, Évolutions Psychomotrices no 10, 1991
[4] AGOSTINI D., « Les concepts de « capacité d'être seul » (D. W. Winnicott) et de « se sentir seul » (M. Klein) », *Adolescence* 1/2005, nº 51

observer des modifications de l'état tonique du patient, et particulièrement si les mobilisations impliquent le toucher. Dans la dernière étape, la **verbalisation**, il est question de partager les ressentis pendant la séance avec le psychomotricien. C'est à ce moment-là, que le patient va pouvoir faire des liens entre ses ressentis et la plainte qu'il a formulée. Pour Sylvie Defossez, le rôle du psychomotricien « *n'est pas de travailler sur le discours, mais de permettre qu'il se mette en place. Il naît d'un éprouvé et il en est la ponctuation, la définition. Ainsi le ressenti est mis en mots, reconnu, propre à soi. Les verbalisations sont parfois similaires ou différentes, venant […] renforcer cette notion d'individualité : être semblable et être différent* »[1]. Cette citation place donc le psychomotricien comme la personne qui va être un support dans le sentiment d'identité de la personne et donc son sentiment continu d'exister. En effet, le patient va pouvoir formuler quelque chose qui vient de lui, de ses ressentis, et donc expérimenter sa singularité. Tout cela, car le temps de la séance de psychomotricité est prévu pour ce genre d'expériences. Cela fait écho aux travaux de Bion, où telle la figure maternelle soutenant le bébé dans son accès à la pensée, le psychomotricien va soutenir le patient dans son élaboration en transformant par le biais de la **fonction α** (bain de paroles et donc de représentations), les ressentis en quelque chose de représenté, **éléments β**[2]. La mise en place de représentations va ainsi soutenir une expressivité propre, basée sur le vécu corporel[3]. Par ce mécanisme signant l'individuation, le corps est donc le support de l'identité du sujet. Nous nous retrouvons donc bien dans le « *déploiement de l'activité représentative* » via la médiation, dont nous parlions précédemment.

Le cadre, avec toutes ces composantes, confère à la séance de psychomotricité une **fonction contenante**. Pour Françoise Treussard[4], « *la fonction contenante dans le cadre de la relaxation psychomotrice s'exerce au travers de l'expérience tactile, dans la mobilisation et la prise de*

[1] DEFOSSEZ S., Mise en place d'un projet thérapeutique en relaxation psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997
[2] http://www.universalis.fr/encyclopedie/wilfred-r-bion/
[3] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 191, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[4] TREUSSARD F., « La parole empêchée ? », Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997

conscience des points d'appui qui permet la perception d'une continuité au niveau de l'enveloppe corporelle. Elle s'exerce au travers de la parole, [celle du psychomotricien] qui vient soutenir le projet d'installation et de mobilisation, celle du sujet aussi». Elle rappelle ainsi les travaux de Didier Anzieu et les fonctions du **Moi-Peau** [1]:

- « *Maintenance et contenance du psychisme ;*
- *pare-excitation du monde extérieur et intérieur (de même que la peau joue un rôle de filtre) »*. Dans le cas où le bébé ne reçoit pas l'apaisement qu'il recherche de la part de son entourage, suite aux stimulations externes, l'augmentation du tonus est importante, et l'alternance hypertonie et hypotonie n'est plus possible. La fonction tonique ne peut plus assurer son rôle de pare-excitateur. Suzanne Robert-Ouvray dit alors que l'enveloppe tonique se transforme en paroi tonique[2]. Cette notion pare-excitatrice entre alors en résonnance avec la ''mémoire du corps'', qui sont les souvenirs des états toniques, « *toile de fond historique du corps* »[3]. Cet ensemble se retrouve chez l'adulte en relaxation ;
- *« individuation ;*
- *inscription des traces sensorielles*. » Elle décrit les traces comme ce qui va faire écho avec un vécu archaïque, qu'il est difficile de verbaliser, lors des séances de relaxation.

Le cadre de la pratique de la relaxation en psychomotricité étant posé, il est maintenant possible de s'intéresser en détail aux concepts théoriques qui vont venir soutenir chaque prise en soins.

L'annexe 1 (page 100) reprend les étapes décrites dans ce paragraphe.

[1] TREUSSARD F., « La parole empêchée ? », Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997
[2] FEAT V., « Histoire de Juliana », A propos des enveloppes psychocorporelles, Thérapie psychomotrice et Recherches no 146, 2006
[3] POTEL C., Être psychomotricien, p. 118, 2ème édition, Toulouse, érès, 2013

II. Détente, tension, relaxation : le tonus à la base de tout

1. Les bases physiologiques du tonus musculaire

a. Le tonus musculaire

Le physiologiste Müller définit en 1840 le tonus musculaire comme « *la tension légère à laquelle se trouve normalement soumis tout muscle squelettique à l'état de repos et qui disparaît après section du nerf moteur* »[1]. Ce concept renvoie à l'action volontaire des muscles, la quasi-totalité des muscles squelettiques étant sous le contrôle du système nerveux somatique. En effet, il existe un tonus des muscles lisses, lié au système nerveux autonome[2]. Leurs contractions rythmées sont peu différenciées et font appel aux « gap junctions » pour communiquer l'état de contraction d'une fibre musculaire lisse à l'autre[3]. Ce mécanisme s'observe avec le péristaltisme par exemple[4]. En psychomotricité, lorsque le terme de tonus est utilisé, il renvoie à l'état de contraction des muscles squelettiques.

Le tonus a plusieurs fonctions, et chacune d'entre elles fait appel à un type de tonicité[5] :

- une fonction de **contenance**, grâce à la proprioception (qui sera développée plus tard). Cette fonction est maintenue par le **tonus de fond** (ou de repos) qui est le tonus de base, la légère tension présente en permanence. C'est le tonus recherché lorsque la détente est induite ;
- une fonction **posturale**, anti-gravitaire, notamment dans l'équilibre. Le **tonus postural** est celui qui permet le maintien des postures. En action, il permet l'orientation dans l'espace. Le rapport à l'environnement est important. Pour Wallon, le moment, et l'émotion qui y est associée, conditionnent le tonus postural ;

[1] PAILLARD J., Tonus, posture et mouvement, in KAYSER C., Physiologie, Tome III, 3eme édition, Paris, Flammarion, 1976
[2] http://www.institut-myologie.org/ewb_pages/d/differents_types_muscles_3440.php
[3] http://www.institut-myologie.org/ewb_pages/d/differents_types_muscles_3440.php
[4] Ibid.
[5] ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., Le tonus et la tonicité, p.154-157, sous la direction de ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, Paris, De Boeck-Solal, 2012

- une fonction **relationnelle** : c'est le premier mode de communication dans le développement. Le **tonus d'action** est à la base de toute la motricité globale, les coordinations, la locomotion et le langage.

Maintenant qu'a été introduit le concept de tonus musculaire, il s'agit de savoir comment la contraction musculaire a lieu au niveau des muscles squelettiques, et comment celle-ci peut être modulée.

b. La neurophysiologie du tonus musculaire

Les muscles striés ont des capacités d'excitabilité, de conductibilité, de contractilité et d'élasticité.

L'**excitabilité** est la capacité d'un muscle à répondre, par une contraction, à une stimulation interne (nerveuse) ou externe (mécanique, chimique, électrique)[1]. La **conductibilité** renvoie à la capacité à répondre à l'excitabilité[2]. L'information part du système nerveux central pour arriver au niveau de la plaque motrice. Un même motoneurone innerve plusieurs fibres musculaires et l'ensemble forme l'unité motrice[3]. Le nombre de fibres musculaires par unité motrice est fonction du rôle du muscle : plus le muscle a un rôle précis, moins il y a de fibres musculaires dans l'unité motrice[4]. La motricité est régulée par de nombreux réflexes, et lorsque ceux-ci impliquent la régulation du muscle, des récepteurs permettent la régulation tonique du muscle (fuseau neuromusculaire), on parle de **réflexe myotatique**. D'autres se situent au niveau des tendons et utilisent la **proprioception** (qui sera décrite plus tard dans ce chapitre)[5]. Ces

[1] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, collection «que sais-je ? », p. 8-15, sixième édition, Paris, P.U.F., 1980.
[2] Ibid
[3] http://www.universalis.fr/encyclopedie/muscles/
[4] Ibid
[5] http://www.universalis.fr/encyclopedie/motricite/#titre4

systèmes de régulations se font à un niveau spinal et sous cortical. Au niveau du cortex, le tonus va pouvoir être modulé par des phénomènes psycho-émotionnels[1].

La **contractilité** décrit les propriétés de contraction du muscle. Il existe deux types de contractions[2] :

- celles qui provoquent un raccourcissement du muscle sont les **contractions isotoniques**. Les deux insertions du muscles sont mobiles ;
- celles qui ne provoquent pas de raccourcissement du muscle, les **contractions isométriques**. Les insertions musculaires sont fixes.

L'**élasticité** du muscle correspond à sa capacité à retrouver sa forme après étirement[3]. Lorsque le muscle présente une résistance importante à l'allongement (retour au repos), on parle d'**hypertonie**. Au contraire, lorsque la résistance à l'allongement diminue on parle d'**hypotonie**[4].

Maintenant que les mécanismes physiologiques liés au tonus, ont été évoqués, il s'agit d'inscrire le tonus dans le travail en psychomotricité, en psychiatrie adulte.

c. La boucle ''sensations-perceptions-représentations''

La sensorialité est essentielle dans la fonction tonique. En psychomotricité, il est intéressant de voir comment les informations sensorielles vont être traitées et entrer en résonnance avec le vécu du sujet, pour induire une réponse tonique. On parle alors souvent d'une boucle ''sensations-perceptions-représentations''.

[1] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, collection «que sais-je ? », p. 8-15, sixième édition, Paris, P.U.F., 1980.
[2] http://www.universalis.fr/encyclopedie/muscles/
[3] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, collection «que sais-je ? », p. 8-15, sixième édition, Paris, P.U.F., 1980.
[4] CARRIC J-C., SOUFIR B., Lexique pour le psychomotricien, Paris, Editions Robert Atlani, 2014.

La **sensation** est « l'impression reçue par l'intermédiaire des sens[1] » : le toucher, l'olfaction, l'audition, la vue et le goût. L'**intéroception** renvoie au traitement des informations sensitives en provenance de l'intérieur du corps. On distingue alors la **viscéroception** qui traite les informations relatives aux organes, et la **proprioception**, qui traite celles relatives aux muscles et aux tendons[2]. L'**extéroception** quant à elle, renvoie au traitement des informations sensitives en provenance de l'extérieur du corps[3].

La **perception** peut se définir comme le rapport entre le corps recevant l'information sensitive, et l'espace (autrui)[4]. En psychomotricité, c'est ce concept issu de la phénoménologie qui nous intéresse. En effet, celui-ci part du principe que l'on a conscience de notre corps comme support de l'expressivité, donc de la relation. Il existe un phénomène d'illusion perceptive du mouvement nommé **vection[5]**. C'est par exemple l'illusion lorsque l'on est assis dans un train que celui-ci démarre, alors que c'est le train du quai voisin qui part. Les sensations visuelles et vestibulaires sont alors impliquées dans ce phénomène. La vection se retrouve également dans les vibrations musculaires, qui donnent l'illusion perceptive d'un allongement[6]. Cette information est intéressante dans la relaxation car les vibrations font partie des mobilisations possibles.

La **représentation** est « *la perception, l'image mentale etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène etc., du monde dans lequel vit le sujet* »[7]. La représentation est conçue par le sujet comme une nouvelle présentation interne de l'information[8]. L'expression de la représentation se nomme symbolisation[9]. Pour René

---

[1] CARRIC J-C., SOUFIR B., Lexique pour le psychomotricien, Paris, Editions Robert Atlani, 2014.
[2] Ibid.
[3] Ibid.
[4] ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psyhomotricité, p. 181, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[5] ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psyhomotricité, p. 149, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[6] Ibid.
[7] www.larousse.fr
[8] https://reneroussillon.files.wordpress.com/2014/07/symbolisations-p-et-s-madrid-2013.pdf
[9] www.larousse.fr

Roussillon[1], les symbolisations sont plurielles : la **symbolisation primaire**, qui correspond à ce qu'évoque une expérience (perception mnésique de Freud), et la **symbolisation secondaire**, qui raccroche cette première forme de symbolisation à un concept. Le langage par exemple se trouve dans les symbolisations secondaires. Ainsi Fabien Joly nous dit qu'en passant par l'expérience, la médiation corporelle nous permet d' « appréhender » le travail de symbolisation et de subjectivation[2]. Marc Rodriguez affirme que pour qu'une symbolisation primaire puisse avoir lieu, il est nécessaire de passer par des objets concrets afin de matérialiser l'activité représentative[3]. Il dit alors : « *la symbolisation ne s'oppose pas à la mise en acte, mais bien au contraire, la soutient* »[4]. Les sensations, perceptions et représentations ne se travaillent donc pas de manière successive, d'où le terme de ''boucle''. Elles sont en interaction et le fait de demander de se focaliser sur l'une d'entre elles à un moment donné peut permettre au patient de pouvoir recréer des liens qui se faisaient difficilement.

Nous avons vu comment la relation va venir soutenir le travail en psychomotricité, il s'agit maintenant de préciser l'implication du tonus dans la relation.

2. Le tonus musculaire dans la relation

a. Le corps dans la relation

Henri Wallon est le premier à parler du tonus comme composante de la relation intersubjective, avec ce qu'il nomme le **dialogue tonique**[5]. En effet, le nourrisson va pouvoir dès ses premières heures de vie, entrer en communication avec sa figure maternelle via ses états toniques. Une hypertonie sera interprétée par la figure maternelle comme l'expression d'un

[1] www.larousse.fr.
[2] BOUTINAUD J., JOLY F., RODRIGUEZ M., MOYANO O., Où en est la psychomotricité ?, p.220, Paris, éditions In Press, 2014
[3] BOUTINAUD J., JOLY F., RODRIGUEZ M., MOYANO O., Où en est la psychomotricité ?, p.281-282, Paris, éditions In Press, 2014
[4] Ibid
[5] DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, collection «que sais-je ? », p.15-18, sixième édition, Paris, P.U.F., 1980

besoin, et l'hypotonie comme un état de bien-être. Le passage d'un état à un autre, suite à une réaction adéquate de la figure maternelle montre une communication efficace qui s'est mise en place, d'où le terme de dialogue. D'ailleurs, Wallon envisage le tonus comme « une énergie qui peut s'accumuler, se dépenser, se distribuer »[1].

Ajuriaguerra reprend le concept de Wallon et y rajoute une dimension affective, à travers le dialogue **tonico-émotionnel[2]**. Ainsi, le dialogue tonique traduit les émotions du nourrisson et de sa figure maternelle et permet alors une communication des affects.

Pour Michel Bernard, la fonction tonique est à la fois *« assimilation d'autrui et action sur autrui »*[3]. Pour Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval[4], la tonicité permet la rencontre avec l'autre, avec soi-même, et enfin la rencontre avec le bébé qui n'a pas acquis le langage parlé. Le dialogue tonique va donc participer aux processus d'individuation du sujet. C'est plus largement un outil important dans le développement de l'enfant. Cet outil peut donc être actualisé dans certaines situations où la communication verbale n'est pas efficace. C'est quelque chose que l'on retrouve fréquemment en psychiatrie adulte. En relaxation, le fait de s'intéresser aux variations toniques en mettant de côté pour un temps la parole permet au patient de recontacter cette fonction tonique.

Le tonus musculaire suit des étapes de maturation dans le développement de l'enfant. Il est important de les connaître car elles correspondent également à des modes d'expression. Ainsi le psychomotricien pourra repérer ce qui peut se mettre en jeu lors des séances.

---

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 46-47, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004

[2] BACHOLLET M-S., MARCELLI D., « Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements », Enfances & Psy, 2010/4 no 49

[3] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 46-47, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004

[4] ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., Le tonus et la tonicité, p.154-157, sous la direction de ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, Paris, De Boeck-Solal, 2012

b. Ontogenèse du tonus musculaire

Le développement du tonus et de la motricité est lié à la migration neuronale et au développement psycho-affectif[1]. Ajuriaguerra définit trois grandes étapes dans le développement psychomoteur de l'enfant[2] :

- **Jusqu'à trois ans : le corps vécu**.

À la naissance, le bébé possède pendant les premières semaines, une motricité anarchique en lien avec les réflexes archaïques[3]. On retrouve une hypotonie axiale et une hypertonie des membres[4]. La régulation tonique va alors s'affiner selon trois lois de maturation :

- **Loi de succession** : le développement tonique va se faire dans un sens céphalo-caudal (la tenue de tête précèdera la station assise) et proximo-distal (qui se termine par la préhension)[5] ;
- **Loi de différenciation** : la maturation va dans le sens d'une motricité anarchique vers une motricité de plus en plus fine et précise[6] ;
- **Loi de variabilité** : les étapes de développement vont dans le sens d'une progression, même si l'on peut parfois observer de légères régressions ou des stagnations [7];

Ce stade accompagne les étapes du développement psycho-affectif, notamment dans les processus de séparation-individuation : de l'accordage affectif au stade du miroir, en passant par l'angoisse du huitième mois[8].

[1] ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, p.80-90, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[2] ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., Le tonus et la tonicité, p.154-157, sous la direction de ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[3] ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, p.80-90, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[4] ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, p.50-60, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[5] POTEL C., Être psychomotricien, p. 113-118, 2ème édition, Toulouse, érès, 2013
[6] http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/POLY.Chp.2.2.html
[7] Ibid.
[8] POTEL C., Être psychomotricien, p. 71-77, 2ème édition, Toulouse, érès, 2013

- **De trois à six ans : le corps perçu**

L'enfant apprend petit à petit à gérer sa motricité en fonction des informations sensorielles de l'environnement, dans une activité perceptive. Ainsi l'équilibre, la préparation au mouvement, et la motricité fine sont de plus en plus précis, jusqu'à être maîtrisés. La latéralisation démarre. L'enfant est capable de se centrer sur son corps et ainsi de ne pas se laisser envahir par les stimulations externes[1].

- **De six à douze-quatorze ans : le corps représenté**

Cette étape est celle d'un « schéma corporel opératoire ». Les représentations du corps sont suffisamment structurées pour permettre une motricité efficace. Les acquisitions deviennent alors de plus en plus complexes, notamment au niveau des praxies[2].

c. Les troubles du tonus musculaire

Les aspects neurophysiologiques et l'implication du tonus dans la relation ayant été décrits, il s'agit de savoir comment se manifestent les altérations de la fonction tonique. En psychomotricité, on parle de troubles du tonus[3]. Ces derniers peuvent psychogènes ou être liés à une lésion. On distingue :

- Les **dystonies** : ce sont des contractions involontaires et inadaptées qui peuvent apparaître dans des situations particulières. Les **crampes** sont les dystonies les plus fréquentes[4] ;
- Les **dysharmonies toniques** : elles regroupent les réactions de prestance et syncinésies. Les **réactions de prestance** correspondent aux postures, gestuelles, attitudes,

[1] ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., Le tonus et la tonicité, p.154-157, sous la direction de ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[2] Ibid.
[3] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 47-49, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[4] Ibid

mouvements inadaptés à la situation. Elles peuvent être de l'ordre de la contraction, de l'agitation, on parle alors d'hypertonie de prestance. Au contraire, les situations peuvent amener à un relâchement inadapté au contexte et on parlera de d'hypotonie de prestance[1] ;

Les **syncinésies** sont des « *mouvements ou contractions intéressant un ou plusieurs groupes musculaires alors qu'un mouvement actif ou réflexe a lieu dans une autre partie du corps* »[2]. Elles sont habituelles dans l'enfance et s'estompent avec la maturation neurologique. Elles peuvent se retrouver chez l'adulte dans certaines pathologies comme les troubles obsessionnels compulsifs, la schizophrénie, la chorée de Huntington ou la maladie de Parkinson[3]. Leurs manifestations peuvent être **axiales** (visage) ou **périphériques** (membres)[4]. On distingue les syncinésies **tonico-cinétiques** (le(s) membre(s) inactif(s) reproduit(sent) le mouvement du membre actif) et les syncinésies de **diffusion tonique** (le(s) membre(s) inactif(s) se contracte(nt) de manière inconsciente et involontaire)[5] ;

- Les **paratonies** sont des contractions musculaires observées lorsque le mouvement de relâchement est recherché[6] ;
- Les **tremblements s**ont des oscillations rapides issues des contractions alternées de muscles agonistes et antagonistes[7] ;
- Les **tics** sont des mouvements ou vocalisations brusques et incontrôlables. Leur manifestation est irrépressible[8] ;

---

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 47-49, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[2] ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psyhomotricité, p.270, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[3] ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psyhomotricité, p.270, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[4] Ibid.
[5] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 47-49, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[6] Ibid
[7] Ibid
[8] Ibid

- Les **bégaiements** sont des hésitations avant la prononciation d'une syllabe (**bégaiement tonique**) ou la répétition d'un mot ou de syllabes (**bégaiement clonique**)[1].

Les troubles du tonus sont observables dans le bilan du tonus, à travers les épreuves du ballant, de l'extensibilité, les épreuves spécifiques aux syncinésies (Zazzo), et dans le discours et la dynamique globale du patient tout au long des entretiens. Dans les séances, le psychomotricien va pouvoir apprécier les capacités de relâchement du patient lors des mobilisations par exemple.

Le tonus va être le point de départ et l'élément central de chaque séance de relaxation[2]. C'est à travers la perception tonique que vont pouvoir être formulés des éprouvés, et grâce à leur verbalisation, se créer un lien thérapeutique.

Il s'agit maintenant de savoir dans quelle mesure le travail du tonus va influencer le sujet.

[1] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p. 47-49, Paris, 2ème édition revue et augmentée, Heures de France, 2004
[2] LOCKHART I., « c'est toujours pareil ! » variations toniques en relaxation, Thérapie psychomotrice et recherches no 157, 2009

III. La relaxation dans la pratique psychomotrice.

Le tonus est le point de départ du travail en psychomotricité lorsque la médiation relaxation est proposée. La médiation ayant pour but de vectoriser le soin en psychomotricité, il s'agit de savoir ce qui se travaille dans les grands thèmes de la psychomotricité (se rapportant au décret de compétences du psychomotricien, **Annexe 2** page 101). Certains thèmes seront davantage investis que d'autres, pourquoi ?

1. Schéma corporel et image du corps

a. Définitions

Le schéma corporel est un concept introduit par Bonnier en 1893 pour définir la « *représentation permanente, [la] figuration spatiale du corps et de ses objets* »[1]. En neurologie, il renvoie à la connaissance que chaque individu a de son corps, ce sont les somatognosies[2].

Henri Wallon reprend les travaux en neurologie pour l'inscrire dans le développement de l'enfant. Pour lui, la conscience de soi se développe au fur et à mesure des expériences, grâce à l'activité perceptive notamment. L'environnement joue un rôle très important, et pour Wallon, « *la conscience du corps est l'aboutissement d'un processus qui permet à l'enfant de se voir comme un objet parmi les objets* »[3]. La fonction tonique décrite précédemment va être un outil important[4]. De même, la construction du schéma corporel participe également aux processus d'individuation précédemment décrits. Il existe donc un lien entre le schéma corporel, la fonction tonique et les processus d'individuation.

[1] GUIOSE M., Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques, Évolutions Psychomotrices no 51, 2001.
[2] Ibid.
[3] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 81-99, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007
[4] Ibid.

Ajuriaguerra propose une définition : « *édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* »[1] . Il précise également que le schéma corporel ne peut être séparé de l'image du corps (qu'il nomme « image corporelle du moi ») de manière artificielle[2].

Paul Schilder est le premier à préciser la notion d'image du corps dans un cadre psychanalytique en 1935 : « *c'est l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes* »[3]. Il introduit alors la dimension subjective que l'on peut retrouver dans le schéma corporel. Jacques Lacan s'en sert ensuite pour décrire le stade du miroir. Françoise Dolto décrit une dimension inconsciente de l'image du corps, s'appuyant sur des perceptions vécues dans le passé. Elle distingue systématiquement schéma corporel et image du corps[4]. **L'annexe 3** (page 102) synthétise cette distinction. Enfin, Gisela Pankow propose l'image du corps comme point de départ à la clinique psychiatrique, notamment dans les psychoses, afin de retrouver une fonction symbolique. L'image du corps exprime pour elle la dynamique entre une partie et un tout (une forme), et la manière dont on peut prendre le corps comme un contenu chargé de sens[5]. La théorie de Gisela Pankow peut alors être mise en lien avec celle de Didier Anzieu et du Moi-Peau, dont les fonctions ont été décrites précédemment. Esther Bick, en parlant de la fonction contenante, postule que la peau a la propriété de rassembler au niveau psychique, de la même manière que la peau rassemble toutes les parties du corps[6].

---

[1] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 81-99, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007
[2] Ibid.
[3] Ibid.
[4] Ibid.
[5] Ibid.
[6] Ibid.

b. Application en relaxation

La place du corps dans la relaxation rend évidente la question du schéma corporel et de l'image du corps en psychomotricité. Comment se travaillent-ils exactement ?

La suggestion permet, après traitement d'une information, une modification d'un état corporel en faisant appel à des représentations corporelles[1]. En relaxation, la détente va faire appel à un vécu sensori-moteur et va faire appel à des aires d'intégration somatognosique et gnoso-praxique[2]. De même, l'activité perceptive sollicitée va pouvoir faire appel aux représentations, et permettre une remise en route du travail d'élaboration. Le contenu de l'élaboration pourra ensuite être travaillé avec le psychothérapeute qui le reçoit par ailleurs.

En psychiatrie, on peut retrouver chez le patient un vécu corporel négatif, dévalorisé, support de l'expression de sa souffrance. C'est le cas notamment dans la dépression. La relaxation en psychomotricité, par la contenance apportée par le cadre et le psychomotricien, permettra un vécu positif du corps, en expérimentant la détente lors des séances. Une restauration narcissique pourra peut-être alors être envisagée[3].

Pour Eric Pireyre[4], les concepts de schéma corporel et image du corps font appel à différentes notions, qu'il nomme « **image composite du corps** » :

- La sensation de continuité d'existence ;
- L'identité ;
- L'identité sexuée ;
- La peau physique et psychique ;
- La représentation de l'intérieur du corps ;
- Le tonus ;

[1] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 81-99, 2eme édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007
[2] Ibid.
[3] DESOBEAU F., GATECEL A., VIGNE D., MOYANO O., dans CALZA A., CONTANT M., Abrégés de Psychomotricité, p.208-236, 3ème édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2007.
[4] PIREYRE E., Clinique de l'image du corps, p. 48, 2ème édition, DUNOD, 2015

- La sensibilité somato-viscérale ou sensorialité ;
- Les compétences communicationnelles du corps ;
- Les angoisses corporelles archaïques.

La plupart de ces notions ont déjà été traitées dans ce mémoire, comme la sensibilité somato-viscérale (à travers les concepts de proprioception, d'intéroception et d'extéroception) ou les angoisses corporelles archaïques. Le tonus est un élément qui structure le schéma corporel et l'image du corps. En relaxation, le psychomotricien étaye le patient dans un travail approfondi du tonus, et donc le schéma corporel et l'image du corps. Si ces derniers sont abordés, il est ainsi imaginable que toutes les images composites du corps puissent être mises en jeu dans la séance de relaxation en psychomotricité. Les images composites du corps seraient alors en interaction constante. C'est à partir de cette modélisation que nous pouvons donc faire le lien entre les différents axes de travail en psychomotricité.

2. Relaxation en psychomotricité : rapport au temps et à l'espace

a. Généralités

Pour Marc Guiose, « *le schéma corporel a également une incidence sur la perception. Nous ne le créons pas selon la situation vécue, c'est lui qui crée la situation vécue, qui la fait ce qu'elle est en nous en nous imposant le sens de notre affirmation dans le monde. Dès lors, le schéma corporel n'est pas qu'une construction de l'expérience du sujet, il impose une perception qui précède toute expérience et qui impose sa forme à l'expérience lorsqu'elle se produit*»[1]. Par rapport à ce qui a déjà été montré précédemment, on peut voir que le vécu du corps, via l'activité perceptive, nécessite une certaine intégration de l'espace et du temps. Pour Merleau-Ponty, le corps est inscrit dans l'espace et le temps, et le schéma corporel devient

[1] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 86, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007

l'expression de l' « être au monde »[1]. Ainsi le vécu corporel est mémorisé, chaque éprouvé renvoyant à un lieu et un moment[2].

b. L'introjection et la projection

Rappelons la citation de Michel Bernard à propos de la fonction tonique : elle est à la fois *« assimilation d'autrui et action sur autrui »*. Des mécanismes psychiques vont permettre soit de s'approprier psychiquement des éléments externes, c'est l'introjection (et l'identification, sa forme sublimée), soit de prêter ses propres pensées à l'environnement, c'est la projection[3]. Ces mécanismes participent à l'intégration d'un dedans et d'un dehors.

Pour Sami-Ali, c'est grâce à la dimension expressive du corps que l'homme va pouvoir créer des espaces de projection[4]. Ces espaces vont concrétiser les représentations, de l'imaginaire au réel[5]. La projection est pour Sami-Ali davantage un organisateur du vécu corporel qu'un mécanisme de défense au sens psychanalytique.[6] Le corps, indissociable du vécu que l'on peut en avoir, est le médium permettant l'intégration de l'espace et du temps. Les représentations -celles du sujet et celles de son environnement-, inscrivent la personne dans un ici et maintenant[7].

Dans les séances de psychomotricité, l'espace et le temps sont garantis par la permanence du cadre[8]. L'intégration spatiale et temporelle dans le développement

---

[1] GUIOSE M., Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques, Évolutions Psychomotrices no 51, 2001.
[2] Ibid.
[3] http://www.universalis.fr/encyclopedie/introjection/
[4] Projection : mécanisme par lequel l'être humain transpose dans ses activités sa personnalité propre. En psychanalyse, c'est un mécanisme par lequel le sujet attribue à une autre personne ses propres sentiments et motivations. (LEMAIRE J-G, La relaxation, Paris, 2nde édition, Petite Bibliotheque Payot, 1991)
CARRIC J-C., SOUFIR B., Lexique, Pour le Psychomotricien, p.215, Éditions Robert Atlani, 2014
[5]REINALTER PONSIN F., Manuel d'Enseignement de la Psychomotricité, sous la direction de SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M., p203, De Boeck-Solal, 2011
[6] LESAGE B., Jalons pour une pratique psychocorporelle, Toulouse, érès, 2012
[7] GUIOSE M., Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques, Évolutions Psychomotrices no 51, 2001.
[8] Ibid.

psychomoteur ouvre la porte aux acquisitions instrumentales - à travers l'exploration des coordinations et la mise en place d'une dominance latérale notamment-, ce qui offrira alors un champ expressif de plus en plus large à l'individu, et la possibilité de trouver des mécanismes de sublimation efficaces.

3. Les niveaux de vigilance et états de conscience

Lors des séances de relaxation, différents états de conscience vont être explorés. Les états de conscience correspondent à une expérience subjective d'un niveau de vigilance[1]. Pour Bullinger, les niveaux de vigilance permettent de réguler la fonction tonique[2]. Ainsi, pour Suzanne Robert-Ouvray, « *le changement de niveau tonique s'accompagne d'un changement de niveau de conscience qui permet au sujet de revenir à une mémoire plus naturelle et plus archaïque de la capacité interne à se ressentir, à se connaître* »[3]. Les états de conscience vont pouvoir indiquer au psychomotricien des informations précieuses. Par exemple, les patients qui s'endorment pendant les séances et qui souffrent de troubles du sommeil, montrent « *une capacité à retrouver un cycle veille-sommeil* »[4].

Si le niveau de vigilance peut baisser lors de l'expérience de la détente, la conscience va être elle, enrichie par les perceptions, ce regard interne qui est porté par le patient[5]. La respiration vient accompagner ce processus car elle signe la relation dehors-dedans[6]. Suzanne Robert-Ouvray et Agnès Servant-Laval préconisent alors de laisser cours aux perceptions et

[1] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 62-64, 2eme édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007
[2] LOCKHART I., « C'est toujours pareil ! »… variations toniques en relaxation, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 157, 2009
[3] CABROL F., « De bois, De bois, je suis une marionnette… et je deviens un petit garçon » Thérapie Psychomotrice et Recherches no 146, 2006.
[4] LOCKHART I., « C'est toujours pareil ! »… variations toniques en relaxation, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 157, 2009
[5] ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., Le tonus et la tonicité, p.154-157, sous la direction de ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, Paris, De Boeck-Solal, 2012
[6] Ibid.

représentations autour de la respiration qui enrichissent les états de conscience plutôt que « d'apprendre » une manière de respirer au patient[1].

4. Conclusion

Dans cette partie, de nombreux liens ont pu être faits avec des thèmes abordés dans les parties et chapitres précédents. Cela illustre l'aspect global envisagé dans la thérapie psychomotrice. Néanmoins, chaque patient ayant un vécu singulier, il y a une nécessité de vectoriser le soin et la relaxation permet de s'intéresser à certains thèmes plus spécifiquement qu'à d'autres, ce qui fait que certains vont parfois n'être que touchés du doigt.

Dans le prochain chapitre, après avoir décrit le terrain de stage en psychiatrie adulte, deux cas cliniques vont permettre d'illustrer l'ensemble de ce mémoire.

[1] ROBERT-OUVRAY S., SERVANT-LAVAL A., Le tonus et la tonicité, p.154-157, sous la direction de ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le Manuel d'Enseignement de la psychomotricité, Paris, De Boeck-Solal, 2012

Chapitre 4 : Clinique psychomotrice dans une proposition de relaxation

I. Présentation du terrain de stage

1. Introduction

Je suis en stage en psychiatrie adulte tous les jeudis avec deux maîtres de stage: le matin au Centre Médico-Psychologique (C.M.P.) et l'après-midi dans une unité d'hospitalisations libres, appelée « Unité de Psychiatrie Active » (U.P.A.). Il m'est arrivé, dans des cas exceptionnels, de suivre des patients de l' «Unité de Psychiatrie de Crise » (U.P.C.) et de l' « Unité de Psycho-gériatrie » (U.P.G).

2. La structure

a. Les Institutions

Le secteur de psychiatrie couvre une population de 109 000 habitants en milieu rural. Outre le pôle d'hospitalisation psychiatrique, qui comprend trois unités d'hospitalisations, le service est composé d'un C.M.P., d'un Centre d'Accueil à Temps Partiel (C.A.T.T.P.), un Centre Psychothérapie de Jour pour Adultes (Hôpital de jour), et des locaux pour une équipe de liaison et soin en addictologie. Le bâtiment des hospitalisations se trouve dans la même rue. Ce secteur de psychiatrie propose également des appartements thérapeutiques et des antennes du C.M.P. Le pôle propose une « équipe mobile santé et précarité » et des consultations ambulatoires dans un centre de détention.

Au C.M.P., quatre psychiatres se partagent 1,5 Équivalent Temps Plein (É.T.P.), trois psychologues pour 2 É.T.P., et enfin, douze infirmiers, une éducatrice spécialisée, et deux assistantes sociales sont à temps plein. Ces derniers interviennent également dans des antennes du C.M.P., éloignées géographiquement, et font des visites à domicile.

La psychomotricienne du C.M.P. est présente deux jours au C.M.P. avec une file active (nombre de patients venant au moins une fois en un an) d'une cinquantaine de patients. La psychomotricienne est également présente un jour au C.A.T.T.P. Les réunions de synthèse ont lieu un jour où elle n'est pas présente.

Pour les hospitalisations, l'U.P.A a une capacité d'accueil de 25 lits, l'U.P.C et l'U.P.G ont une capacité d'accueil de 20 lits chacun, avec 5 places supplémentaires possibles en hospitalisation de jour à l'U.P.G. Un psychiatre est rattaché à chaque unité. Dans chaque service, entre deux et trois infirmiers travaillent de jour, et un ou deux infirmiers de nuit. Deux psychologues travaillent sur les unités. Trois assistantes sociales se partagent 1,5 É.T.P. Un kinésithérapeute intervient deux jours par semaine et une ergothérapeute trois jours par semaine. La psychomotricienne est employée à plein temps, elle intervient quatre jours dans les services d'hospitalisations et deux jours à l'hôpital de jour. Elle est présente dans le service de l'U.P.A. deux jours par semaine, et assiste aux réunions de synthèse.

b. La population rencontrée

Au C.M.P., la population rencontrée est très variée, avec des degrés de pathologie extrêmement divers. Certains patients ont déjà été hospitalisés, d'autres non. Quelques patients venant au C.M.P. bénéficient aussi au C.A.T.T.P.

Les hospitalisations sont réparties sur trois services :

- **l'Unité de Psychiatrie Active** (U.P.A) : service accueillant des patients pour des soins psychiatriques libres. Les patients acceptent, voire demandent, les soins psychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation. La plupart sont conscients de leurs troubles. Les pathologies rencontrées sont des dépressions, des troubles anxieux, des troubles obsessionnels compulsifs, des syndromes post-traumatiques (P.T.S.D.). Les patients peuvent sortir momentanément de

l'hôpital ou peuvent mettre fin à l'hospitalisation s'ils le souhaitent. En général, les patients se fient à l'avis du médecin psychiatre ;

- **l'Unité de Psychiatrie de Crise** : service accueillant des patients pour des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (S.P.D.T. et S.P.R.E.). La plupart n'acceptent pas d'être hospitalisés. Quand le psychiatre décide de la sortie d'un patient, il peut l'assortir d'un programme de soins. Ce service est fermé et des autorisations sont accordées par le psychiatre référent de l'unité pour des sorties ponctuelles ;

- **l'Unité de Psycho-Gériatrie** : service accueillant des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques ou dans l'attente d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.AD.). Elles présentent souvent des démences et sont très dépendantes. Le risque de « sorties inopinées » (« fugues ») est important chez ces patients, et motive souvent leur hospitalisation. Le service est donc fermé.

Chaque service fermé possède un espace de vie propre en plein air. Les patients peuvent donc profiter de moments de vie en extérieur, même s'ils ne sortent pas du service.

c. Communication interprofessionnelle

Un logiciel informatique permet de recueillir les informations concernant le suivi du patient et son parcours de soin dans les institutions du service. Chaque soignant rend compte des soins ou consultations effectués, et laisse les informations jugées utiles au reste de l'équipe. Le contenu des réunions de synthèse n'est pas retranscrit. Le logiciel existe depuis 2003 et les dossiers informatisés de certains patients suivis depuis de nombreuses années ne sont pas complets. La communication interprofessionnelle peut aussi se faire de manière informelle. En effet, j'ai moi-même pris plusieurs fois rendez-vous avec des soignants pour discuter d'un patient commun.

Néanmoins, ce système informatique reste très efficace, car il fait le lien entre les différentes structures de manière rapide et synthétique. À tout moment, le patient peut demander à lire son dossier informatisé.

3. La psychomotricité

La psychomotricité est pratiquée depuis de nombreuses années dans le secteur. Le métier est plutôt bien reconnu. Au mois de décembre, une présentation a été faite aux médecins et aux internes du pôle, et nous avons, avec mes maîtres de stage, créé une plaquette expliquant la psychomotricité en psychiatrie adulte.

a. La question du bilan psychomoteur en psychiatrie adulte

La question du bilan chez le patient en psychiatrie adulte se pose puisqu'il n'existe aujourd'hui aucun bilan psychomoteur standardisé complet, ni d'échelle normée pour cette population. Il s'agit de savoir comment s'organise l'investissement psychique de la motricité dans la pathologie psychiatrique. Tout cela en gardant en tête que le bilan, même s'il se fait sur plusieurs séances, ne correspond qu'à un « instant t » dans la vie du patient. En psychiatrie adulte, les patients ne sont ni des personnes en développement, ni atteints de neuro-dégénérescence. Ils peuvent être atteints d'une déficience.

Chaque temps de la séance est ainsi source d'information : le temps d'accueil donne par exemple à voir des représentations spatiales et temporelles ; le travail corporel, des postures et de l'investissement du corps dans l'espace ; le temps de verbalisation est quant à lui un moment pour apprécier le cheminement du patient autour de ses éprouvés corporels. Pour Anne Gatecel, les manifestations qui justifient l'intervention en psychomotricité nécessitent d'être

contextualisées dans l'histoire du sujet. Ainsi, le recueil de l'anamnèse du patient adulte peut prendre plusieurs mois.[1]

b. La prise en soins psychomotrice en psychiatrie adulte

Au C.M.P., une salle de psychomotricité permet les prises en soins. La psychomotricienne de l'hôpital de jour l'occupe le mardi et le vendredi. Aux hospitalisations, une salle de psychomotricité se trouvant à l'extérieur des services est disponible pour les séances. Elle fait aussi office de salle de kinésithérapie. Elle est donc pourvue d'une table de massage. En entrant pour la première fois dans la salle de psychomotricité, les patients ne sont alors pas étonnés qu'on leur propose de s'installer en position allongée.

[1] GATECEL A., *Examen clinique de l'adulte* dans Abrégés de Psychomotricité, p. 209, 3ème édition, Elsevier-Masson, 2007.

II. Etude de cas 1 : Madame G

1. Présentation

Madame G. a 89 ans (1925), et sa famille est originaire des Vosges. C'est une femme âgée, grande, de forte carrure mais pas en surpoids. Elle veut donner l'impression d'être solide et très sûre d'elle. Elle a les cheveux lisses, bruns, coupés au carré, et les yeux marron, en amande. Elle a la peau fine et claire. Elle n'a pas beaucoup de rides pour une personne de son âge. D'une manière générale, je trouve que Madame G. paraît plus jeune qu'elle ne l'est en vérité. Elle est toujours élégante et est très soucieuse de son apparence. Elle veut faire bonne impression auprès des gens. Elle dit avoir souffert à l'école de s'être fait appelée tantôt « l'orientale » pour ses yeux, tantôt « la boche » pour ses grands pieds et ses origines.

Madame G. a déménagé en 1933 avec ses parents pour fuir des tensions familiales. Propriétaires terriens dans les Vosges, ses parents ont fait l'acquisition d'un domaine dans le Sud-Ouest. Elle s'est mariée en mai 1949 à un militaire. Ils ont eu une fille, née en 1951. Ils ont vécu dans la maison de ses parents, qu'elle habite toujours. Madame G n'a jamais suivi son mari durant ses mutations. Monsieur G. aurait aimé avoir un fils, et lorsqu'en 1968, Madame G. subit une ablation de l'utérus, elle ne se sent pas soutenue par son mari et aurait fait un premier épisode dépressif.

Depuis toujours, Madame G. a une relation fusionnelle avec sa fille. Cette dernière s'est mariée en 1981, un an après la mort de son père, avec un homme ayant 5 ans de moins que Madame G. Ils vivent à Montargis et ont deux filles, jumelles, dont l'une est psychologue. Leurs visites régulières font l'objet d'une grande anxiété pour Madame G. En effet, son gendre étant de par son âge peu autonome et le couple ayant une routine différente de celle de Madame G., celle-ci s'épuise en se pliant aux rythmes du couple lorsqu'il lui rend visite. De plus, Madame G. ne s'entend pas avec son gendre. Madame G. a besoin de l'avis de sa fille à chaque fois qu'elle doit prendre une décision, et réciproquement.

Ce qui attire mon attention chez Madame G, c'est d'abord sa posture et sa démarche. En effet, son épaule droite est plus haute que son épaule gauche, et Madame G. s'aide d'une canne. Cela me donne l'impression que Madame G. aurait une scoliose. Lorsqu'elle se déplace, ses mimiques témoignent de la douleur, qu'elle essaie de contenir. Madame G. m'expliquera qu'elle a une asymétrie dans la longueur de ses jambes, elle porte des chaussures orthopédiques. Elle me fait d'ailleurs souvent part de ses difficultés à trouver des chaussures qui lui conviennent et dit finalement porter toujours la même paire.

Sur le plan médical, elle souffre d'arthrose au niveau des genoux, ce qui a nécessité la mise en place d'une prothèse totale du côté droit il y a 21 ans. L'opération n'ayant pas réussi, Madame G., reçoit depuis de nombreuses interventions sur ce genou, qui reste douloureux. Elle m'informe que son genou gauche est également douloureux. La pose d'une prothèse totale à glissement au genou gauche est programmée pour mars 2015. Cet ensemble semble cohérent avec les expressions douloureuses qu'elle donne à voir lors de ses déplacements.

Malgré cela, Madame G. tient à garder le maximum d'autonomie. Elle conduit, même si ses genoux la font souffrir. Elle jardine autant qu'elle peut. Elle aime beaucoup les fleurs et passe beaucoup de temps dans la serre qu'elle possède.

Madame G. a une semaine bien remplie car en plus de ses suivis au C.M.P., elle fait de nombreuses activités au C.A.T.T.P. Elle est présente sur la structure : toute la journée du lundi, pour l'atelier cuisine le matin et interlude (petits jeux divers) l'après-midi ; le jeudi pour son suivi en psychomotricité ; le vendredi, pour l'atelier chansons. Madame G. a investi les locaux comme un véritable lieu de vie. Elle entretient des relations cordiales avec les soignants et les autres patients.

Elle a un suivi infirmier bimensuel. Elle refuse un accompagnement psychologique. Son suivi en psychiatrie est particulier puisqu'il se fait en libéral. Madame G a toujours eu le même suivi psychiatrique effectué par le fils d'amis d'enfance, Dr P. Nous n'avons pas de contact avec lui. Je développerai ce point plus tard.

2. Diagnostic et projet de soins

Madame G. souffre d'une dépression chronique. Elle aurait fait un premier épisode dépressif majeur en 1968 au moment de son hystérectomie, qui n'aurait pas été traité.

Le deuxième se situerait autour du décès de son mari et du mariage de sa fille (1980-1981). C'est le prêtre de l'Église qu'elle fréquente qui demande au Dr P. de lui faire une consultation. Dr P. préconise alors une hospitalisation qui se fera dans le Gers. Elle durera plusieurs mois. Mme G en a un souvenir confus, ce qui ne nous laisse que très peu d'informations. Il s'est passé de nombreux évènements dans la vie de Madame G. à ce moment : sa fille s'est mariée et ses parents ont dû aller s'installer dans une maison de repos. Madame G ne sait pas si elle n'a pas pu assister à tous ces évènements ou bien si elle y a assisté mais ne s'en souvient pas. Elle ne peut pas se souvenir si elle les a vécus ou si on les lui a racontés. Cette difficulté dans la restitution des souvenirs est à prendre comme un symptôme de sa maladie dépressive, Madame G. ne souffre d'aucun trouble de la mémoire (démences ou autres).

Le troisième aurait eu lieu au début des années 2000. Son ralentissement psychomoteur était tel qu'elle a le souvenir de s'être laissée mourir. Nous ne rattachons pas de causalité à cet épisode. Dr P. décide d'une nouvelle hospitalisation dans le Gers. Cet épisode a duré entre quatre et cinq années. C'est en 2004, à la sortie de son hospitalisation que se met en place un suivi infirmier au C.M.P. Depuis, son état s'est stabilisé. Des difficultés de représentations et de projections ont entrainé la suspicion de troubles mentaux et du comportement, mais qui ont été infirmés à l'examen psychiatrique.

Elle intègre un groupe en 2010 avec la psychomotricienne en poste au CMP à l'époque, qui lui propose un suivi individuel autour de sa marche douloureuse. Nous n'avons pas de traces de la manière dont cette prise en soins a été réfléchie en équipe. Ma maître de stage a décidé de poursuivre le travail de sa collègue au moment de sa prise de poste, car ces rendez-vous sont très importants pour Madame G. Elle intègre certains groupes du C.A.T.T.P. en 2013, période

pendant laquelle elle dit ressentir de la solitude, notamment pendant les fêtes de fin d'année qu'elle passe seule.

3. Bilan psychomoteur

Je rencontre Madame G. dès mon second jour de stage. Elle a été préalablement informée de ma venue et son autorisation a été demandée pour que j'assiste aux séances. Mme G. accepte à condition que je ne sois pas présente pendant le temps d'accueil. Nous convenons donc que j'attendrai que ma maître de stage ouvre la porte pour que je puisse entrer.

Lorsque je rencontre Madame G. dans la salle d'attente du C.M.P., je constate très vite ses difficultés de déplacement par son usage de sa canne, mais aussi par ses mimiques douloureuses. Il faut un certain temps pour que Madame G. atteigne la salle.

Aucune épreuve standardisée n'a été proposée à Madame G. avant mon arrivée ni pendant mon stage. Madame G. n'est pas atteinte de démence, ni de déficience intellectuelle. Les observations permettant d'établir le profil psychomoteur de Madame G., vont se faire au fur et à mesure des séances.

Madame G. est une personne motivée et enthousiaste lors des séances de psychomotricité. Elle en fait un retour positif. Madame G. a parfois des attitudes plaquées, notamment lors des temps de relaxation, où elle cherche à nous signifier qu'elle fait attention à sa respiration.

Elle peut nommer aisément les différentes parties de son corps (somatognosies), elle en parle de manière appropriée. Ses difficultés à se déplacer et son vécu douloureux font que les variations de douleurs rythment son quotidien. Son équilibre est précaire, et le risque de chute est réel. Madame G. est très préoccupée par son apparence. Elle veut vieillir le plus lentement possible et tient à rester droite. Elle essaie d'aller à l'encontre de la cyphose lombaire liée au vieillissement en maintenant une lordose marquée au niveau lombaire et en atténuant sa

cyphose thoracique. Cela lui demande beaucoup d'efforts, qui la placent dans l'hypertonie. Cet exemple montre la mise en place d'une stratégie pour Madame G. de passer par les éprouvés corporels pour se sentir exister[1]

Madame G. peut se repérer dans l'espace et le temps au quotidien. Elle peut conduire, organiser sa semaine, mais peine à se remémorer certains souvenirs, surtout s'ils sont en lien avec ses épisodes dépressifs majeurs. Nous émettons l'hypothèse que Mme G. peut avoir du mal à se sentir contenue physiquement et psychiquement dans ce corps en souffrance et que les limites font défaut. Madame G. a une tendance à vouloir fonctionner avec les soignants sur le mode relationnel qu'elle entretient avec sa fille, c'est-à-dire fusionnel. Les mécanismes de projections, et notamment d'identification ne sont pas adaptés (d'où la suspicion de troubles mentaux).

Il s'agit donc d'amener Madame G. vers un vécu positif de son corps, en travaillant la conscience corporelle. Ce travail sur le schéma corporel et l'image du corps permettrait à Madame G. de se réinscrire dans un « ici et maintenant », et de supposer la permanence de sa subjectivité.[2]

4. Prise en soins

La relaxation est la médiation jusque-là utilisée pour les séances de Madame G. Dans un premier temps une induction verbale, puis une induction tactile par pressions contenantes. Madame G. ne peut pas s'allonger sur le sol et reste assise pendant l'ensemble de la relaxation. Pour Pierre André, Thierry Benavidès, et Françoise Giromini, la relaxation est une médiation de choix pour les patients en dépression[3]. À travers les éprouvés corporels, cette médiation

[1] GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, p. 95-96, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007
[2] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p.178, 2eme édition révisée et augmentée, Paris, Heures de France, 2004.
[3] ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, p.84, 2eme édition révisée et augmentée, Paris, Heures de France, 2004.

permet de redécouvrir les états toniques, des plus archaïques au dialogue tonique et repositionner le patient en tant que sujet. [1]

a. De la première rencontre à la première proposition

Au début de mon stage, je n'assiste qu'à la partie de relaxation et de verbalisation des éprouvés pendant la séance. Dès le départ j'observe que Madame G. a beaucoup de réactions de prestance. Je repère des attitudes et des postures plaquées : respirations exagérées, efforts pour se tenir droite. Cela lui demande beaucoup d'énergie et la détente musculaire et quasi impossible dans ces conditions. Ma maître de stage recadre la proposition avec des phrases comme « vous vous asseyez confortablement, avec votre verticalité, telle qu'elle est », Madame G. est sensible à ces inductions, mais reprend rapidement ces postures coûteuses en énergie. En psychomotricité, il ne s'agit pas de faire prendre au patient une posture qu'il n'aura pas jugée utile pour lui. Ainsi, il n'est pas pertinent de dire à Madame G qu'elle n'adopte pas la position la plus ergonomique pour une détente musculaire, mais de l'amener à la trouver par elle-même. Il me semble intéressant de travailler davantage sur ses appuis plantaires. En effet, pour qu'elle ne se focalise pas uniquement sur ses genoux douloureux lorsqu'elle se déplace, il me paraît important qu'elle retrouve la sensation des transferts de poids et déroulés du pas dans la marche. Ma maître de stage accepte alors que je propose quelque chose en ce sens lors de son congé un mois plus tard. Mme G accepte cette proposition de prise en soin.

b. Du début d'une prise en soins au questionnement du cadre

Je propose à Madame G. un toucher thérapeutique des pieds avec des balles de formes diverses, puis des percussions osseuses avec mes doigts au niveau de la colonne vertébrale et

[1] DEFOSSEZ Sylvie, Mise en place d'un projet thérapeutique en relaxation psychomotrice, Thérapie psychomotrice et recherches no 111, 1997.

enfin, de prendre conscience des transferts de poids dans les jambes et les pieds lors de relevé de chaise ou dans la marche. Je conçois ce soin davantage comme un soin gériatrique que psychiatrique, et à ce moment-là pour moi, cette proposition est loin de la relaxation. En effet, il s'agit dans le cadre que je propose, de travailler, les appuis, l'équilibre et la conscience corporelle dans la marche, pour minimiser son risque de chute et maintenir son autonomie.

Madame G. apprécie le toucher thérapeutique, et particulièrement le côté régressif qu'il apporte. C'est là la première étape nécessaire pour se réapproprier sa subjectivité. En effet, la régression fait de moi le support qui lui permettra de se sentir les limites de son corps. Dans cette séance, je ne fais aucune induction verbale autour des postures. Madame G. me parle, avec un débit important, presque logorrhéique.

La semaine suivante, lors du retour de ma maître de stage, Madame G. accepte que j'assiste à toute la séance. Elle insiste sur la sensation de bien-être qu'elle a pu ressentir à la séance précédente. Elle a ressenti l'atténuation de ses effets et dit avoir besoin d'une nouvelle séance de ce type. Nous convenons alors toutes les trois, de transformer sa séance hebdomadaire en deux parties : une partie d'entretiens avec ma maître de stage car Madame G. dit avoir besoin de garder ces moments d'échanges, et une autre partie avec moi pour poursuivre le soin proposé la semaine précédente. Cette séance en deux parties dure une heure, soit 15 minutes de plus que les séances habituelles. Madame G. regrette cependant de ne pas avoir deux séances de psychomotricité de 45 minutes chacune. À ce stade, la séparation du temps d'accueil semble pertinente car Mme G a besoin de parler, et le travail corporel est souvent négligé.

Dès la mise en place de ces séances, Madame G. investit beaucoup le nouveau dispositif, mais tente de faire durer au maximum les séances, demande qui sont les patients qui viennent après elle, et voudrait avoir des informations sur ma vie personnelle. Elle m'appelle « Mademoiselle Diane », alors qu'elle appelle les autres soignants par leur nom de famille. J'ai l'impression d'être dans une position d'objet pour Madame G. Un objet dont elle peut disposer, qu'elle voudrait maîtriser. Cela me met mal à l'aise, et je décide d'en discuter avec ma maître

de stage. Nous réalisons alors que le changement de dispositif fait questionner le cadre pour Madame G., et la désorganise. Le maintien d'un cadre solide est important lorsque l'on aborde les représentations, et donc l'identité. [1] Nous convenons d'un travail plus approfondi sur le cadre pour janvier.

c. D'un apaisement vers une nouvelle proposition

En début d'année Madame G. cesse de m'appeler par mon prénom et m'appelle « Madame Motay » après que ma maître de stage eut questionné cette différence qu'elle marquait entre les autres soignants et moi. Elle est moins logorrhéique, son discours est structuré. À plusieurs reprises elle évoque des anecdotes floues qui me mettent mal à l'aise. Par exemple, elle me parle de relations amoureuses qu'aurait eues un prêtre qu'elle connaissait. Elle laisse planer un sous-entendu, qui me laisse penser qu'elle aurait pu avoir une aventure avec lui, elle aussi. Une autre fois, elle me dit avoir passé le réveillon de Noël à lire le kamasutra avec sa fille et son gendre, un cadeau de sa petite-fille psychologue à sa fille. Je remarque que ces phrases arrivent toujours quand nous ne nous regardons pas, au moment des percussions osseuses au niveau du dos. Ne sachant pas quoi dire, je ne dis rien. Telle la « rêverie maternelle » dans la théorie de Bion, je finis par interpréter que Madame G. me parle d'évènements qu'elle n'aurait pas pu intégrer. Et à la manière des éléments β du bébé, elle cherche à ce que j'utilise la fonction α pour transformer ce qu'elle a vécu en quelque chose de psychiquement acceptable pour elle[2]. Par cette interprétation, je ne change pas ma manière d'interagir verbalement avec elle, mais je sens quelque chose de plus apaisé dans mon tonus et le sien. Il me semble à ce moment-là, être mieux capable de ne pas me plier (inconsciemment) aux processus d'identification de Madame G., cette prise de distance me permet de réaffirmer ma position de sujet face à elle.

[1] POTEL C., Corps brûlant, corps adolescent, pp 42-43, Toulouse, éditions érès, 2006
[2] Ibid.

Elle me dit plus tard qu'elle voudrait trouver des solutions pour profiter davantage du bien-être de la séance et le faire durer le plus longtemps possible en dehors de la salle de psychomotricité. Nous arrivons aussi à décrire avec de riches adjectifs les ressentis corporels d'une semaine à l'autre. Cette séance visant à travailler la marche se vit petit à petit comme une séance de relaxation. C'est parce que le cadre posé permet à Madame G. de profiter d'un espace où ses éprouvés peuvent prendre du sens, que la proposition se transforme en médiation. Et c'est parce que la proposition lui permet d'associer la sensation à une perception de bien-être, que l'objectif devient la détente, et que la médiation devient de la relaxation. Et enfin, parce qu'elle définit un objectif de détente, qu'elle me permet de lui proposer un espace où elle peut potentialiser ses capacités de représentations. Les séances s'élaborent donc grâce à un dialogue entre ses éprouvés, le sens qu'elle peut y mettre lors des séances, et les interprétations que je peux en faire.[1]

d. La préparation à l'opération

Nous décidons avec ma maître de stage de ne pas prendre contact avec le Dr P. pour l'instant. Madame G. considère ses consultations comme la visite régulière d'un ami. Nous ne voulons pas entrer en contact avec son médecin sans l'en informer. L'autorisation qu'elle pourrait nous donner serait alors mettre un pied dans sa vie privée, ce qu'elle aimerait. Madame G. se fait poser une prothèse du genou le 25 mars et ne vient plus en séance à partir du 12 février. Nous avons pris le temps dans les dernières séances de mettre des mots sur ce qu'elle attendait à terme comme sensations corporelles avec ce « nouveau genou ». Madame G. est très anxieuse à l'idée de cette opération, d'autant plus que sa fille pense qu'elle n'aurait pas dû la faire. Nous ne savons pas quand reviendra Madame G. Ma maître de stage garde cependant un contact téléphonique régulier avec elle.

[1] POTEL C., Corps brûlant, corps adolescent, pp 42-43, Toulouse, éditions érès 2006

5. Conclusions

L'étude de cas présentée ici est donc celle d'une personne dont la pathologie est stabilisée. L'objectif des séances de psychomotricité est de prime abord plutôt moteur, mais révèle qu'il est important d'accompagner Madame G dans son vécu douloureux de la marche et plus largement de son corps vieillissant. Ce vécu corporel a une fonction contenante, support de l'identité. La médiation relaxation a donc toute sa place dans les séances de psychomotricité de Madame G.

III. Etude de cas 2 : Madame B.

1. Présentation

Je rencontre Madame B. d'abord dans le cadre du C.M.P., puis dans le cadre des hospitalisations, dans le service de l'U.P.C. Elle est née en 1964, elle a 50 ans. Elle est de taille moyenne, ronde, en surpoids lorsque je la rencontre pour la première fois, mais perdra très vite beaucoup de poids. Elle a des cheveux châtains, bouclés, coupés au carré. Elle porte des lunettes et ne voit quasiment que d'un œil, à cause d'une rétroversion des yeux à la naissance. Au début de la prise en soins, Madame B. ne semble pas s'intéresser à sa présentation, et peut parfois paraître « sale ». Au fur et mesure des séances, elle fera de plus en plus preuve de coquetterie et arrivera souvent en séance avec les cheveux encore humides du shampoing qu'elle aura fait juste avant.

Madame B. vit depuis toujours dans la ville où j'effectue mon stage. Elle est l'aînée d'une fratrie de sept enfants. Elle me dit que sa mère a eu des difficultés lors de son accouchement. La rétroversion des yeux qu'elle avait à la naissance l'a rendue aveugle jusqu'à 3 ans et demi, âge auquel a eu lieu son opération. Elle se souvient du moment où elle a vu pour la première fois, parle d'un moment magique face à la découverte des couleurs. Elle dit avoir eu des surnoms difficiles à porter à l'école. Son père, gardien de prison, aurait été particulièrement violent avec elle et ses frères et sœurs. Elle a toujours cherché à protéger ces derniers et dit s'être souvent mise en avant ou les avoir cachés pour leur éviter les violences de leur père. À l'âge de 13 ans, elle aurait demandé à son père d'arrêter ces violences ou de partir. Il aurait, à partir de ce moment, cessé toute violence. Madame B. aurait alors pris à ce moment-là, une position d'autorité dans sa famille, qu'elle a gardée. Sa mère semble avoir toujours pris une position effacée au sein de la famille, débordée par son rôle de mère. Madame B. dit avoir été abusée sexuellement, elle et ses cousines, par un de ses oncles, mais lorsqu'elle décide de porter plainte à l'âge adulte, ses cousines auraient démenti ses propos. L'ensemble de ces violences a

beaucoup marqué Madame B., elle en parle régulièrement en séance et me dit s'être « battue depuis sa naissance ».

Madame B. a fait une formation d'aide-soignante et a travaillé jusqu'en 2013 dans un service de maternité. Elle tombera enceinte après avoir été dans une relation très brève avec un homme dont elle parle peu. Elle porte des jumeaux dont l'un décède in utéro d'une malformation. Sa sœur aurait également perdu deux filles : une d'une mort fœtale à terme, et une à 6 mois et demi de vie, ayant un foie et des reins nécrosés. Son enfant, que l'on nommera Jason ici, est né en 1993. Son père ne l'a pas reconnu et a arrêté de le voir lorsqu'il avait 12 ans. Madame B. dit avoir eu une « relation fusionnelle » avec son fils. Il décède en juillet 2012, en faisant un malaise cardiaque dans l'eau. Jason avait de nombreux amis, avec qui Madame B. a gardé contact, elle dit : « ils ont besoin de moi ». Le père de Jason n'est pas venu à son enterrement (il serait lui-même décédé entre ce moment et mai 2013). Au moment du décès de son fils, Madame B. est très entourée par sa famille et ses collègues. C'est sa cadre de santé qui lui suggère de prendre rendez-vous au C.M.P. en août 2012 pour des difficultés d'endormissement. Elle débute alors des entretiens infirmiers réguliers. C'est à cette période qu'elle commence à boire. Plusieurs personnes de sa famille auraient été alcooliques, son père notamment.

2. Diagnostic et prise en soins

En février 2013, Madame B. est admise aux urgences après avoir fait un malaise hypoglycémique au travail. Elle est alors mise en arrêt de travail quelque temps. Ses troubles du sommeil s'accentuent, elle peut passer des nuits sans dormir. Elle reconnaît la nécessité de l'arrêt de travail mais refuse tout traitement. À la reprise du travail, ses relations avec ses collègues se détériorent, Madame B. étant très irritable.

En mai 2013, elle est admise à l'U.P.C. après avoir fait un nouveau malaise hypoglycémique au travail et être passée aux urgences. Elle est alors diagnostiquée dépressive, en réaction au décès de son fils, avec une addiction à l'alcool associée. Madame B. refuse d'être hospitalisée et refuse le suivi psychiatrique. Elle voit un médecin somaticien qui fait alors le bilan de ses nombreux antécédents et suivis médicaux actuels. En effet, Madame B. souffre d'hypertension artérielle, d'un diabète non insulino-dépendant stabilisé par un régime, de tachycardie, de dyslipidémie, d'asthme d'origine allergique (pollens, acariens, cyprès). Sur le plan chirurgical, elle a subi une appendicectomie, une amygdalectomie, et une adénoïdectomie. Elle s'est fait opérer d'une fracture à l'avant-bras gauche, et au ménisque gauche. Elle souffre également d'une hernie cervicale C4/C5 depuis un accident de la route pendant l'enfance. Elle a de nombreuses céphalées. Après plusieurs rendez-vous médicaux, Madame B. accepte des traitements antalgiques et des somnifères. Elle sortira après une semaine d'hospitalisation. Le suivi au C.M.P. se poursuit.

En avril 2014, elle est hospitalisée à l'U.P.A. car sa dépendance à l'alcool et sa dépression ont une évolution fluctuante, dans un contexte d'éventualité de perte d'emploi, en raison de douleurs cervicales de plus en plus importantes. Le risque suicidaire est présent. Une pancréatite est diagnostiquée. Après un scanner abdominal, les médecins repèrent un foie stéatosique, un pancréas augmenté de taille par la présence de faux kystes péri-pancréatiques. Le contact avec les soignants est difficile. Elle refuse toujours le suivi psychiatrique mais accepte de démarrer une réhabilitation pour son addiction. Elle sort donc de l'U.P.A. pour aller dans un service d'addictologie pendant 6 semaines. Dans ce service, elle accepte la prise en charge de son addiction et un passage à mi-temps pour son emploi est alors décidé. Elle refuse toujours un accompagnement pour le travail de deuil et semble extrêmement attachée aux entretiens qu'elle a avec l'infirmière du C.M.P. L'abstinence n'est pas possible, elle consomme de l'alcool dès qu'elle est autorisée à sortir du service. L'hospitalisation est peu investie. Le suivi en addictologie se poursuit avec l'équipe de liaison et soin en addictologie.

A l'approche des fêtes de la même année, Madame B. va aux urgences et dit ressentir une paralysie de l'hémicorps gauche. Les examens complémentaires ne montrant pas de troubles, les urgences l'orientent vers l'U.P.A, une crise conversive est diagnostiquée. Elle restera une semaine à l'U.P.A. Madame B. reconnaît la recrudescence de sa pathologie dépressive en période de fêtes. Elle se montre cette fois-ci très coopérante aux soins et accepte le traitement antidépresseur. C'est ainsi qu'elle ira à une séance de psychomotricité, et découvre la relaxation, dont elle aura un vécu positif. Ma maître de stage demande alors en réunion d'équipe s'il ne serait pas pertinent de poursuivre le travail au C.M.P. C'est ainsi que Madame B. est adressée au C.M.P.

3. Bilan Psychomoteur

Je reçois Madame B. pour la première fois au C.M.P le 22 janvier 2015. Le premier entretien permet la passation du bilan du tonus, avec une longue discussion autour de l'histoire de Madame B. À ce moment, Madame B. est dans une demande de soins, et s'inscrit alors dans plusieurs ateliers du C.A.T.T.P., mais refuse toujours le travail en psychologie.

Madame B. me fait part d'un vécu très négatif et douloureux de son corps. À l'examen du tonus, je repère dans un contexte d'hypertonie globale, de nombreuses dystonies et paratonies, le ballant est impossible. Madame B. a une connaissance de son corps appropriée (somatognosies), mais l'image du corps est très dévalorisée face à un monde qui lui apparaît agressif. Elle me dit « j'ai trois murs d'enceinte » pour évoquer son enveloppe corporelle, et ajoute faire difficilement confiance aux gens. Madame B. n'a pas une présentation très soignée. Lors de l'examen du tonus je constate que ses cheveux sont « gras » et une forte odeur se dégage de ses pieds.

Madame B. ne présente pas de troubles dans la motricité générale ou fine, hormis des difficultés de mouvements au niveau du cou dues à ses douleurs cervicales. Il n'y a rien de

particulier non plus au niveau de l'équilibre et des coordinations. Madame B. se repère correctement dans l'espace et le temps. Les troubles du sommeil sont peu présents car elle prend des somnifères.

Le bilan de Madame B. indique qu'un travail sur le vécu positif du corps et notamment autour des enveloppes pourrait paraître pertinent pour une restauration narcissique et peut-être amorcer un travail d'élaboration.

4. Prise en soins

Au vu des dispositions toniques de Madame B., le travail de relaxation démarre dès le deuxième rendez-vous. Je lui propose alors une relaxation à induction verbale. Madame B. se livre peu, ni au début ni à la fin de la séance. Elle dit percevoir que les séances lui font du bien mais il me semble que la détente pourrait être davantage explorée. À la quatrième séance, je lui propose une séance de relaxation coréenne. Madame B. me dit alors ne jamais avoir « senti son corps comme ça » et j'observe de mon côté également un relâchement. Par exemple, ses muscles trapèzes sont bien plus détendus et laisse paraître un cou qui semblait confondu avec son menton.

Madame B. investit dès lors beaucoup les séances et une évolution positive s'observe. Elle vient avec des tenues de plus en plus soignées, se lave les cheveux avant de venir, s'inquiète de savoir si l'odeur de ses pieds me dérange, s'excuse d'avoir transpiré avant d'arriver, me dit que la relaxation serait peut-être plus efficace si elle venait avec des vêtements amples… Dans les mobilisations, j'observe une détente musculaire mais le ballant n'est pas toujours pas possible pour aucun de ses membres. La relaxation coréenne utilisant les vibrations, il est possible que Madame B. ait des illusions perceptives (phénomène de vection). Elle me parle de son fils et de son enfance. Elle tient à reprendre le travail rapidement. Néanmoins, elle ne fait pas

beaucoup de liens entre son vécu et ses verbalisations. Le travail d'élaboration ne semble toujours pas envisageable.

Le 19 mars, Madame B. ne vient pas car elle est aux urgences. En effet, elle a été trouvée errant dans les rues de la ville, et cherchant le cimetière pour aller voir la tombe de son fils. Durant la semaine elle ira régulièrement aux urgences après avoir fait des malaises. Elle dit s'être fait agresser verbalement par ses voisins, pour nuisance sonore. Au bout d'une semaine, Madame B. sera admise à l'U.P.C. (26 mars). Elle refuse tout traitement, et ne comprend pas la décision d'hospitalisation et la vit comme une punition de l'altercation qu'elle a eue avec ses voisins. Je fais la demande au l'équipe de l'U.P.C. de venir voir Madame B. pour des séances de psychomotricité, qui me permettent d'aller la voir le 2 avril, soit trois semaines après le dernier rendez-vous au C.M.P. La veille, lors d'une autorisation de sortie, Madame B. a un accident de voiture. Elle a de nombreux hématomes au visage, mais ne se plaint d'aucune douleur. L'équipe estime alors un potentiel suicidaire et ses autorisations de sorties lui sont retirées, ce qui irrite Madame B. Elle me dit alors à quel point cela la soulage de savoir que je vais venir et me dit qu'elle était sûre que je lui « rendrais visite ». Il me paraît alors nécessaire de poser le cadre de ces séances pendant l'hospitalisation. Je lui explique que c'est suite à la prescription du médecin psychiatre que j'interviens, et lorsqu'elle me remercie « d'être venue » la voir à la fin de la séance (qui l'apaise beaucoup), je lui réponds que c'est mon métier. La semaine suivante, j'apprends que l'accident de voiture lui a occasionné deux fractures : une au sternum et une à l'épaule. Je décide alors de lui proposer une relaxation à induction verbale qu'elle refuse. Nous faisons une séance autour de la respiration, qui semble l'agacer. Madame B. se montre alors très froide. La séance n'est pas positive.

Après cette dernière séance, je reverrai Madame B. au C.M.P. le 7 mai 2015 pour poursuivre le travail.

5. Conclusion

L'étude de cas est celle d'une personne ayant un vécu menaçant de l'environnement, et qui manifeste sa souffrance via de nombreuses somatisations. La rencontre se fait dans un contexte où Madame B. est dans une demande de soins. Les difficultés de Madame B. à faire des liens entre sa souffrance et ses problèmes d'addiction font qu'elle n'arrive pas à formuler de plainte, et encore moins à prendre conscience de son état dépressif. Madame B. n'adhère qu'à deux prises en soins : celle en soins infirmiers et celle en psychomotricité. Il est primordial de maintenir la qualité de cette alliance thérapeutique pour pouvoir essayer d'amener Madame B. vers une prise en soin plus complète, et adaptée à sa situation. Madame B. pourrait alors faire un travail de deuil. Le travail en psychomotricité, et plus particulièrement la proposition de relaxation, semble pertinent et positif. Il laisse penser que la restauration narcissique est possible chez Madame B. La poursuite des séances de psychomotricité semble donc essentielle.

Les deux études de cas ont montré comment la médiation relaxation en psychomotricité et la fonction tonique vont entrer en résonnance avec les manières d'interagir propres à chaque patient. En effet, les dispositions toniques sont en lien avec les interactions vécues tout au long de la vie, et c'est dans ce contexte que la rencontre en psychomotricité va se faire. Ce sont elles, qui vont signer la singularité de chacun, et permettre d'affirmer son identité. Les dispositions toniques vont également structurer les représentations de la personne, par un vécu corporel coloré d'affects, et structurer l'image du corps. La dimension de dialectique interhumaine (pour reprendre les mots de Durand de Bousingen et Kammerer[1]) proposée pour le travail en relaxation est donc bien présente.

[1] DURAND De BOUSINGEN R., KAMMERER T., Psychothérapies de relaxation, Encyclopédies Médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37 820 B10 1967, Paris, éditions techniques, 1967, cité par DUBOIS O., NUSS P., REVEL S., Techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique, Encyclopédies Médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37 870 A10, Paris, Elsevier Masson, 2003.

Conclusion

La question de la relaxation dans le cadre d'une prise en soins individuelle en psychiatrie adulte a été étudiée dans ce mémoire. Cette médiation est utilisée en psychiatrie par divers soignants, depuis les années 1930. Chaque professionnel travaille de manière spécifique la relaxation, selon une problématique particulière, et selon ses compétences (relatives à des décrets).

En commençant ce stage, j'ai constaté que les soignants avaient souvent recours à la relaxation. En psychomotricité, les manifestations corporelles des troubles psychiques sont travaillées, il s'agit de rétablir un lien entre le corps et la psyché, de prendre conscience de la manière dont le corps et la motricité sont investis psychiquement. Le travail de relaxation en psychomotricité s'axe principalement sur la fonction tonique et le schéma corporel/ image du corps, qui en font sa spécificité. Ce travail de recherche m'a permis de mieux comprendre ce que je propose aux patients, et de pouvoir définir le cadre dans lequel je leur propose un soin. Ainsi, l'étude de cas de Madame G. a montré comment pouvait se mettre en place une séance de relaxation, et celle de Madame B., a mis en lumière que le fait de passer par les éprouvés du corps peut amorcer quelque chose de l'ordre de l'élaboration. Les différentes vignettes cliniques ont mis en évidence la nécessité d'adapter le type de relaxation à chaque patient, puisque chacun présente des problématiques propres, en lien avec son vécu.

La singularité de chaque rencontre a montré l'importance de pouvoir offrir à chaque patient plusieurs types de support en psychomotricité. Il paraît alors primordial de continuer à recevoir de la relaxation soi-même, de continuer à se former, afin de ne pas enfermer les patients dans quelque chose d'immuable. La question de la médiation relaxation en psychomotricité peut être davantage étudiée. En effet, ce mémoire ne traitait que les cas de prise en soins individuelle, et la relaxation peut également se pratiquer en groupe. Il serait intéressant de voir ce qui peut se mettre en jeu en relaxation dans la dynamique de groupe.

Bibliographie

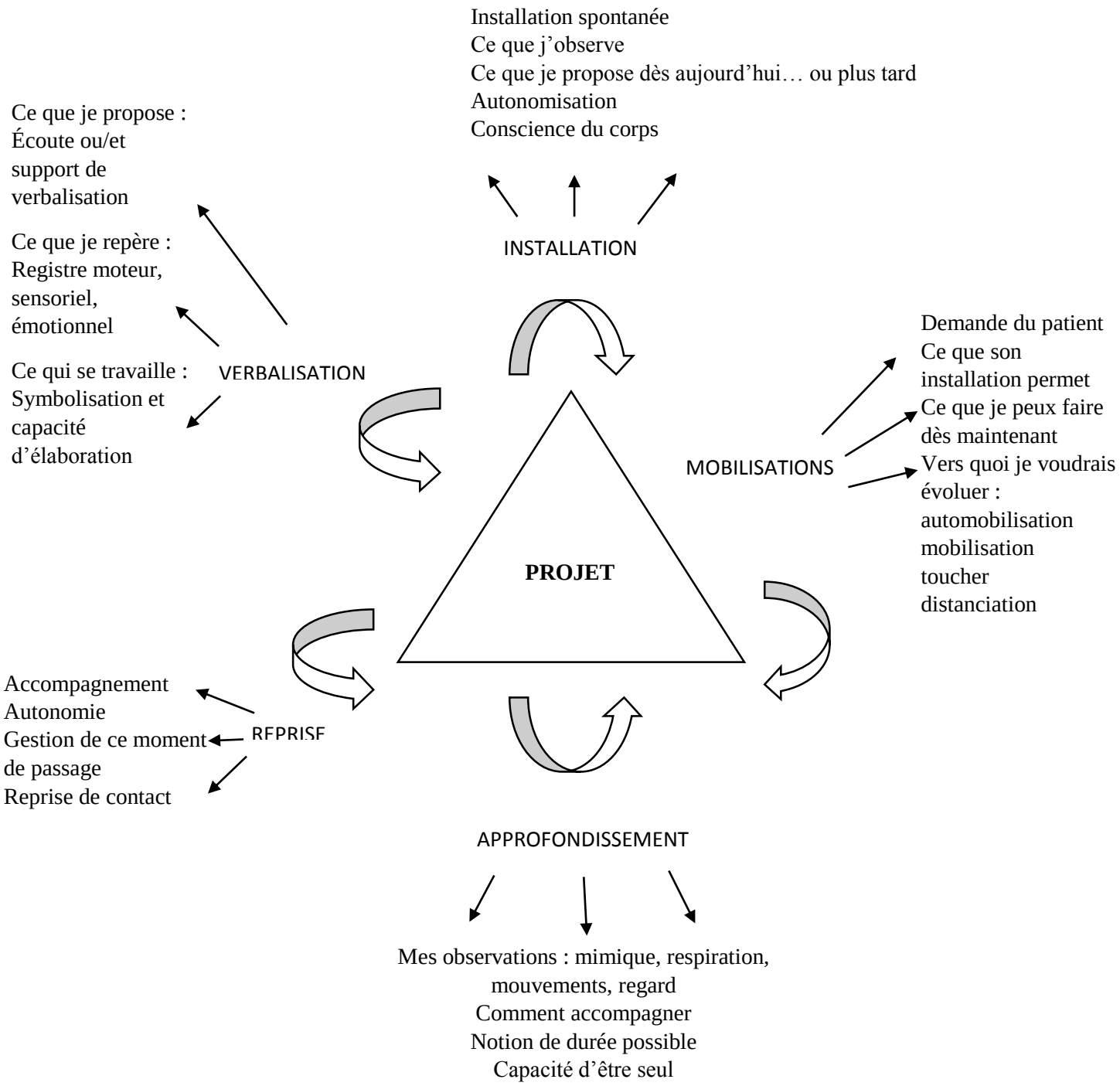
- ABEILHOU P., CORRAZE J., Le biofeedback : une aide technique supplémentaire à la prise en charge psychomotrice, Entretiens de Bichat Psychomotricité, 2010 ;
- ANDRÉ P., BENAVIDÈS T., GIROMINI F., Corps et Psychiatrie, 2ème édition, Paris, Heures de France, 2004 ;
- ALBARET J-M., GIROMINI F., SCIALOM P., Le manuel d'enseignement de psychomotricité, Paris, De Boeck-Solal, 2012 ;
- BOUTINAUD J., JOLY F., MOYANO O., RODRIGUEZ M., Où en est la psychomotricité ? États des lieux et perspectives, Pour une approche psychodynamique, Paris, Editions In Press, 2014 ;
- BIGAUD E., Rencontrer le sujet schizophrène en psychomotricité : vers une restauration des enveloppes corporelles et psychiques en relaxation, mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2014 ;
- BREINER P., Rebond/ Psychomotricité et Psychiatrie : regard, mouvement, identité, Thérapie psychomotrice et recherches, no 111, 1997 ;
- BRUN A., « Introduction » , Le carnet PSY, no141,2010 ;
- CABROL F., « De bois, De bois, je suis une marionnette … et je deviens un petit garçon », Thérapie psychomotrice et recherches no 146, 2006 ;
- CALZA A., CONTANT M., Abrégés de Psychomotricité, 3ème édition, Issy-les-Moulineaux, Masson, 2007
- CARRIC J-C., SOUFIR B., Lexique, Pour le Psychomotricien, Paris, Éditions Robert Atlani, 2014 ;
- CAUT I., Indication, Demande et Projet, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 121,2000 ;
- CHRISTODOULOU A., Indication et prescription de la psychomotricité en psychiatrie adulte, Évolutions Psychomotrices, volume 18, no71, 2006 ;

- DAHAN J., L'expérience du corps et du corps parlé, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 146,2006
- DAHAN J., THOMAS Y., Pour une relaxation psychomotrice !, Évolutions Psychomotrice no 10, 1991 ;
- DEFOSSEZ S., Mise en place d'un projet thérapeutique en relaxation psychomotrice, Thérapie psychomotrice, Thérapie psychomotrice et recherches, no 111, 1997 ;
- DEFIOLLES-PELTIER V., Les vérités du corps dans les psychoses aiguës, Paris, 2ème édition, Éditions Vernazobres-Grego, 2010 ;
- DUBOIS O., NUSS P., REVEL S., Techniques corporelles en thérapeutique psychiatrique, Encyclopédies Médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37 870 A10, Paris, Elsevier Masson, 2003.
- DURAND De BOUSINGEN R., La relaxation, page 47-49, collection «que sais-je ? », sixième édition, Paris, P.U.F., 1980 ;
- FEAT V., « Histoire de Juliana », À propos des enveloppes psychocorporelles, Thérapie psychomotrice et recherches no 146, 2006 ;
- GRABOT D., Psychomotricien, émergence et développement d'une profession, Marseille, Solal, 2004, chapitres V et VI ;
- GUIOSE M., Relaxations thérapeutiques, 2ème édition revue et augmentée, Paris, Heures de France, 2007 ;
- GUIOSE M., Rétrospective des concepts de schéma corporel, images du corps et enveloppes psychiques, Évolutions Psychomotrices no 51, 2001 ;
- http://www.anxiete.fr;
- http://www.etat-depressif.com ;
- http://www.fondationdesmaladiesmentales.org ;
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf;
- http://www.universalis.fr/encyclopédie/;

- JOLY F., LABES G., Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1, Paris, Edition Du Papyrus, 2009 ;
- LE CAMUS J., pratiques psychomotrices, Liège Pierre Mardaga, 1996 ;
- LEMAIRE J.-G., La relaxation, 2eme édition, Petite bibliotheque Payot, 1991 ;
- LESAGE B., Jalons pour une pratique psychocoporelle, Toulouse, érès, 2012 ;
- LOCKHART I., « c'est toujours pareil ! » variations toniques en relaxation, Thérapie psychomotrice et recherches no 157, 2009 ;
- MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, volume 1, Le Bouscat, L'Esprit du Temps, 1995 ;
- MARVAUD J., Relaxation, actualité et innovation, volume 2, Le Bouscat, L'Esprit Du Temps, 1995 ;
- PARISIS K., Une démarche psychomotrice de soins auprès de patients dépressifs. Dynamique d'un sujet en relation à travers la relaxation, mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2013 ;
- PASSEMAR D. de, Soigner la dépression en psychomotricité : prendre conscience de son corps, aller à la rencontre de soi, devenir sujet, mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2013 ;
- PIREYRE E., Clinique de l'image du corps, Paris, 2ème édition, Dunod, 2015 ;
- POTEL C., Corps Brûlant, Corps Adolescent, Ramonville Saint-Agne, érès, 2006 ;
- POTEL C., Être psychomotricien, 2ème édition, Toulouse, érès, 2013 ;
- SAPIR M., Le corps en relation, Paris, érès, 2003 ;
- SAPIR M., Les psychothérapies de relaxation chez l'adulte, Encycopédies médico-chirurgicales, Psychiatrie, 37820-B-10, Paris, éditions Techniques, 1974 ;
- SELMI F., Traumatisme infantile et thérapie psychomotrice de relaxation, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 146,2006 ;
- SCHULTZ J.H., Le training autogène, 1ere édition de la collection Quadrige, Presses Universitaires de France, Paris, 2008 ;

- SOUBIRAN G.B., COSTE J-C., Psychomotricité et relaxation psychosomatique, Paris, DOIN éditeurs, 1975 ;
- SOULIGNAC-MORENO H., L'approche de l'autre, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111,1997 ;
- THIVEAUD M., De la formation didactique, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997 ;
- THIVEAUD M., La relaxation psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherches no111, 1997 ;
- TREUSSARD F., « La parole empêchée ? », Thérapie Psychomotrice et Recherches no 111, 1997 ;
- www.larousse.fr.

ANNEXE 1



« La pratique se déploie autour du projet thérapeutique et vient poursuivre sa construction en retour »

CAUT I., Du projet thérapeutique à la pratique en la relaxation psychomotrice, Thérapie Psychomotrice et Recherches no 146, 2006

ANNEXE 2

Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice

Article 1 (abrogé au 8 août 2004)

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants [*compétence, attributions*]:

1. Bilan psychomoteur.

2. Education précoce et stimulation psychomotrices.

3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- retards du développement psychomoteur ;

- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;

- troubles du schéma corporel ;

- troubles de la latéralité ;

- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;

- dysharmonies psychomotrices ;

- troubles tonico-émotionnels ;

- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;

- débilité motrice ;

- inhibition psychomotrice ;

- instabilité psychomotrice ;

- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

ANNEXE 3

Schéma corporel	Image du corps
Le même pour tous les individus.	Propre à chacun, liée au sujet et à son histoire.
En partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient.	Eminemment inconsciente, elle peut devenir en partie préconsciente quand elle s'associe au langage conscient.
	Synthèse vivante de nos expériences émotionnelles, elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. Elle est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel.
C'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.	
	Support du narcissisme.
Évolutif dans le temps et l'espace.	Le temps s'y croise à l'espace. Le passé inconscient résonne dans la relation présente.
Abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité, il se structure par l'apprentissage et l'expérience.	Se structure par la communication entre sujets et la trace, au jour le jour mémorisée, du jouir frustré, réprimé ou interdit (castration du désir, au sens psychanalytique)
Réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage.	Réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets.
	Toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image-fonctionnelle et d'une image des zones érogenes ou s'exprime la tension des pulsions

Schéma corporel et image du corps selon F. Dolto

GUIOSE M., Rétrospective des concepts de schéma corporel, image du corps et enveloppes psychiques, *évolutions psychomotrices no 51*, 2001.

Table des matières

Remerciements ……...……..... 2

Avant-propos……..……...3

Sommaire……...……4

Introduction ……..……5

Chapitre 1 : La relaxation thérapeutique……..……..7

I- **Histoire de la relaxation**……..…….……...7

1. **Un historique, pourquoi** ?.....7
2. **Place à l'Histoire**……...……....……..……8
3. **En guise de conclusion** ……...……..……. 12

II- **Les différents types de relaxation** ……13

1. **Classification** ……..……...……13
2. **Méthodes neuromusculaires**…….……14
   a. La relaxation progressive de Jacobson……..……14
   b. Biofeedback……...14
   c. La relaxation coréenne……...15
3. **Méthodes utilisant l'autohypnose et l'autoconcentration** ……. 16
   a. Le training autogène de Schultz ……16
   b. La relaxation a inductions variables de Sapir ……17
   c. L'induction verbale ou «guided imagery » …..…….……18
4. **Méthodes de rééducation psychotonique**…….19
   a. La rééducation psychotonique d'Ajuriaguerra ……19
   b. La relaxation selon Soubiran…….20
   c. La relaxation dynamique psychomotrice de Dupont ……20

d. L'eutonie d'Alexander …… 21

5. **Conclusion**……...……...22

III- **Les effets de la relaxation**……..……23

1. **Effets physiologiques**……...……..23

2. **Une étude en psychomotricité**…….……..24

3. **Conclusion**……. 25

Chapitre 2 : quelles indications pour la relaxation en psychiatrie adulte ? 26

I. **Les problématiques psycho-corporelles en psychiatrie adulte**……. 26

1. **Les Névroses**….……26

a. Les troubles anxieux……26

b. L'hystérie de conversion……. 32

c. Les troubles de l'humeur……. 32

d. Les troubles du sommeil ……33

2. **Les conduites addictives** ……..……...34

a. La prise de toxiques……34

b. Les troubles du comportement alimentaire……..35

3. **Les états limites**……...……36

4. **Les psychoses**……...36

5. **Les maladies psychosomatiques**……37

6. **Conclusion**……38

II. **Les soignants pratiquant la relaxation en psychiatrie adulte** ……...39

1. Les psychiatres 39

2. Les psychologues…… 40

3. Les infirmiers ……..41

4. Les kinésithérapeutes ……41

5. Les ergothérapeutes ……42

6. Conclusion ……...43

III. Les indications pour la relaxation en psychiatrie adulte……44

1. Généralités …….. 44

a. Indications ...……...44

b. Contre-indications …… 45

2. **Les spécificités de la psychomotricité en psychiatrie adulte** ……..…47

3. **Conclusion** ……..49

Chapitre 3 : Spécificités de thérapie psychomotrice dans la proposition de relaxation avec le patient en psychiatrie adulte……..50

I. La médiation relaxation en psychomotricité……..50

1. La médiation en psychomotricité……...50

2. La médiation relaxation en psychomotricité…….51

II. Détente, tension, relaxation : le tonus à la base de tout……...56

1. Les bases physiologiques du tonus musculaire …….56

a. Le tonus musculaire…….56

b. La neurophysiologie du tonus musculaire ……..57

c. La boucle ''sensation-perception-représentations''……58

2. Le tonus musculaire dans la relation……..60

a. Le corps dans la relation……..60

b. Ontogenèse du tonus musculaire…….62

c. Les troubles du tonus musculaire……63

III. La relaxation dans la pratique psychomotrice ……..66

1. Schéma corporel et image du corps ……..66

a. Définitions ……..66

b. Application en relaxation……68

2. **Relaxation en psychomotricité : rapport au temps et à l'espace** ……69

a. Généralités ……..69

b. L'introjection et la projection……..70

3. **Les niveaux de vigilance et les états de conscience**……..…71

4. **Conclusion**……....72

Chapitre 4 : Clinique psychomotrice dans une proposition de relaxation ……..73

I. **Présentation du stage**……73

1. **Introduction**……73

2. **La structure**……73

a. Les institutions……73

b. La population rencontrée……74

c. Communication interprofessionnelle ……..75

3. **La psychomotricité** ……....76

a. La question du bilan psychomoteur en psychiatrie adulte …… 76

b. La prise en soins psychomotrice en psychiatrie adulte ……..77

II. **Étude de cas : Madame G**……78

1. **Présentation**……...…..78

2. **Diagnostic et projet de soins**……80

3. **Bilan psychomoteur**……81

4. **Prise en soins** …….. 82

a. De la premiere rencontre à la premiere proposition……83

b. Du début d'une prise en soins au questionnement du cadre……83

c. D'un apaisement vers une nouvelle proposition……..85

d. La préparation à l'opération……86

5. **Conclusion**……87

III. Étude de cas : Madame B…….88

1. **Présentation**…….88
2. **Diagnostic et projet de soins**……89
3. **Bilan psychomoteur**…….91
4. **Prise en soins** ……...92
5. **Conclusion**……94

Conclusion……95

Bibliographie……...96

Annexe 1……100

Annexe2……..101

Annexe3……..102

Table des matières…….103