HAL
open science

De soi à l'autre, une rencontre pour se différencier : accompagner l'ancrage à la réalité dans un groupe ouvert de relaxation en psychiatrie adulte

Marion Boisseau

▶ **To cite this version:**

Marion Boisseau. De soi à l'autre, une rencontre pour se différencier : accompagner l'ancrage à la réalité dans un groupe ouvert de relaxation en psychiatrie adulte. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075128

HAL Id: dumas-02075128

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075128v1

Submitted on 21 Mar 2019

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ

PITIÉ-SALPÊTRIÈRE PARIS

De soi à l'autre, une rencontre pour se différencier

Accompagner l'ancrage à la réalité dans un groupe ouvert de relaxation en psychiatrie adulte

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

par **Marion BOISSEAU**

Maître de mémoire :

Mme. Anne GATECEL

Session juin 2018

Remerciements

Un grand merci aux patients de l'institution psychiatrique pour ces moments, forts en émotions et en enseignement, qui m'ont inspiré la rédaction de ce mémoire. Une pensée particulière pour les patients de l'hôpital de jour, pour leur patience et leur bienveillance, leurs retours et leurs encouragements. Et à tous ceux rencontrés lors de mes stages, qui m'ont permis de me construire et de grandir en tant que future psychomotricienne.

Merci à Anne Gatecel pour sa disponibilité, ses éclairages et ses conseils avisés.

Merci à tous mes maîtres de stage de ces trois années, pour leurs retours et leurs enseignements. Un immense merci à Elisabeth et Novélie pour leurs relectures, leur implication et leur précieux soutien. Leur bienveillance et leur professionnalisme qui me donnent envie de suivre le même chemin. Merci à Marcelo et à Mélodie pour leur gentillesse et leur douceur tout au long de ce stage.

Merci à tous mes camarades de l'IFP et notamment au TD1, à toutes ces belles personnes qui m'ont soutenue, à ces précieux moments partagés dans le doute comme dans la joie.

Merci à mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Merci à mes parents et à ma famille pour leur amour et leur soutien sans faille durant toute ma scolarité.

Sommaire

Introduction.....5

PARTIE THÉORIQUE.....8

I. Le groupe.....9

I.A. Qu'est-ce que le groupe ? Evolution du concept et théories du groupe.....9

I.B. Point de vue développemental : groupe et construction identitaire.....12

I.C. Le groupe en thérapie.....15

II. Psychiatrie adulte.....19

II.A. Définitions et Classifications.....19

I.B. Principaux troubles psychiatriques et problématiques psychocorporelles.....21

II.C.Troubles psychomoteurs en psychiatrie, modèles explicatifs.....25

II.D. Spécificités de la prise en charge psychomotrice en psychiatrie.....29

III. La relaxation.....33

III.A. Qu'est-ce que la relaxation ?.....33

III. B. Abord psychomoteur, questionnements sur les effets et le dispositif.....39

III.C. Approche psychomotrice de la relaxation en psychiatrie.....43

PARTIE CLINIQUE.....46

I. Présentation de l'institution.....47

I.A. Présentation générale.....47

I.B. Place de la psychomotricité au sein du service.....49

II. Le groupe de relaxation.....52

II.A. Dispositif et présentation du groupe.....52

II.B. Déroulement des séances.....54

II.C. Les temps informels.....57

III. Les spécificités de la relaxation en groupe ouvert au sein d'une institution psychiatrique.....59

III.A. Rassembler, unifier… un holding thérapeutique.....59

III.B. De soi à l'autre, rencontrer pour se différencier.....70

III.C. Échanger, communiquer.....76

Conclusion.....82

Introduction

Notre premier jour de cours à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Pitié-Salpêtrière se déroulait dans une spacieuse salle en proche banlieue parisienne. Durant une journée entière, une vingtaine de néophytes et leur enseignante s'adonnaient à explorer et revisiter des jeux d'enfants. Ce temps, si particulier, était le prétexte d'une rencontre naïve, vierge de toute théorie et surtout forte en émotions avec le monde de la psychomotricité. Cette journée marquait également le point de rencontre des membres notre groupe classe. Ce groupe, nous prévenait-on alors, constituerait un élément majeur de nos découvertes et de nos expérimentations au cours de ces trois années d'études. A partir de là mon intérêt sur la question n'a cessé de croître. Force est de constater tout ce qui se jouait dans ce vaste dispositif expérimental. Nous régressions et nous grandissions ensemble.

Ayant peu eu affaire à des prises en charge groupales lors de mes précédents stages, j'ai décidé d'employer ma dernière année à découvrir ce type de dispositif. L'après-midi du jeudi, avec ma maître de stage et deux autres co-thérapeutes, nous menons un groupe ouvert de relaxation dans une structure hospitalière psychiatrique. La plupart des patients que nous accueillons en séance perçoivent difficilement la réalité de leur corps-propre et de ses limites, mauvais objet faillible et fragile pour certains, entité morcelée pour d'autres. Ce clivage corps-esprit alimente leurs angoisses et développe des difficultés d'adaptation à l'environnement et notamment dans la relation à l'autre. La relaxation est une médiation fréquemment utilisée en psychiatrie pour apaiser les angoisses et travailler la conscience corporelle. L'abaissement du niveau de vigilance et l'aspect contenant du dispositif place le patient dans un état régressé qui favorise le travail sur les expériences corporelles archaïques.

Un travail en groupe paraîtrait donc délicat pour le patient si l'on envisage le besoin d'accompagnement d'une personne qui expérimente un tel état de régression.

Cependant, j'ai réalisé l'intérêt que peut apporter un travail en groupe dans ce type de situation et les bénéfices que semblent en retirer les patients. En quoi le dispositif de groupe peut-il étayer les effets de la relaxation ? Comment pouvons-nous, en tant que psychomotriciens, garantir la sécurité physique et psychique de chaque patient tout en permettant aux processus groupaux de s'exprimer ?

Par ailleurs, au fur et à mesure des semaines, mes observations sur le terrain de stage sont venues enrichir ma réflexion. La question du dispositif de groupe ouvert m'a particulièrement intriguée : si au cours de nos études nous étions fréquemment amenés à nous questionner sur les problématiques des groupes fermés, il en était plus rarement le cas pour les groupes ouverts. Or, l'on retrouve couramment ce type de groupe dans les milieux hospitaliers, notamment en gériatrie et en psychiatrie. De là, une interrogation supplémentaire m'est venue : quelles sont les particularités d'un groupe ouvert et comment assurer une continuité de la prise en charge dans un groupe qui se renouvelle à chaque séance ?

En partant de ces pistes de réflexions, j'ai tenté de synthétiser et de faire émerger le fil directeur de ma question centrale : **Dans le cadre d'un groupe ouvert de relaxation en psychiatrie adulte, comment accompagner le patient dans un renforcement de son lien à la réalité ?**

Pour tenter d'y répondre, je m'appuierai sur les hypothèses suivantes :

- Le psychomotricien, par son engagement corporel et l'aménagement du dispositif de séance, fournit au patient l'étayage nécessaire pour expérimenter un état régressif tout en se sentant exister au sein du groupe.
- Le dispositif de groupe vient renforcer les phénomènes d'ancrage et de différenciation mis en jeu par la relaxation.

Dans une première partie théorique, je commencerai par interroger la place du groupe dans le développement de l'individu et les processus en jeu dans les groupes

thérapeutiques. Puis nous étudierons les troubles psychomoteurs rencontrés en psychiatrie et la manière dont peut être envisagée la prise en charge. Enfin, la troisième sous-partie sera consacrée à la relaxation, les dispositifs et les processus.

Dans la deuxième partie, axée sur la clinique, je décrirai le contexte de l'institution et du groupe. Le dernier point de cette partie consistera en une discussion, illustrée de vignettes cliniques, des problématiques précédemment énoncées.

PARTIE THÉORIQUE

I. Le groupe

I.A. Qu'est-ce que le groupe ? Evolution du concept et théories du groupe.

I.A.1. Définition

Le terme « groupe » dérive de l'italien « groppo » signifiant « nœud », lui-même emprunté au germanique « kruppa » traduit par « masse arrondie ». On retrouve donc dans ce mot à la fois une notion de circularité et de lien. Il s'agit à la base d'un terme de sculpture et de peinture désignant selon le dictionnaire de l'Académie Française « un assemblage d'objets tellement rapprochés ou unis que l'œil les embrasse à la fois. [...] Par extension, il se dit de plusieurs objets qui forment ou doivent former un tout. [...] Il se dit également, dans le langage ordinaire, d'un certain nombre de personnes réunies et rapprochées ».

Dans ses acceptions plus classiques, le groupe désigne une « partie homogène d'un ensemble dans une classification » ou encore un « ensemble de choses, d'animaux ou de personnes, formant un tout et définis par une caractéristique commune ». Un groupe est donc à la fois contenu dans un ensemble plus grand, et est formé de plusieurs éléments, liés entre eux par une caractéristique qu'ils partagent. Il est un tout et partie d'un tout, par opposition à la notion d'unicité. Il peut également être caractérisé comme « ensemble défini par le nombre ou la quantité qui le constitue ». Le sens d'un groupe dépendra donc également de la quantité de ces éléments et comment ils s'organisent entre eux.

I.A.2. Classifications

Le psychanalyste Didier Anzieu et le neuropsychiatre et psycho-sociologue Jacques-Yves Martin définissent cinq grandes catégories de groupes sociaux :[1]

- La foule : un grand nombre d'individus se retrouvent au même endroit, sans avoir cherché à se réunir, pour une motivation ou une contrainte propre à chacun d'entre eux.
- La bande : des individus se réunissent volontairement pour le plaisir d'être ensemble, par recherche du semblable. Ses membres sont en nombre limité et elle présente un caractère éphémère.
- Le groupement : c'est une rassemblement volontaire de personnes avec une fréquence de réunion et une permanence relative des objectifs.
- Le groupe primaire ou groupe restreint : il est constitué d'un nombre limité de personnes, chacune disposant d'une perception individualisée des autres. La poursuite des objectifs est commune à ses membres, ainsi que les normes et rites propres au groupe. Il peut y avoir une forte interdépendance et des relations affectives fortes entre les personnes, une union morale qui persiste même en dehors des réunions.
- Le groupe secondaire ou organisation : c'est un système social fonctionnant selon des institutions à l'intérieur d'une branche de la société. Les liens entre les individus sont plus formels que dans le groupe primaire.

On peut également distinguer :

- Le groupe formel : il possède une organisation définie avec des rôles assignés.
- Le groupe informel : il est constitué de façon imprévue, par la volonté des individus qui ont des affinités, des intérêts communs d'ordre professionnel ou personnel.
- Le groupe d'appartenance : c'est un groupe primaire auquel appartient un individu et dans lequel il a des relations directes avec les autres membres. La famille est le premier groupe d'appartenance de l'individu.

1 Anzieu et Martin, 2013

- Le groupe de référence : c'est un groupe que l'individu prend comme modèle de conduite et dont il adopte les comportements, normes, et valeurs.[2]

I.A.3. Conception psychanalytique, l'appareil psychique groupal

En 1970 René Kaës[3], psychanalyste spécialiste des phénomènes de groupe, propose le concept d'appareil psychique groupal pour rendre compte des processus intersubjectifs entre les sujets constituant un groupe. La formation d'une enveloppe groupale permet la constitution d'un groupe. Un dedans et un dehors peuvent alors s'établir. L'enveloppe groupale a une fonction de contenance, de filtre d'échanges, elle est limitative et protectrice. Elle permet de créer un espace interne, une temporalité propre au groupe et une aire transitionnelle étayant les processus de symbolisation. De plus, elle contient et soutient les processus régressifs.

Au départ, il y a une indifférenciation entre le dedans et le dehors, les appareils psychiques individuels sont articulés autour d'un même pôle dit isomorphique, imaginaire et indifférencié.[4] Il y a confusion entre les espaces psychiques individuels et l'appareil psychique groupal. Les individus perdent temporairement leur identité, forment un tout indifférencié qui fait corps. Toute variation peut venir perturber l'intégrité du groupe. Il n'y a pas d'espace intermédiaire au sein du groupe. Les interventions sont alors focalisées sur le développement d'une fonction contenante afin d'instaurer une unité au sein du groupe.

Par la suite, le groupe s'organise autour d'un pôle homomorphique. La différenciation de l'espace de l'appareil psychique groupal est soutenue par l'accès au symbolique. Le groupe est suffisamment solide, dans ses rituels et ses normes qui lui sont propres, pour accueillir une intervention individuelle de l'un des membres. L'accès à cette configuration permet de faciliter les interruptions du groupe ou l'entrée de nouveaux participants. Tout changement entraîne une régression à un pôle isomorphique pour

2 Ibid.

3 Kaës, 1970, cité par Fredenrich., 2010

4 Fredenrich., 2010

permettre à nouveau une formation d'enveloppes distinctes. Le groupe va alors osciller entre ces deux types de configuration à mesure des aléas rencontrés.

I.B. Point de vue développemental : groupe et construction identitaire

« Le groupe est indispensable à l'enfant, non seulement pour son apprentissage social mais pour le développement de sa personnalité et pour la conscience qu'il peut en prendre[5] ». Comme le souligne cette citation du psychologue Henri Wallon, les relations sociales structurent le développement et la personnalité de l'individu, de ses premières années à l'âge adulte.

I.B.1. Genèse de la socialisation

Selon le psychiatre et psychanalyste anglais John Bowlby[6], le besoin de contact social apparaît comme un besoin primaire au même titre que les besoins alimentaires. Le jeune enfant dispose d'un ensemble de schèmes d'action qui dépendent de ses potentialités génétiques et qui lui permettent d'entrer en contact avec l'entourage. Les premières interactions se feront de manière privilégiée avec la figure d'attachement. L'attachement se définit comme « l'ensemble des processus sous-jacents à la recherche et au maintien de la proximité avec une personne particulière de l'entourage de l'enfant, généralement celle à qui sont dévolus les soins à prodiguer à l'enfant ».[7] L'attachement aurait une première fonction de demande de protection pour réduire et contrôler les agressions provenant du milieu extérieur et ainsi réduire les sentiments de crainte et d'insécurité. S'il se sent en sécurité, le bébé pourra adopter des conduites d'exploration qui contribueront à son développement psychomoteur. Le comportement d'attachement a également une fonction de socialisation et sert de base au développement des autres systèmes de communication.

5 Wallon, 1959, p.294

6 Bowlby, 1969 cité par Cartron & Winnykamen, 1995

7 Cartron & Winnykamen, 1995, p. 12

Willard W. Hartup[8], dans ses études en psychologie du développement distingue deux types de relations sociales nécessaires au développement : les relations verticales entre parents et enfants qui sont caractérisées par une asymétrie des compétences et pouvoirs et des relations symétriques marquées par la réciprocité des compétences et des attentes entre les partenaires. Les premières communications sont réalisées avec les parents dans un mode asymétrique, ces derniers mettent du sens sur les sons produits par l'enfant et permettent l'accès aux premières représentations. Au cours de la troisième année de vie, l'imitation est le mode de communication prédominant avec les pairs. Les conduites d'imitation immédiate vont peu à peu diminuer à mesure qu'augmentent les échanges verbaux. Le développement de la pensée symbolique et du langage va permettre la mise en place de jeux de faire-semblant. A travers ces jeux, les enfants mobilisent leurs connaissances du monde physique et social et manifestent des capacités d'ajustement réciproque.

I.B.2. Habiletés sociales

L'échange avec autrui suppose un certain nombre de compétences et d'habiletés qui permettront à l'enfant puis à l'adulte de s'intégrer au sein d'un groupe de pairs. La capacité à comprendre autrui regroupe les notions d'intelligence sociale, de prise de rôle et d'empathie. L'intelligence sociale peut se définir comme « la capacité à prendre en compte les caractéristiques d'autrui, la compréhension des relations sociales et la connaissance des règles du fonctionnement des groupes. »[9] La prise de rôle est une conduite de régulation des échanges sociaux consistant à pouvoir identifier momentanément le point de vue de l'autre et de le considérer comme s'il nous était propre. L'empathie constitue l'un des aspects de la prise de rôle, il s'agit de la « capacité pour un sujet à connaître et à éprouver […] ce qu'autrui pense, ressent, désire, souhaite etc. même si ses pensées, émotions, sentiments, motivations et désirs sont différents des siens ».[10]

8 Hartup, 1989 cité par Cartron & Winnykamen, 1995

9 Cartron & Winnykamen, 1997, p.59

10 Cartron & Winnykamen, 1997, p.60

Pour interagir, l'individu aura également besoin de se faire comprendre d'autrui. Pour cela il aura besoin de la capacité à initier l'acte de communication en tant qu'émetteur et à attirer l'attention de celui à qui le message est destiné. De plus, il devra émettre un message clair, adapté en fonction des caractéristiques d'autrui. Enfin, il devra répondre de façon ajustée et contingente, c'est à dire en lien avec le lien avec le message précédent. Ces habiletés d'échange concernent aussi bien le langage oral que les attitudes corporelles de l'individu, par sa posture, son regard et son tonus. Par exemple, auprès de ses pairs, l'enfant va acquérir une culture de la distance sociale.

Ces habiletés sont le pré-requis de la communication et de l'intégration au sein d'un groupe. Au cours du développement normal, l'échange dans le groupe de pairs, et notamment par le jeu, permettra le développement des compétences sociales et la régulation progressive des comportements.

I.B.3. Différenciation et structuration de la personnalité par le groupe

Pour Henri Wallon[11] il est difficile de concevoir l'humain sans société. Dès la naissance, le groupe structure le développement de la personnalité du jeune enfant. Un groupe se distingue d'un milieu en ce que ses membres remplissent tous une tâche et y tiennent un rôle particulier. Le milieu familial est le premier lieu fonctionnel dans lequel l'enfant satisfait ses besoins et acquiert ses premières conduites sociales. La cohésion et la structure du foyer en font le premier groupe auquel appartient l'enfant. Peu à peu, l'enfant va chercher à appartenir à de nouveaux groupes sociaux, et notamment des groupes de pairs qui vont contribuer non seulement à son apprentissage social mais aussi au développement de sa personnalité et de la conscience qu'il peut en prendre. En entrant dans un groupe l'individu se retrouve face à un paradoxe : à la fois il cherche à s'identifier lui-même au groupe dans sa totalité : individus, intérêts, aspirations, mais il ne peut réellement intégrer la structure de ce groupe qu'en y tenant une place déterminée, c'est à dire en se différenciant, en s'individuant des autres. Tout groupe est animé par ce double

11 Wallon, 1959

mouvement, d'individualisme et d'esprit collectif qui se complètent en un même processus. C'est cette dynamique qui va permettre à l'enfant de structurer sa personnalité. Il se perçoit dans ce que lui renvoient les autres, en tant que membres du groupe qui appartiennent donc à une catégorie déterminée. Il y perçoit ses propres capacités et sentiments, tout en ajustant ses actions par rapport à autrui. «Il apprend ainsi à se saisir lui-même à la fois comme sujet et comme objet, comme Soi et comme Lui. »[12]

I.C. Le groupe en thérapie

I.C.1. Les différents types de groupe thérapeutiques

Daniel Marcelli[13], pédopsychiatre, distingue deux types de groupes en thérapie. Dans le groupe d'accompagnement thérapeutique, le soignant veille à procurer l'expérience la plus sécurisée possible, en limitant l'apparition de conflits ou de manque. Dans les groupes thérapeutiques, on laisse les patients vivre le désinvestissement, et expérimenter ainsi la perte. Des éléments thérapeutiques supplémentaires sont présents comme la dynamique des patients entre eux. Les patients expérimentent une expérience partagée. Le psychomotricien intervient en aval, accompagnant le groupe dans la régulation des réactions émotionnelles des participants face à une situation inattendue.

On présentera différentes modalités d'accès aux groupes : [14]

- Les groupes fermés comptent toujours les mêmes participants et peuvent s'inscrire sur un temps défini (par exemple un an). Une dynamique de groupe va se tisser et évoluer au fil des séances. Ce dispositif est le plus contraignant mais aussi le plus contenant.
- Les groupes semi-fermés sont constitués dès le départ et regroupent globalement les mêmes participants. Des entrées et des sorties sont possibles. La dynamique de groupe peut être présente mais sera moins forte que dans le cas d'un groupe fermé.

12 Wallon, 1959, p. 295

13 Marcelli interviewé par Blossier et Badefort, 2002

14 Baste, 2016

- Les groupes ouverts sont libre d'accès pour tous, même s'ils présentent parfois un nombre limité de participants. Les patients peuvent revenir plusieurs fois comme n'y assister qu'une fois. Dans ce cas, les perspectives seront centrées sur l'apport de la médiation. Il n'y a pas de trajectoire évolutive possible, il faut donc constamment repenser le groupe. Anelise Fredenrich[15], psychologue spécialisée en psychothérapie analytique de groupe , qualifie le groupe ouvert d' « entité à éclipse ». Le groupe ouvert se renouvelle à chaque séance mais peut présenter une forme d'unité variable et qui disparaît même par moment, d'où le qualificatif d'éclipse. Nous pouvons envisager le groupe ouvert comme une formation présentant une double enveloppe : la face externe est représentée par l'institution et la face interne par les participants du groupe. Le processus groupal est porté par les animateurs, les anciens membres mais aussi l'institution et les autres soignants qui participeront à renforcer la face externe de l'enveloppe groupale.

I.C.2. L'action thérapeutique du groupe

Plusieurs processus thérapeutiques sont en jeu au sein d'un groupe. L'aspect régressif du groupe entraîne l'apparition d'angoisses primaires que le groupe peut contenir et élaborer. De même, le groupe tient une fonction de pare-excitation qui permet la représentation des sensations archaïques qui émergent au cours de la séance. Comme nous l'avons vu dans le paragraphe sur l'appareil psychique groupal, l'espace groupal est transitionnel. L'oscillation entre les différentes structures permet un échange entre la réalité psychique et la réalité externe du sujet. L'évolution vers une structure homomorphique, dans laquelle chaque sujet tient une place différenciée dans le groupe, permet de soutenir le processus d'individuation. La présence de patients aux problématiques similaires encourage les processus identificatoires, facteur à la fois motivationnel et structurant pour le sujet. [16]

15 Fredenrich, 2010, p. 105-123

16 Blossier, 2002

I.C.3. Enveloppes et contenance

Le jeune enfant, grâce aux expériences sensori-motrices sur son environnement construit progressivement une enveloppe psychique et corporelle qui différencie le moi du non-moi. Cette sécurité interne acquise, il peut accéder à la subjectivité puis à l'individuation et enfin à la symbolisation. La contenance physique se conçoit comme le sentiment d'avoir un corps avec une limite, la peau. Ce corps peut accueillir et contenir les stimulations sans se désorganiser. La contenance psychique repose sur la constitution d'une enveloppe psychique, interface, surface intériorisée qui délimite le monde interne, ses propres pensées et affects, du monde externe.[17] A l'instar de l'enveloppe psychique individuelle, l'enveloppe groupale se constitue grâce aux états émotionnels qui circulent dans le groupe. On peut penser le groupe comme un corps. L'enveloppe groupale symbolise la peau commune et l'activité de penser des thérapeutes.

Albert Ciccone[18], docteur en psychologie et psychanalyste, considère que l'enveloppe psychique remplit une fonction de contenance, c'est-à-dire qu'elle a pour rôle de contenir et de transformer les contenus psychiques. La fonction contenante permet d'offrir au patient un espace qui puisse recevoir et d'accueillir sa vie émotionnelle perturbée, troublée et douloureuse. « C'est la capacité de contenir les émotions, les pensées que le moi trop fragile du patient, trop peu assuré dans son sentiment d'existence, ne peut contenir, ne peut tolérer, ne peut penser ». Les affects ainsi accueillis sont en capacité d'être symbolisés. [19]

17 Veeser, 2015

18 Ciconne, 2001, p.82

19 Roussillon., 1995 In Ciconne 2001

Le groupe participe donc à la structuration et l'individuation de l'enfant au cours de son développement. Certains individus n'ont pas pu constituer une enveloppe psychique suffisamment contenante. Elle peut être ressentie comme partielle, trop perméable ou trop rigide, s'exprimant alors par des symptômes invalidants. Le groupe thérapeutique peut s'avérer être un dispositif pertinent pour étayer les fonctions défaillantes du sujet. Nous allons à présent étudier plus en détail les pathologies psychiatriques, les classifications, les processus et les retentissements au niveau psychomoteur.

II. Psychiatrie adulte

Nous interrogerons dans un premier temps la notion de normal et pathologique, ainsi que les systèmes de classification. Pour ce faire, nous tenterons de dégager les caractéristiques communes aux personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique et les prises en charges qui sont alors proposées en psychomotricité.

II.A. Définitions et Classifications

II.A.1. Lien à la réalité comme pont entre normal et pathologique

La psychiatrie est définie comme « la science médicale qui étudie et traite les maladies du psychisme »[20]. Les causes des maladies mentales dépendent de facteurs bio-psycho-sociaux d'impact variable, pouvant rendre le diagnostic, aussi bien que le traitement, difficiles à mettre en place. Le critère commun à la plupart des troubles psychiques est la souffrance produite par le décalage entre le ressenti du malade et la réalité. Le psychiatre Pierre André décrit la personnalité bien portante comme étant capable de s'adapter de manière satisfaisante à la réalité extérieure et intérieure. La réalité extérieure correspond à l'environnement social et professionnel. L'adaptation à la réalité intérieure se manifeste par une bonne estime de soi et d'une structuration psychique suffisamment stable. Chez la personne atteinte d'un trouble psychiatrique, le décalage avec la réalité, aussi bien interne qu'externe, provoquera de l'angoisse et un sentiment d'insécurité qui entraîneront des difficultés d'adaptation. [21]

Ainsi, selon le DSM-V, « Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le

20 Debray, Granger, & Azaïs, 2010

21 André, 2013, p.15

fonctionnement mental »[22]. Un trouble psychiatrique recouvre donc les sphères intellectuelles, émotionnelles et comportementales.

II.A.2. Evolution des terminologies

Les classifications scientifiques actuelles proposent une classification descriptive précise des pathologies psychiatriques. Cependant, si l'on se base uniquement sur le DSM-V, on risque d'ignorer les mécanismes qui sous-tendent l'organisation psychique propre à chaque pathologie. En effet, il est souvent difficile de déterminer l'étiologie exacte d'un trouble : les profils symptomatologiques peuvent évoquer plusieurs diagnostiques, sans compter les comorbidités importantes présentes dans ces pathologies. Pour le psychiatre André Manus, le symptôme est indissociable de l'environnement qu'il définit comme : « l'univers fantasmatique du sujet, ses relations aux êtres et aux choses, sa culture, son histoire personnelle, familiale et groupale»[23]. Malgré une étiologie partiellement organique, même dans le cadre de délires, la symptomatologie est propre à chaque personne en fonction de son histoire. En séance, le psychomotricien fait face à un être humain en souffrance, dans toute sa complexité, dont parfois le rapport au corps et à l'environnement est le seul témoignage accessible de son fonctionnement psychique.

Depuis le XIXème siècle, différents modèles explicatifs ont exposé leur approche et leur classification de la maladie mentale. Les termes employés alors, sont encore connotés par le courant de pensée qui leur est associé. Ainsi, les concepts de névrose et de psychose, rattachés à la théorie psychanalytique ont été progressivement abandonnés par certaines classification contemporaines, dans un souci de neutralité nosographique. André Manus souligne donc l'importance d'envisager les troubles psychiatriques dans une perspective transdisciplinaire, en utilisant une rigoureuse description symptomatologique croisée avec des modèles plus explicatifs psychodynamiques.[24]

22 American Psychiatric Association, 2016, p.4

23 Manus, 2003, p. 3

24 Manus, 2003

II.A.3. Relation entre troubles psychiatriques et psychomoteurs

En 2012, lors des entretiens de Bichat, session annuelle de formation médicale continue, le psychomotricien Jean-Michel Albaret et ses collaborateurs questionnent le rapport entre trouble psychiatrique et trouble psychomoteur. Ils reprochent aux classifications officielles des troubles mentaux (DSM-V et CIM-10) leur hétérogénéité. Les symptômes psychomoteurs peuvent y figurer comme trouble à part entière (par exemple le trouble catatonique) ou comme une comorbidité (le ralentissement moteur dans la dépression). Souvent d'ailleurs, les troubles psychomoteurs sont souvent considérés comme de simples conséquences des pathologies psychiatriques. Toutefois, se cantonner à cette vision serait nier l'existence d'un lien corps-psychisme bidirectionnel, et oublier de considérer l'interaction des connexions internes entre psychisme et action motrice. La pathologie psychiatrique figure « deux expressions de l'altération d'un système dont l'interaction permanente rend caduque l'opposition entre structure et fonction »[25].

I.B. Principaux troubles psychiatriques et problématiques psychocorporelles

Étudions à présent les des répercussions psychocorporelles associées aux troubles psychiatriques, au regard des descriptions nosographiques.

I.B.1. Les pathologies névrotiques

La psychomotricienne Véronique Defiolles-Peltier propose une description des troubles psychomoteurs fréquemment observés dans le cadre de pathologies névrotiques. L'image du corps est dévalorisée, très souvent perturbée malgré une connaissance du schéma corporel qui apparaît préservée. Le corps est généralement vécu comme lourd, encombrant, subi. Les patients présentent souvent des troubles de la régulation tonique, un

25 Albaret, Corraze, Soppelsa et coll., 2001, p.8, http://www.academia.edu/4087186/Psychiatrie_et_psychomotricité

tonus uniforme sous forme d'une hypotonie ou hypertonie généralisée, avec peu de nuance en fonction des différentes parties du corps. L'axe est bien perçu et le patient est conscient de ses postures et attitudes corporelles. Des troubles de la latéralité sont parfois présents. Les perturbations des rythmes biologiques sont importantes (sommeil, alimentation, digestion, libido…). Enfin, la personne peut présenter une désorientation spatiale ou temporelle, mais rarement les deux conjointement.[26] Les troubles sont principalement psychosomatiques (eczéma, asthme) et témoignent avec les troubles toniques d'angoisses importantes contre lesquelles le sujet va tenter de lutter.[27]

André Manus propose de regrouper parmi les névroses quatre grandes catégories de troubles : les troubles anxieux, paniques et phobiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles hystériques et les troubles somatoformes en dehors des conversions, c'est-à-dire les somatisations et l'hypochondrie. [28] Je ne développerai pas les pathologies névrotiques ici, car j'aborderai principalement les cas de patients psychotiques dans le cadre de mon sujet portant sur une structure hospitalière psychiatrique.

I.B.2. Les états-limites

Les personnes présentant un état-limite, aussi appelées « borderline », sont dans une perpétuelle oscillation entre une structure névrotique et une structure psychotique, avec par moment des hallucinations corporelles ou un vécu de dépersonnalisation. Les personnes état-limite présentent une grande instabilité psychomotrice et de l'impulsivité. Ainsi, les conduites addictives suite à des compulsions sont fréquentes, de même que les comportements auto et hétéro-agressifs. Les tentatives de suicide sont fréquentes. [29] Pour Jérôme Boutinaud[30], psychomotricien, psychologue clinicien et psychothérapeute, les passages à l'acte sont en lien avec le débordement émotionnel mais aussi avec des troubles

26 Véronique Defiolles-Peltier, cours en amphithéâtre du 30.09.17 (Paris VI)

27 Breiner, 1997

28 Manus, 2003, p. 46

29 Defiolles-Peltier V., cours en amphithéâtre du 30.09.17 (Paris VI)

30 Boutinaud J., cours en amphithéâtre du 20.03.18

de l'image du corps. Le schéma corporel est très fluctuant et inconstant d'un jour à l'autre, nécessitant une évaluation régulière. Le corps est perçu négativement, souvent dévalorisé. Leur moi-peau est percé, troué ou écorché selon les représentations. Les épreuves projectives, comme le dessin d'un personnage, le modelage, rendent souvent compte d'un vécu intérieur de vide, d'ennui. Le processus de mentalisation est difficile pour les personnes présentant un état-limites, ce qui entrave l'accès à la conscience de ces ressentis.

I.B.3. Les pathologies psychotiques

Le schéma corporel et l'image du corps sont fortement impactés. La difficile intégration de l'axe, la mauvaise perception des appuis et du volume de leur corps peuvent concourir à un perturbation de l'équilibre. Les patients présentent souvent des troubles toniques importants, avec une répartition hétérogène des zones de tension. De plus, structuration et la représentation de l'espace et du temps sont altérées. On retrouvera également une anxiété massive et des troubles de l'attention.[31] Les troubles psychotiques regroupent les troubles du spectre de la schizophrénie, la schizophrénie et les différentes formes de délire ainsi que les troubles bipolaires. [32]

Les personnes psychotiques en phase de décompensation présentent des limites corporelles explosées, une intégrité menacée avec un vécu de dissociation. Le vécu corporel est délirant, souvent dans la toute puissance, une hypertonicité voire une catatonie avec apragmatisme ainsi qu'une perte des repères du schéma corporel et de la sphère spatio-temporelle. [33]

Chez la personne schizophrène, le corps est vécu de manière morcelée, ce qui s'exprime par une désorganisation praxique. La gestualité apparaît maniérée et l'impression d'étrangeté est renforcée par la fragmentation de l'acte moteur et les dysharmonies toniques. Chaque partie du corps est vécue indépendamment des autres

31 Defiolles-Peltier V., cours en amphithéâtre du 30.09.17 (Paris VI)

32 American Psychiatric Association, 2016, p.41

33 Breiner, 1997

membres lors du mouvement. Pour la personne paranoïaque, le corps n'est perçu que dans une dimension négative, il est douloureux et fragile. Les plaintes hypocondriaques sont fréquentes.

Les troubles de l'humeur, dans leur forme paroxystique peuvent également être classées parmi les pathologies psychotiques en ce qu'ils comportent une altération de la perception de la réalité. Le sujet atteint d'un trouble unipolaire présente une répétition d'épisodes dépressifs majeurs, plus rarement maniaques, au cours de sa vie. Le trouble bipolaire caractérise une alternance entre ces deux états.

L'accès maniaque est caractérisé selon le DSM-V par une «humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours. »[34] Les troubles les plus fréquents sont une agitation psychomotrice associée à des troubles thymiques, cognitifs et somatiques. L'agitation peut être définie comme « un trouble du comportement qui se manifeste par un excès d'activité et de mouvement. L'agitation psychomotrice traduit à la fois un trouble psychique aigu et une inadaptation présente à l'environnement »[35]. Bien qu'on puisse la retrouver dans de nombreux autres troubles, elle apparaît au premier plan lors d'un accès maniaque. Selon Pierre André et ses collaborateurs, « la transformation de l'activité corporelle en une hyperactivité témoigne d'un désir de nier la fatigabilité du corps dans une perspective véritablement psychotique mais avec une réalité somatique. »[36] Les mouvements sont brusques, désordonnés et perdent en qualité d'exécution.

La dépression est un trouble de l'humeur pour lequel la souffrance psychique et la dépréciation sont au premier plan. On y retrouve une anesthésie affective, une inhibition et un ralentissement de la pensée ainsi qu'une perturbation des fonctions psychomotrices. Sont associées une baisse des activités, une baisse ou une augmentation de l'appétit, des

34 American Psychiatric Association, 2016

35 André, Benavides, & Giromini, 2004, p.85

36 Ibid.

troubles du sommeil, une asthénie. Le ralentissement moteur est prépondérant dans l'expression clinique des symptômes. Le corps apparaît figé, chaque action est coûteuse pour le patient. Dans sa forme extrême, la mélancolie, le corps est ressenti comme anesthésié, vide. Le vécu dépressif impacte également la relation à l'autre, vécu comme inutile mais constamment sollicité.[37]

II.C.Troubles psychomoteurs en psychiatrie, modèles explicatifs

Les paragraphes qui suivront visent à préciser les mécanismes des troubles psychocorporels rencontrés en psychiatrie en fonction des grands domaines psychomoteurs.

II.C.1. Espace-temps

La perception et la conception de l'espace, loin d'être innée, est une construction psychique nourrie par les expériences et les stimuli du nourrisson. La conscience de notre limite, de l'espace qui nous entoure n'est pas une donnée figée et peut être influencée par notre état physique et psychique. Dans les pathologies psychiatriques, le rapport à l'espace-temps est souvent modifié. La psychomotricienne Catherine Potel évoque d'ailleurs la « difficulté d'habiter l'espace quand on n'a pas conscience d'avoir un corps à soi »[38] chez les patients psychotiques. Ce changement est souvent corrélé avec des perturbations relationnelles et une destructuration psychocorporelle.

Sylvie Cady, psychanalyste, responsable de la formation à la relaxation au Centre international de psychosomatique de Paris, définit le rêve comme « une hallucination qui objective le subjectif, crée un espace et un temps. »[39] Au moment où nous rêvons, nous perdons nos repères sensoriels. Étant déconnectés de nos perceptions corporelles, la seule

37 André, Benavides, & Giromini, 2004

38 Potel, 2005, p.221

39 Cady, 2003, p.9

réalité qui nous apparaît est celle reconstruite artificiellement par notre cerveau. C'est pourquoi sur le moment, cet assemblage de fantasmes et de souvenirs est perçu comme un vécu objectif. Lorsque nous nous réveillons, nous reprenons contact avec nos perceptions et nous sommes à nouveau capables d'identifier ce vécu comme imaginaire. Un phénomène semblable est identifiable dans le cadre de la psychose. Le malade souffre d'hallucinations visuelles, auditives, somesthésiques ou olfactives ou encore de schémas de pensées interprétatifs, notamment dans le cadre des délires paranoïaques. Ces perceptions sont vécus comme appartenant à l'environnement. La personne psychotique est alors incapable d'identifier cette perception comme une projection. L'espace/temps fantasmé apparaît alors objectif et réel. La difficulté viendrait d'une « détresse originelle de ne pas se reconnaître en tant que personne différenciée de l'autre »[40]. Dans le délire, il n'y a pas de distance ni d'espace, mais un état de fusion.

Pour Véronique Defiolles-Peltier, psychomotricienne, la dynamique entre espace et temps est fragilisée. La rupture de ce lien entraîne pour l'individu une perte de l'unité psychocorporelle. La temporalité d'une personne se structure en fonction de son histoire de vie et sa spatialité s'établit en fonction de son vécu corporel. Dans le cadre d'une psychose, l'individu perd le sentiment d'existence de son corps et seules subsistent des pensées déstructurées. Il perd également la notion du temps, et se raccroche à une chronologie désordonnée. La dissociation s'opère dans le psychisme puis dans le corps avec une perte de conscience des limites, de l'enveloppe. La restauration du lien espace-temps apparaît donc importante pour solidifier le sentiment d'être en tant que sujet en interaction avec son environnement.

II.C.2. Image du corps et angoisses archaïques

L'image du corps est l'idée, en perpétuel remaniement, que chacun se fait de son corps. Elle traduit ce que nous percevons à chaque moment et dans la relation aux autres, des qualités de notre corps.

40 Cady, 2003, p.136

Les problématiques de l'image du corps sont prépondérantes dans les psychoses. Pour le mélancolique, la tristesse et la douleur morale s'expriment dans un corps vécu comme lourd, défaillant, source de déplaisir. Les affects dépressifs sont alimentés par ce vécu corporel négatif. Les plaintes de douleurs somatiques sont fréquentes. Le dégoût du corps s'exprime également par sa mise à l'écart ou son autopunition. La personne déprimée se néglige parfois jusqu'à l'incurie.

Au contraire dans les états maniaques, on peut percevoir une forme de déni corporel : les patients sont infatigables et présentent des troubles somatiques liés à des perturbations de la sensorialité (anesthésie aux températures basses, hyperphagie…). Une position mégalomaniaque et des délires aux thèmes divers émergent de ce sentiment d'avoir vaincu sa réalité corporelle. Leur corps leur apparaît comme surproducteur, indestructible. Le rapport à l'espace et au temps est également modifié avec une volonté d'accélérer les données temporelles. « Le temps n'existe pas en dehors de l'action, l'impulsion est alors compréhensible comme une tentative de négation du temps ».[41]

Le psychomotricien Eric Pireyre.[42], à l'origine du concept d'image composite du corps, considère la compréhension des angoisses archaïques importante pour penser l'image du corps.

Les angoisses archaïques sont des perceptions corporelles inquiétantes vécues par le nourrisson, envahi à la naissance par les flux sensoriels visuels, olfactifs, gustatifs, sonores, tactiles et toniques, et contre lesquels vont s'organiser des mécanismes de défense pour protéger le moi. Ces angoisses sont normalement surmontées au cours du développement. Présentes à un degré plus ou moins élevé chez tout être humain, les angoisses archaïques peuvent cependant subsister chez le sujet psychotique sous une forme pathologique et extrêmement invalidante.

41 André, Benavides, & Giromini, 2004, p.119

42 Pireyre E., 2015, p. 141-156

- L'angoisse de morcellement est reliée à un sentiment de manque d'unité et de limites corporelles. Chaque partie du corps est vécu comme un tout et indépendante des autres. Les orifices sont vécus comme particulièrement menaçants.
- L'angoisse d'effondrement découle d'un ressenti accru de la pesanteur lors de la naissance, entraînant un vécu de chute sans fin, de vertige.
- L'angoisse de dévoration fait référence à la peur d'être « mangé », absorbé par l'autre ou par l'environnement.
- L'angoisse de liquéfaction représente la crainte de s'écouler, de se répandre. Le corps peut être vécu comme un contenant rempli de liquide ou de gaz, tout atteinte à l'enveloppe devenant alors très menaçante.

Eric Pireyre précise que la résurgence de ces angoisses est possible, même chez l'adulte sain, dans des contextes particuliers entraînant un état régressif chez le sujet, notamment dans le cadre de séances de psychomotricité où le travail sur les éprouvés corporels est au premier plan. L'angoisse peut être accompagnée lors de la verbalisation, en aidant le patient à associer son vécu angoissant aux représentations associées, sans chercher pour autant à l'interpréter.

II.C.3. Tonus et motricité

Le tonus est « l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les postures, les stations et les attitudes. Il est la toile de fond des activité motrices et posturales »[43]. La fonction tonique s'harmonise à partir des relations précoces entre l'enfant et sa mère. La rythmicité des échanges s'inscrit dans l'organisation tonique du sujet. A la naissance organisé selon une double polarité hypertonie d'appel/hypotonie de détente, le bébé apprend progressivement à réguler son tonus qui s'harmonise.

43 Jover, 2000, p.49

Le tonus étant intrinsèquement lié aux émotions, les troubles toniques sont fréquents dans les pathologies psychiatriques.

Le syndrome catatonique peut se retrouver dans de nombreuses pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie ou les troubles de l'humeur mais aussi dans certaines affections organiques. Elle peut être définie comme une « manifestation psychomotrice caractérisée par une perte de l'initiative motrice confinant le sujet à l'immobilité. […] Sur ce tableau clinique fait d'inertie et d'apragmatisme psychomoteur surviennent, de façon imprévisible et inadaptée aux stimulations de l'environnement, des impulsions motrices et des stéréotypies gestuelles[44] ». Parmi les symptômes catatoniques, on peut retrouver la catalepsie, « un trouble psychomoteur aigu touchant le tonus et l'initiative motrice. »[45] Elle est caractérisée par la flexibilité cireuse, c'est à dire le maintien des attitudes des membres lors de leur mobilisation passive et s'accompagne d'une suspension de la motricité spontanée de la personne.

Dans pathologies délirantes, les troubles toniques se manifestent par une hypertonie de fond, une carapace tonique protégeant d'autrui qui est perçu comme hostile. Le corps s'impose alors comme hermétique à la relation.[46]

II.D. Spécificités de la prise en charge psychomotrice en psychiatrie

II.D.1. Rôle du psychomotricien

Fabien Joly, psychomotricien, psychologue clinicien et docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse, considère que « La psychomotricité vise (et permet) une ré-habitation corporelle subjective diminuant […] les étrangetés et autres clivages de l'unité somato-psychique, en soutenant a contrario une meilleure

44 André, Benavidès et Giromini, 2004, p.219

45 Ibid.

46 André, Benavides, & Giromini, 2004

harmonisation de l'assise narcissico-identitaire et de cette unité subjective . »[47] Le rôle du psychomotricien, dans le cadre d'une institution psychiatrique, serait donc de permettre au patient de ressentir des éprouvés positifs du corps, et surtout dans un contexte relationnel cadrant et sécurisant. Le ressenti corporel réel éprouvé s'inscrirait comme alternative à la souffrance psychique somatisée.

Pascale Breiner, psychomotricienne, considère la psychomotricité comme un moyen de réintroduire du sens face aux sensations corporelles délirantes, en tentant la réélaboration du contenant psychique par un travail par et sur le corps, et en l'envisageant comme une technique pour étayer le moi défaillant.[48]

II.D.2. Prise en charge groupale en psychiatrie

Les groupes sont fréquents dans les institutions psychiatriques. Nous avons vu précédemment que le groupe avait une dimension structurante, qui peut s'avérer très bénéfique dans le cadre de pathologies psychiatriques. Jean-Bernard Chapelier, docteur en ethnopsychiatrie et maître de conférence en psychologie clinique et pathologique, évoque les dispositifs groupaux possibles en fonction des problématiques des patients.

Dans les pathologies limites, la fonction contenante du groupe fournit un point d'étayage soutenant la fonction de pare-excitation défaillante. En tant qu'espace interne, symbolisé par les différentes enveloppes, le groupe permet par le processus d'intériorisation d'aménager un espace interne de pensée, limitant les passages à l'acte et les conduites de l'agir.

Pour les personnes psychotiques, le groupe facilite l'élaboration, la transformation et la symbolisation du monde intérieur projeté. Le thérapeute seul peut parfois apparaître trop intrusif, et réveiller des angoisses de persécution ou d'intrusion. [49]

47 Joly, 2017, p.165

48 Breiner, 1997

49 Chapelier, 2002

II.D.3. Les dispositifs thérapeutiques, que travailler ?

Catherine Potel définit une médiation thérapeutique comme « une proposition de rencontre autour d'un objet d'investissement partageable et partagé. Elle se définit par : un lieu, un temps, une personne qui la représente (le thérapeute), une activité (l'objet d'intérêt)[50] ». C'est une « zone transitionnelle intermédiaire entre soi et l'autre, une zone exploratoire de création commune, dont les buts vont tendre vers la représentation symbolique des affects et des éprouvés »[51] Dans le cadre des thérapies à médiation corporelle comme la psychomotricité, l'objet médiateur est le corps propre.

Les thérapies à méditation corporelle ont pour vocation de travailler sur les sensations persistantes. Cet exercice amène le patient à se décentrer de sa pathologie et, accompagné par le thérapeute, à donner du sens à ses perceptions. Le dispositif thérapeutique permet une rencontre entre le patient et son corps. L'apport de sensations corporelles rassure le patient, consolide le moi morcelé et favorise l'investissement du corps.

« Les thérapies à médiation corporelle en s'appuyant sur la notion de corps contraignent à l'instauration d'un espace intermédiaire entre le patient et le soignant. Elles travaillent sur le contenant, sur l'enveloppe et elles s'appuient sur une sensorialité interprétée, saisie dans son contexte culturel ». [52] Ce type de prise en charge est propice à accompagner le patient dans sa globalité et ce malgré les paradoxes de son fonctionnement.

Différents types de dispositifs thérapeutiques corporels pouvant être proposés aux patients en psychiatrie:[53]

- Les thérapies expressives : elles s'appuient sur une communication symbolique en permettant l'extériorisation du monde psychique interne du patient. On peut y retrouver la danse et les ateliers créatifs.

50 Potel, 2010, p.217

51 Potel, 2010, p. 217 reprenant la conception de Winnicott, pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais.

52 André, Benavides, & Giromini, 2004, p.173

53 André, Benavides & Giromini, 2004

- Les thérapies perceptivo-motrices : le caractère productif du geste et la dynamique du mouvement sont recherchés. Elles concernent les activités ludiques, physiques et sportives.
- Les thérapies psychosensorielles : des stimulations sensorielles sont proposées au patient afin de susciter une exploration introspective de la sensorialité. On y trouve notamment les touchers thérapeutiques, les enveloppements secs et humides, l'hydrothérapie et la relaxation.

Nous avons constaté que les pathologies psychiatriques se manifestaient par une grande diversité de symptômes, parfois même sur des polarités opposées. Toutefois, il apparaît que des problématiques communes peuvent être dégagées, telles que des troubles de l'image du corps et du schéma corporel, des troubles toniques, moteurs et posturaux, un rapport modifié à l'espace-temps. Tous ces troubles évoquent une perception altérée du corps-propre, aussi bien au niveau des aspects sensoriels que dans sa représentation. Il est donc primordial d'accompagner le patient dans une redécouverte de ce corps, de ses limites ainsi que dans sa dimension corps-plaisir. Pour cela, la relaxation semble donc être une bonne indication.

Dans la partie qui suit, seront détaillées les différentes méthodes de relaxation et leurs effets puis la prise en charge dans le cadre de pathologies psychiatriques, et notamment en groupe.

III. La relaxation

« La relaxation est une forme contenante de prise en charge, une alliance du tact et de la parole, ni trop près ou trop loin de l'autre, dans une approche où la finalité est une prise de conscience de soi, posé dans un moment précis, espace temps qui plonge ses racines dans sa propre histoire »[54]

III.A. Qu'est-ce que la relaxation ?

III.A.1. Définition et classification

Le terme relaxation est apparu au XIIème siècle dans la langue française avec pour premier sens « le pardon ». Aspect qu'il conserve d'ailleurs dans ses acceptions juridiques actuelles, relaxer signifiant « remettre en liberté ». Le mot prend ses racines dans le latin « relaxatio » signifiant le repos, la détente[55].

En 1974, Herbert Benson, professeur de médecine à l'université d'Harvard, décrit la relaxation comme un état marqué par une diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire et de la tension artérielle entraînant une sensation de détente et de bien-être. Cette sensation physiologique s'opposerait aux états de stress et d'anxiété[56]. Le médecin Robert Durand de Bousingen précise le rôle du tonus dans l'accès à la détente : « Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborés 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. »[57] La relâchement tonique serait donc à la fois le témoin et le levier de l'apaisement psychique.

54 Soulignac Moreno, 1997, p.14

55 Brenot, 2003

56 Servant, 2009

57 Durand de Bousingen, 1992 dans Guiose 2007, p.11

Les paragraphes qui suivent feront état des méthodes de relaxation en différenciant les méthodes à point de départ corporel, dites centripètes, des méthodes à point de départ psychique, dites centrifuges. Cette présentation chronologique succincte, et non exhaustive, des principales méthodes de relaxation vise à illustrer les mécanismes utilisés en relaxation, les indications et les effets recherchés.

III.A.2. Les méthodes neuro-musculaires à point de départ physiologique

La relaxation musculaire progressive a été décrite par le médecin Edmund Jacobson visant à une maîtrise des états anxieux. La détente musculaire s'obtient suite à une série de contractions/décontractions en fonction d'un protocole structuré.

En 1987, le psychologue Lars-Goran Öst adapte la méthode en donnant un rôle plus actif au sujet. Il simplifie les mouvements et en permet de les réinvestir pour revivre l'état de relaxation dans la vie quotidienne. La méthode agit sur les trois dimensions de l'anxiété : physiologique par la relaxation musculaire, comportementale par l'exposition progressive aux éléments stresseurs, et cognitive par déclenchement de la relaxation par un mot signal. Des études scientifiques ont montré son efficacité dans les cas d'asthme[58], de stress et d'anxiété[59]. L'effet de relaxation musculaire serait donc dû à un effet physio-psychologique global. [60]

La relaxation dynamique psychomotrice a été développée par Raoul Dupont, professeur d'éducation physique et sportive et psychomotricien. Cette méthode consiste en des séries de gestes répétitifs. Le terme geste désigne ici des mouvements exécutés dans un souci de régulation tonique par l'établissement d'une synchronisations entre l'action de

58 Huntey et coll., 2002 dans Servant, 2009

59 Manzoni et coll., 2008 dans Servant, 2009

60 Conrad et coll., 2007 dans Servant, 2009

groupes musculaires distincts. Le mouvement est verbalisé par le thérapeute et doit être exécuté lentement coordonné à la respiration.[61]

Dominique Duliege, psychomotricien et professeur d'eutonie, définit ainsi la discipline développé par Gerda Alexander : « L'eutonie est une méthode de connaissance et de prise de conscience du corps qui a pour but de libérer les muscles et l'esprit des crispations et des entraves de toutes sortes, pour avoir une sensation de bien-être et pour obtenir facilement la détente dans le repos et l'aisance du corps dans l'action » [62] Le mot eutonie est construit à partir du grec « eu » pour bon et « tonos » pour tonus. Elle peut s'inscrire dans la démarche d'une méthode de relaxation en permettant l'évacuation des tensions et du stress afin de trouver un mieux être. Les exercices peuvent également agir sur les zones musculaires tendues et douloureuses.

III.A.3 Les méthodes à point de départ psychique

L'hypnose a été développée à la fin XIXème siècle par le médecin James Braid. Les médecins Jean-Baptiste Charcot et Sigmund Freud l'utilisaient pour traiter les cas d'hystérie en permettant la reviviscence de traumatismes refoulés afin d'en réduire les symptômes. « L'hypnose est une technique d'induction modifiant les niveaux de conscience à visée thérapeutique. L'obtention de cet état se fait par la suggestion»[63]. Le niveau de conscience se situera de la relaxation légère (stade I) à la relaxation profonde (stades II et III). L'atteinte de ce dernier état diminue la réceptivité aux stimuli externes et permet une focalisation de l'attention du patient sur ses phénomènes internes. L'induction peut renvoyer à différents canaux sensoriels (audition, vision, cénesthésie). Le sujet est invité à fixer son attention sur un stimulus précis, regarder un point fixe par exemple, afin de réduire son champ de vigilance. [64]

61 Guiose, 2007

62 Duliege, 2002

63 Servant, 2009, p.6

64 Servant, 2009

Différentes techniques d'hypnose sont praticables. Les suggestions peuvent être directes ou indirectes. Une induction directe consistera à guider explicitement le contenu de la séance, avec des consignes affirmatives et précises. Le mode indirect partira des souvenirs, sensations et sentiments du patient et sera présenté au patient comme une invitation au voyage mental par le thérapeute, sans impératif. L'induction conversationnelle est une méthode d'induction indirecte développée par le psychiatre et psychologue américain Milton Erikson qui y introduit l'utilisation de métaphores, d'allusions et d'images reliées aux sensations (par exemple la chaleur du soleil, la fraîcheur d'un paysage marin).

L'autohypnose est un terme qui regroupe les techniques d'hypnoses praticables par le sujet lui-même, après apprentissage, sans que le thérapeute ne soit présent. Les exercices peuvent se présenter sous la forme d'une injonction à se répéter (« je suis tout à fait calme »), de la fixation d'un point, de la remémoration d'un souvenir agréable ou encore de la visualisation d'un lieu sécurisant. Le patient accède plus facilement à ses souvenirs et certaines perceptions, telles que la douleur, peuvent être modifiées. De plus, la visualisation permet d'explorer mentalement des situations en les modifiant et de résoudre les conflits mentaux liés à des souvenirs négatifs. L'hypnose est utilisée principalement dans le traitement de la douleur, les conduites addictives et le stress post-traumatique. [65]

Le psychiatre allemand Johannes Heinrich Schultz s'inspire de l'hypnose pour élaborer la méthode qu'il nomme d'abord « relaxation par autocentration concentrative » puis quelques années plus tard « training autogène ». Le principe s'apparente à de l'auto-hypnose. L'induction de sensations telles que la chaleur ou la lourdeur, généralement associées à la détente, a pour but de mener le sujet à un état de décontraction psychique.

Dans les années 1960, Michel Sapir présente sous le nom de « relaxation à inductions variables » une méthode de relaxation inspirée du training autogène de Schultz et des travaux du médecin psychiatre hongrois Michaël Balint. Le thérapeute propose au

65 Ibid.

patient des inductions variables, c'est-à dire orales, tactiles ou silencieuses. C'est une méthode psychosomatique d'inspiration psychanalytique proposant un minimum de suggestions et laissant une grande liberté de parole au patient. [66]

III.A.4. Dimension imaginaire, du relâchement à l'introspection

Certaines méthodes centrent l'action de la relaxation sur les processus psychiques, dans un but introspectif ou dans une recherche de modification des automatismes de pensée. Le corps est alors un support en lien avec les contenus psychiques archaïques.

Julian de Ajuriaguerra, père fondateur de la psychomotricité est à l'origine de la psychothérapie psychanalytique corporelle, partiellement inspirée du training autogène de Schultzt. Cette méthode se base sur le dialogue tonico-émotionnel, les liens entre tonus musculaire et vie affective émotionnelle sont étudiés pour comprendre l'histoire des tensions inscrites dans le corps.[67] Les consignes consistent en des suggestions indirectes. Le thérapeute analyse les résistances du patient, les transferts et contre-transferts. Cette méthode propose un aménagement de la cure analytique classique en tenant compte de l'unité psychocorporelle du sujet. Cette médiation perceptivo-corporelle revisite les insuffisances et dysfonctionnements des relations archaïques. Le thérapeute s'appuie sur l'expression verbale des états d'auto-observations formulés par le patient à propos de son propre corps. [68]

La relaxation psychosomatique « se situe autour de la représentation et de l'imaginaire. Elle aborde la problématique du rythme corporel, facteur incident somatique.»[69] Elle vise à actualiser la situation conflictuelle du sujet dans le transfert et à libérer l'imaginaire victime du refoulement. Le but est de retrouver le corps imaginaire disparu sous l'emprise du surmoi corporel en libérant le rêve et l'affect. La méthode se décompose en deux temps. Une première partie fait appel à la sensorimotricité et à la

66 Baste, 2016

67 Tiveaud, 1997, p.7

68 Baste, 2016

69 Cady, 2003, p.5

conscience corporelle afin d'avoir accès à une représentation du corps réel. La deuxième partie consiste à partir d'images mentales liées au corps imaginaire. Une part importante est accordée à la détente musculaire et à la respiration profonde, afin d'agir sur le niveau de stress.

La méditation est une technique d'entraînement mental qui permet de se détacher de ses pensées et d'être pleinement conscient de son environnement. Elle prend ses sources dans des pratiques religieuses et des rituels vieux de 3000 ans. Le docteur en psychologie et psychopathologie, Nathalie Baste la décrit ainsi : « le mot méditation correspond à une pratique mentale dans laquelle le sujet tourne son attention de façon fine et précise sur un objet de pensée, un objet extérieur ou sur soi-même. La répétition de l'exercice permet à l'attention de se poser de plus en plus précisément et d'accéder au sens de toute chose, toute pensée ainsi qu'à son identité spirituelle. »[70] Sa pratique permettrait donc l'autorégulation intentionnelle et la focalisation sur un évènement interne ou externe.[71] Elle sollicite les processus de concentration, de suspension des pensée, d'auto-observation et de modification de la conscience.

La méditation pleine conscience ou mindfulness est une forme de méditation inspirée du bouddhisme. Le participant est invité à cultiver la conscience, l'acceptation et le non-jugement. Les perceptions, sensations et cognitions entrent dans le champ de la pensée. L'atteinte d'un état de relaxation n'est pas le but premier de la méditation pleine conscience mais il peut être atteint par la mise à distance des pensées parasites, qui sont observées et détachées de leur charge émotionnelle.

Les méthodes précédemment décrites sont très différentes dans leur dispositif. De même, le but peut être introspectif dans le cas de la psychothérapie psychanalytique corporelle ou de l'hypnose, ou dans d'autres cas, l'on cherchera à travailler la régulation tonique et la conscience corporelle, ou même l'attention avec la méditation. On peut toutefois noter quelques caractéristiques communes à ces méthodes : on obtient un état de

70 Baste, 2016, p.24

71 Astin, 2003, dans Servant, 2007

conscience modifiée avec une modification des perceptions et une baisse du niveau du vigilance ainsi qu'une baisse générale de la tonicité musculaire. Nous allons à présent aborder la relaxation dans sa dimension psychomotrice et détailler plus précisément ses effets et les processus à l'œuvre.

III. B. Abord psychomoteur, questionnements sur les effets et le dispositif

III.B.1. La relaxation psychomotrice

La relaxation psychomotrice ne se réfère pas en particulier à l'un des courants décrits précédemment. Par conséquent, elle ne suit pas un protocole déterminé mais constitue plutôt une manière d'envisager le sujet relaxé et propose une base de travail. La relaxation psychomotrice s'appuie sur les grand domaines psychomoteurs et s'intéresse à la globalité de l'être humain. Elle vise l'accès à une bonne image de soi, un ressenti positif et une forme d'équilibre. Le patient expérimentera un non-agir volontaire qui amener à une prise de conscience de ses sensations cénesthésiques, proprioceptives et sensorielles. De plus, on cherchera à « modifier la fonction tonique, réduire les attitudes de fond qui entravent les réalisations praxiques ou qui se surajoutent à toute émergence d'affect[72] ».

La relaxation psychomotrice se situe dans un cadre spatial, temporel et relationnel. Le psychomotricien ajustera la séance en fonction des observations des attitudes et des postures du patient, de ce qu'il a perçu lors des mobilisations et du ressenti évoqué par le patient durant les temps de verbalisation. Le travail s'articule habituellement autour de cinq axes : l'installation, la mobilisation, l'approfondissement, la reprise et la verbalisation.

72 Tiveaud, 1997, p.8

III.B.2. Processus à l'œuvre en relaxation

Nathalie Baste classe les effets de la relaxation à trois niveaux : [73]

D'abord, les effets d'ordre neurophysiologique concernent principalement une modification du niveau de la conscience. Les techniques d'imagerie cérébrale ont permis l'observation d'un ralentissement du rythme électro-encéphalographique au niveau du cortex cérébral. L'activité corticale passe du rythme β, soit 15 à 18 cycles par seconde, caractéristique d'un état de veille classique à un rythme α, 8 à 12 cycles par seconde. Dans certains cas, le ralentissement des cycles peut même avoisiner une activité de type δ, normalement caractéristique du sommeil profond. L'atteinte de cet état induit une baisse de la vigilance, une modification des perceptions sensorielles et de la perception du corps-propre, une majoration de l'activité onirique spontanée avec une augmentation des facultés d'imagerie mentale et d'imprégnation cérébrale. De plus, le médecin physiologiste S.W. Derbyshire et ses collaborateurs ont démontré l'efficacité de la modification de l'état de conscience sur la diminution de la sensation douloureuse.

Les effets d'ordre physiologique s'observent par une diminution de l'activité des systèmes somatiques, et notamment une baisse du tonus musculaire. On peut noter une baisse de la fréquence cardiaque, une augmentation de la température superficielle et une baisse de la température centrale en raison d'une vasodilatation périphérique, ainsi qu'un allongement des cycles respiratoires. Ces modifications métaboliques permettent une régulation des effets négatifs liés à des états de stress.

Au niveau psychologique, on peut observer une régression somatique, une régression temporo-spatiale et une hyperconscientisation de soi. La régression somatique se manifeste par un état de passivité, une sensation de détente mentale et physique découlant d'une inhibition de la volonté et qui peut aller jusqu'à un état de micro-sommeil.

La régression temporo-spatiale se traduit par une modification de la perception du temps. Les perceptions corporelles singulières vécues par le sujet renvoient à des

73 Baste, 2016

expériences corporelles archaïques et aux affects qui leur sont associés. La baisse de la vigilance permet l'émergence de contenu inconscient qui pourra être utilisé dans un travail introspectif. Marc Guiose, psychomotricien et psychologue clinicien, précise que certaines méthodes comme le training autogène de Schultz permettent la modification d'expériences sensorielles. Le sujet entraîné peut choisir d'amplifier ou de réduire une sensation. La centration sur les ressentis détachée d'une réalité corporelle en fait une contre-indication majeure pour les psychoses. [74]

L'hyperconscientisation de soi consiste en une focalisation de l'attention sur les éléments soulignés par le thérapeute. Nous pouvons rapprocher cet état de la notion de pleine conscience évoquée antérieurement.

III.B.3 De l'individuel au groupe

Nathalie Baste souligne la grande diversité des groupes thérapeutiques de relaxation. Les effets bénéfiques de la relaxation se conjuguent avec les processus thérapeutiques de groupe. « La relaxation s'adresse à la singularité de chacun, installé dans son corps, dans ses perceptions, ses sensations, ses représentations, ses affects. Tout cela est bien présent lors des séances groupales et s'y ajoute des processus propres au groupe, des processus d'illusion groupale, d'identification et de régression. Cela signifie que l'organisation psychique du groupe et, en particulier, l'organisation fantasmatique, s'appuie sur l'organisation psychique propre à chacun. » [75]

Lors d'une prise en charge groupale en relaxation, se produit la rencontre entre les processus archaïques individuels et les mécanismes de régression, d'illusion et d'identification inhérents au groupe. L'organisation fantasmatique du groupe s'en trouvera donc amplifiée. De la même manière, l'image du corps propre se confrontera à l'enveloppe psychique groupale. Ces aspects sont présents dans le fonctionnement psychique des

74 Guiose, 2007

75 Baste, 2016, p.161

thérapeutes et influent sur nos modalités d'induction. Dans le cadre de la relaxation Sapir en groupe, Simone Cohen-Léon témoigne d'ailleurs de nombreuses interventions verbales des participants autour de leur vécu corporel sur les notions de dedans/dehors. [76]

La relaxation thérapeutique de Jean Bergès, inspirée du training autogène de Schultz et de la méthode de Ajuriaguerra a été adaptée à l'origine pour les enfants de l'Unité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de Saint Anne. Marika Bergès-Bounes et ses collaborateurs évoquent l'intérêt du groupe pour l'implication des jeunes patients, les jeux de miroir, les possibilités d'imitation et d'identification et ce qui se joue également des processus de séparation. Cette méthode est adressée aux enfants mais on peut aisément imaginer, dans une certaine mesure, retrouver des phénomènes similaires dans des groupes constitués d'adultes. La richesse du groupe repose aussi dans l'observation des liens et des échanges informels liés entre les patients en dehors des temps de relaxation et dans les moments d'attente qui précèdent la séance.[77]

Enfin, Dominique Servant met en garde contre les limites d'une prise en charge groupale. Certains exercices demandent de l'attention et de la concentration. Les patients supportant mal le regard de l'autre peuvent avoir du mal à se relâcher ou à se recentrer. De plus, le suivi est plus compliqué à adapter aux difficultés de chaque patient et le temps de parole accordé à chaque participant s'en trouvera réduit. Il faut également veiller à ce qu'il n'y ait pas une trop grand hétérogénéité des pathologies, afin que chacun puisse en retirer du bénéfice et que le groupe conserve une cohésion et un sens. Toutefois, une certaine diversité permet de décentrer les patients de leur pathologie, mais également de partager des expériences et des ressentis.[78]

76 Cohen-Léon, 2003

77 Bergès-Bounes et coll., 2008

78 Servant, 2015

III.C. Approche psychomotrice de la relaxation en psychiatrie

III.C.1. Relaxation et névroses : apaisement et déconditionnement

Les plaintes somatiques, hypocondriaques, les névroses phobiques ou obsessionnelles ainsi que les douleurs chroniques sont de bonnes indications pour un travail en relaxation. Les névroses hystériques peuvent être difficiles à prendre en charge car les patients peuvent présenter des conversions liées aux stimulations données.

« La résolution de la tension corporelle en relaxation mobilise les défenses et fait des relaxation psychothérapeutiques et analytiques (Sapir, Ajuriaguerra) une voie thérapeutique privilégiée dans les névroses d'angoisse et les névroses phobiques »[79] Les pathologies névrotiques se distinguent des pathologies purement somatiques, en ce que les symptômes physiques sont l'expression d'un conflit intérieur. Le psychiatre et anthropologue Philippe Brenot souligne qu'elles ne peuvent se contenter des aspects physiologiques de la relaxation et doivent être envisagées dans une dimension symbolique et psychothérapeutique. La relaxation, notamment par sa dimension sensorielle, peut être une bonne indication pour réduire les comportements compulsifs dans les cas de névrose obsessionnelle, à condition que la médiation en elle-même ne soit pas utilisée en tant que rituel. Les névroses phobiques sont d'excellentes indications. La relaxation permet une sédation de l'angoisse, la compréhension du conflit et un déconditionnement. Les personnalités hypocondriaques ne pourront être abordées en relaxation que si les bénéfices tirés de l'expression symptomatique sont inférieurs aux bénéfices de la relaxation en elle-même.

79 Brenot, 2003, p.115

III.C.2. Relaxation et psychoses : conscience de soi et lien au monde

« Dans le cas des psychoses, l'application de la relaxation est difficile, mais elle permet cependant, lorsque sont mis en avant les éléments de permanence, d'unité et de réel, un travail de représentation du corps comme contenant. »[80]

Les patients psychotiques présentent généralement un vécu corporel délirant, un sentiment de dissociation, de perte de leurs limites et de leur intégrité. A cela est associé une perte des repères fondamentaux du schéma corporel et de l'image du corps. Le moi ne pouvant plus assurer sa fonction contenante, réel et imaginaire se confondent et mettent à mal la structure même de la personnalité. [81]

Les pathologies psychotiques ont longtemps été considérées comme contre-indications à la relaxation car la déformation de perception de la réalité que peut induire la relaxation représente un risque d'aggravation des symptômes. Cependant, une prise en charge est possible et même pertinente dans un cadre adapté avec un thérapeute disposant d'une bonne connaissance des symptômes psychiatriques et des risques. L'espace et les modalités de séance de séances seront aménagés de manière à ne laisser que peut de place à l'interprétation et au délire. [82] Avant toute prise en charge, il conviendra donc de poser un cadre clair, à la fois spatial, temporel et de prise en charge afin de rassurer et d'apporter un premier élément de restructuration au patient. Le cadre spatio-temporel est relatif au rythme régulier des séances, à un horaire et dans un lieu précis, avec un matériel spécifique. Le cadre de prise en charge fait à la fois référence à l'indication posée par le médecin et aux règles de respect, soit l'interdiction de passage à l'acte et l'engagement à une participation régulière. On nuancera cette dernière règle dans le cadre d'un groupe ouvert, pour lequel la prise en charge des patients n'est pas pensée par rapport à l'évolution sur plusieurs séances.

---

80 André, Benavides, & Giromini, 2004, p.180

81 Breiner P., 1997, p.72

82 Brenot, 2003

La prise en charge en relaxation est donc intéressante dans le cadre de psychoses. Cependant, la fragilité de l'image de soi et du sentiment d'unité corporelle nécessite un aménagement du dispositif de séance permettant d'assurer la sécurité psychique du patient. De plus, la prise en charge en groupe ajoute nombre de variables, aussi bien structurantes que désorganisantes qui doivent être pensées en amont. Une prise de conscience préalable des limites corporelles, qui viendra appuyer le sentiment d'être un individu différencié, est donc nécessaire pour se sentir exister au sein du groupe. A partir de là, les échanges seront possibles pour venir renforcer le lien à la réalité.

La partie qui va suivre reprendra les différents points que nous avons abordés mais dans une perspective clinique cette fois-ci. Après une présentation de l'institution et du groupe de relaxation, j'illustrerai mes propos par des vignettes cliniques en regard de la théorie.

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation de l'institution

I.A. Présentation générale

J'effectue l'un de mes stages au sein d'un grand groupe hospitalier composé de quatre sites principaux d'hospitalisation et de 80 structures extérieures. Le secteur dont dépend ma maître de stage regroupe une unité d'hospitalisation, un Centre Médico-psychologique (CMP), Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un Hôpital de Jour (HDJ). Nous intervenons le matin sur l'HDJ et l'après-midi dans l'unité d'hospitalisation.

I.A.1. Aménagement des locaux

L'hôpital est de construction récente, spacieux et accueillant. Quatre unités de soins sont réparties sur les trois étages du bâtiment.

L'aile d'un étage est consacrée aux salles d'activités thérapeutiques : le CAPS (Centre d'Activités Physiques et Sportives), la salle d'ergothérapie, la salle de musicothérapie. Deux salles sont utilisées par les psychomotriciennes : une petite salle utilisée pour un travail de détente et stimulation sensorielle et la grande salle dans lequel se déroule le groupe de relaxation que nous proposons.

La salle dans laquelle nous intervenons est une longue salle lumineuse et décorée sobrement, dont l'une des extrémités se termine en demi-cercle. Un coin convivial est aménagé autour d'une table basse à l'autre bout de la pièce. La forme semi-circulaire de cet espace renforce la contenance que peut apporter la pièce.

I.A.2. Les professionnels de santé

L'équipe pluridisciplinaire est composée de praticiens hospitaliers en psychiatrie, médecins généralistes, cadres de santé, infirmiers, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, art-thérapeutes, aides-soignants, agents des services hospitaliers,

assistants socio-éducatifs, personnels administratifs et techniques. Chaque professionnel représente une maillon importante de la chaîne institutionnelle qui contribue à la prise en charge d'un patient de son arrivée à sa réinsertion socio-professionnelle lors de sortie.

I.A.3. Communication et lien institutionnel

La communication au sein des différents services assure une continuité du suivi et des soins adaptés chaque jour selon l'évolution de l'état du patient. Chaque jour sont organisées deux réunions d'équipe, durant la matinée et en début d'après-midi, afin de garantir la transmission des informations et des évènements marquants lors de la relève des équipes d'infirmiers, d'aides-soignants et de médecins. On y fait le tour de toutes les problématiques des patients afin d'orienter la prise en charge de la journée. Les psychomotriciennes et les art-thérapeutes y assistent également afin de suivre l'évolution de l'état des patients et notamment, en concertation avec les autres soignants, repérer les personnes susceptibles de participer aux groupes ce jour.

Une réunion institutionnelle hebdomadaire se tient le lundi après-midi pour le service auprès duquel nous intervenons. Le dossier de chaque patient est passé en revue. Les équipes du service font le point sur l'état du patient, discutent du réajustement des traitements et font un retour sur les prises en charge non-médicamenteuses, individuelles ou groupales. Sont aussi envisagés les projets de devenir de chaque patient, par exemple lors d'un changement d'unité ou d'une sortie vers l'extra-hospitalier.

En dehors des réunions, tous les professionnels de santé peuvent communiquer via un système de transmissions informatisées, le logiciel CIMAISE. Tous les employés disposent d'un compte qui leur permet d'écrire une transmission après chaque intervention (entretien, activité) ou en cas d'évènement inhabituel, un passage à l'acte d'un patient par exemple. De plus, tous les dossiers informatisés des patients sont regroupés sur cette plateforme. Il est donc possible de faire une recherche avec l'identifiant ou le nom et le prénom de la personne et d'accéder à son diagnostic, à l'anamnèse, aux antécédents

médicaux et psychiatriques ainsi qu'à l'ensemble des informations concernant les activités thérapeutiques auxquelles elle a pu participer.

Enfin, j'ai pu observer de nombreux échanges lors de temps informels lors du repas, pendant les temps de pause ou encore dans les couloirs. Ces discussions, souvent entre des personnes de différentes professions, pouvaient porter sur des interrogations concernant un patient ou encore questionner certains dispositifs de soins et traitements. Par exemple, lors d'un déjeuner, une des psychomotriciennes et un médecin échangeaient sur la date de la sortie prochaine d'un patient en vue des progrès réalisés. Ces échanges permettant d'explorer plus en détail certaines problématiques et prêtant souvent davantage à débat, portent sur des points ne pas être toujours être abordés dans un cadre plus formel.

L'hôpital dans lequel j'effectue mon stage est une structure de taille conséquente. Il peut alors être difficile de faire du lien entre chaque soignant et de proposer une prise en charge intégrative. La représentation du personnel comme un tout cohérent et unifié est d'autant plus importante en psychiatrie, lorsque la plupart des patients présentent une structuration psychique et corporelle fragile. Par exemple, l'alliance thérapeutique avec une personne présentant un délire de type paranoïaque dépend de la congruence du discours de ceux qui l'entourent. Tous les moyens de communication décrits précédemment, assurent alors un suivi global et précis du patient, tout en renforçant l'unité entre les professionnels de la structure.

I.B. Place de la psychomotricité au sein du service

I.B.1. Les indications

Les personnes accueillies souffrent de pathologies aux symptomatologies variées : dépressions, troubles bipolaires, états-limites, syndromes de stress post-traumatique, états psychotiques aigus et stabilisés. Certains passages sont transitoires et d'autres font des séjours réguliers depuis des années. Les patients disposent d'une indication générale posée par un médecin psychiatre pour la prise en charge en psychomotricité. La

psychomotricienne décide au cas par cas, après concertation avec les équipes infirmières, de prendre ou non un patient au sein d'un groupe.

I.B.2.. Les activités thérapeutiques

Plusieurs groupes sont proposés au sein de l'institution en parallèle des prises en charge individuelles. Toutes les activités thérapeutiques sont regroupées dans une même aile du bâtiment au deuxième étage.

Le CAPS (Centre d'Activités Physiques et Sportives) est un service spécial encadré par un éducateur sportif, une infirmière et une psychomotricienne. L'équipe accueille tout la semaine des patients de tout l'hôpital. Une salle contenant des équipements sportifs est mise à disposition des patients. Des activités extérieures telles que des marches ou la pratique de sports de balles (football, basket…) sont également proposées. Un temps d'éveil corporel d'une demi-heure est proposé le matin au sein même des unités.

D'autres intervenants proposent différents groupes, pour la plupart en co-thérapie. Un musicothérapeute, un percussionniste, deux ergothérapeutes et deux psychomotriciennes sont rattachés à différents services dont ils accueillent les patients. Un danse-thérapeute, également psychothérapeute et thérapeute EMDR[83], intervient sur l'intégralité du pôle.

Le mercredi matin ma maître de stage et l'autre psychomotricienne proposent le groupe « détente sensorielle ». L'objectif est de permettre aux participants un ré-investissement de leurs sensations corporelles. Les séances peuvent débuter par des stimulations tactiles par des auto-massages ou un travail sur la respiration inspiré du Qi Gong. Des objets aux textures et aux propriétés variées (chaud, rugueux, léger, fin…) sont mis à disposition des patients qui sont invités à verbaliser les propriétés de ces objets mais également les liens qu'ils peuvent en faire avec des souvenirs ou des évènements. De plus,

83 EMDR : « eye movement desensitization and reprocessing » est une thérapie utilisant une stimulation sensorielle bi-alternée, notamment oculaire, pour traiter les perturbations émotionnelles liées à des traumatismes psychologiques

les objets sont souvent en lien avec la nature et les saisons, fournissant des repères temporels aux patients. En fin de séance, un exercice inspiré de la méditation pleine conscience est proposé : les patients goûtent une boisson froide ou une infusion à propos de laquelle ils échangent et dont ils doivent deviner la composition. Le groupe permet une redécouverte d'objets quotidiens par différents sens, c'est également l'occasion de stimuler les échanges entre les patients et de faire le lien avec le vécu, les souvenirs et la culture.

Le vendredi matin, ma maître de stage et une ergothérapeute animent le groupe « bien-être et créativité ». Il s'agit essentiellement de stimulations corporelles par des percussions osseuses, des auto-massages, l'application de crèmes. Durant le dernier quart d'heure, des feuilles et des crayons sont mis à disposition des patients pour un temps créatif. Chacun peut décider d'écrire ou de dessiner ce qu'il souhaite. Un temps d'échange autour des productions est prévu à la fin.

Deux groupes sont en projet mais ne sont actuellement pas en place pour des raisons logistiques : le groupe « corps et mémoire » prévu le mercredi matin par des propositions corporelles visant à travailler l'attention, la concentration et la mémoire et le groupe « expression corporelle » prévu le vendredi après-midi qui consisterait à proposer des exercices dynamiques, du mime afin de solliciter l'investissement de l'espace et travailler sur les attitudes corporelles.

II. Le groupe de relaxation

II.A. Dispositif et présentation du groupe

L'activité est nommée « relaxation » au sein du service. Il s'agit d' un groupe ouvert de relaxation à induction verbale. Les objectifs sont de renforcer l'ancrage à la réalité, réduire le vécu de morcellement, réinvestir le corps plaisir par des éprouvés positifs et diminuer le niveau d'angoisse par un apaisement des tensions et une baisse de l'état de vigilance.

II.A.1. Cadre et participants

Nous accueillons des patients de plusieurs unités en fonction des indications du médecin, de l'équipe soignante et des demandes des patients eux-même. La participation au groupe n'est jamais obligatoire et la proposition est toujours faite en amont au patient, qui est libre d'accepter ou de refuser. De même, si en cours de séance le vécu est trop compliqué, et qu'il en fait la demande, le participant peut être raccompagné sur son unité.

Pour certains patients, la participation à un groupe thérapeutique est dans un premier temps inenvisageable, un suivi individuel étant préférable. En effet, les patients présentant un trop grand état d'excitation tels que les personnes histrioniques ou en phase maniaque, outre de ne pas profiter des effets de la séance, risqueraient de perturber la stabilité du groupe. Il en est de même pour les personnes présentant un délire en phase aiguë. Les individus présentant des limitations physiques importantes sont, dans la mesure du possible, invités à participer avec des aménagements de leur installation, comme proposer de réaliser les exercices de la partie dynamique assis sur une chaise.

Le groupe est un groupe ouvert, cela signifie que les patients sont libres de ne venir qu'une fois même si quelques uns y participent régulièrement. Il arrive également que les venues soient discontinues et que certains cessent de venir pendant quelques semaines. Ces pauses peuvent être liées à des causes externes comme des permissions, des

rendez-vous avec le psychiatre ou des visites de la famille, ou à des causes internes telles qu'une rechute de l'état de santé.

Le nombre maximal de patients admis au sein du groupe a été fixé à douze personnes. Au delà, il est difficile de maintenir un degré de présence et d'attention suffisant pour l'ensemble des participants du groupe. De plus, l'espace physique ne permet plus un déploiement total des corps et une amplitude libre de mouvement.

II.A.2. Les thérapeutes

A l'origine le groupe était géré en co-thérapie par ma maître de stage et un danse-thérapeute. En cours d'année, une deuxième psychomotricienne, nouvelle dans le service nous a rejoints. Nous sommes donc actuellement quatre personnes à co-animer le groupe. Chacun prend en charge un partie de la séance tandis que les autres garantissent le maintien du cadre et étayent les patients qui nécessitent une attention particulière. En cas de difficulté pour un patient, un thérapeute est toujours disponible pour accompagner individuellement et même raccompagner exceptionnellement à la chambre. Parfois, certains thérapeutes n'étaient pas présents pour cause professionnelle ou personnelle. Le groupe est mis en place que lorsqu'il y a au moins deux personnes pour le gérer. En effet, en cas de problème (décompensation, chute, malaise), une personne au moins doit être disponible pour alerter les équipes du service. De plus, si les patients sont nombreux, la présence physique des thérapeutes contribue à maintenir le cadre. L'idéal pour l'équilibre du groupe est de trois thérapeutes.

Tous les thérapeutes ont une approche corporelle de l'activité de par leur formation. Néanmoins, le danse-thérapeute apporte des propositions et un regard complémentaire au notre. Par exemple, au cours d'une première partie de séance dynamique[84], il est à l'origine d'exercices plus techniques pour travailler sur les chaînes musculaires. De plus, étant diplômé en EMDR, il peut faire le relai pour prendre en charge certains patients au terme de la séance.

84 Voir « II.B.1. La préparation », p.55

Les thérapeutes assurent par ailleurs le lien entre le groupe et l'institution. Tous les patients appartiennent à des unités dans lesquelles travaille au moins un des professionnels encadrant le groupe. Chaque patient a donc bénéficié en amont d'un contact individuel, en séance ou en temps informel. Cette condition assure d'avoir une connaissance des problématiques et du fonctionnement psychocorporel du participant, pour garantir un meilleur accompagnement au sein du groupe. De plus, la présence d'une personne de confiance connue sécurise le patient.

II.A.3. Aménagement de la salle

L'environnement de la salle est pensé pour être le plus contenant possible : nous laissons une musique douce en fond sonore, des huiles essentielles sont diffusées en début de séance. La lumière est baissée progressivement. Nous veillons à garder toujours le lien, soit par le visuel, soit par la parole. A la fin des mobilisations, nous recouvrons les patients d'un tissu léger.

II.B. Déroulement des séances

Les séances suivent un même fil rouge composé de plusieurs temps. Les exercices proposés ainsi que leur durée, peuvent varier en fonction de la dynamique du groupe et de ce que nous percevons des besoins des participants. Pour un soucis de clarté, seront présentés dans cette sous-partie les différents temps de séance, leur déroulement et leurs objectifs. Les consignes et le détail des exercices seront abordés au cours de vignettes cliniques dans la partie suivante.[85]

85 Voir « III. Les spécificités de la relaxation en groupe ouvert au sein d'une institution psychiatrique » p.59

II.B.1. La préparation

La séance débute par un temps dynamique. Nous proposons un ensemble de mouvements aux patients pour renforcer leurs ressentis corporels avant d'aborder une phase de relaxation plus statique. Les exercices peuvent varier d'une séance à l'autre mais la structure reste globalement la même.

Nous insistons sur les points d'appuis, le déroulé du pied au sol pour renforcer le sentiment d'ancrage. Les propositions s'organisent selon des mouvements d'étirement du corps, de contraction-relâchement des muscles. Des auto-massages sont également réalisés pour stimuler l'enveloppe corporelle. De plus, nous amenons les patients à aborder une modulation rythmique et tonique, au fil des différents exercices. Toutes les propositions que nous faisons aux patients durant ce premier temps ont pour but de renforcer la sensation d'unité corporelle.

II.B.2. Le massage du dos

Le deuxième temps de la séance consiste en un massage du dos, seule partie du corps non stimulée précédemment. Chaque patient choisit une balle à picots puis s'installe en binôme avec une autre personne. Ils s'assoient sur un tapis, l'un derrière l'autre. Chacun doit être suffisamment bien installé afin limiter toute crispation liée à un inconfort ou une douleur. Nous proposons donc à certains d'utiliser un bloc en mousse ou une chaise s'ils en ressentent le besoin. La personne qui est derrière l'autre commence le massage. L'un des thérapeutes guide verbalement le trajet de la balle, en effectuant lui même le massage en parallèle. Le départ s'effectue au sommet du crâne. Le patient est invité à faire rouler la balle sur l'arrière de la tête puis sur la totalité dos de son partenaire, toujours dans un mouvement qui se rapproche du tapis. Il viendra stabiliser la balle sur le tapis, au niveau du bas de la colonne vertébrale puis remontera doucement, en suivant la colonne jusqu'à rejoindre son point de départ. La personne massée pourra prendre quelques instants pour intégrer ses sensations avant que les deux partenaires n'échangent de place.

II.B.3. Le temps au sol

Les patients s'installent ensuite individuellement sur un tapis. Nous les invitons à se mettre temporairement sur le ventre et nous leur proposons un toucher individuel. Il s'agit d'un toucher contenant, glissé mais appuyé, sur l'ensemble du corps des mains jusqu'aux pieds. Le toucher est répété trois fois : sur les bords extérieurs du corps, en suivant l'axe de la colonne et les bords internes des jambes puis dans le prolongement de la partie arrière des jambes. Ce contact bref mais contenant donne un ressenti global des limites du corps avant d'entamer la phase statique de la relaxation. Le patient peut ensuite adopter la position qui lui est la plus confortable et le thérapeute ayant effectué le toucher le recouvre d'un tissu épais.

Ma maître de stage commence alors l'accompagnement verbal. L'attention est portée sur les points d'appui et la position de leur corps, leur état de relâchement musculaire. Inspirée des techniques de méditation pleine conscience et de sophrologie, les patients sont alors guidés verbalement dans un voyage les menant à un lieu qu'ils sont invités à imaginer. Le lien par la parole est toujours présent et le travail de visualisation est étayé par un vocabulaire imagé (sensations, couleurs, mouvements) mais jamais induit, afin de partir de la représentation ou du ressenti propre du patient. La musique et les odeurs peuvent également être un support à la représentation.

II.B.4. La verbalisation

En fin de séance, nous réservons un quart d'heure pour échanger autour des ressentis des patients. La prise de parole est laissée libre à chacun, qui peut évoquer ce qu'il souhaite. Ce temps d'échange est souvent riche au niveau de l'évocation des ressentis et des associations qui peuvent être faites par les patients.

II.C. Les temps informels

II.C.1. Pratique de l'évaluation psychomotrice

Les bilans psychomoteurs à proprement parler ne sont pas pratiqués au sein du service. En effet, il est difficile d'évaluer les patients par des tests psychomoteurs standardisés car peu de tests sont adaptés à l'âge et à l'état psychique des patients. Les professionnels de la structure ont fait le choix d'évaluer les grands domaines psychomoteurs par une observation spontanée qualitative. Pour cela un entretien individuel peut être mis en place. L'enjeu des premières rencontres consiste à nouer un lien de confiance avec la personne pour entamer un travail thérapeutique par la suite. Au cours de cet entretien, la psychomotricienne observe la qualité et la distance relationnelle et peut saisir des informations sur l'état tonique, les postures spontanées, l'équilibre ainsi que le rapport à l'espace et au temps. De plus, chaque rencontre avec le patient dans le service est une occasion d'observer son fonctionnement et ses aptitudes psychomotrices. L'observation se poursuit donc lors de temps informels. Les déplacements dans les couloirs renseignent sur la marche, les coordinations, la motricité globale. Les attitudes par rapport aux autres patients, aux bruits apportent des informations sur la sensorialité. Le tonus et le rapport au toucher peuvent être observés lors d'une poignée de mains.

II.C.2 Faire du lien, construire le support du groupe en dehors du groupe

De nombreux temps informels permettent d'échanger avec les patients et de réaliser des observations intéressantes. Chaque jour, ma maître de stage fait un tour de ses unités pour saluer les patients et prendre de leurs nouvelles. Cette simple action permet de renforcer le lien thérapeutique et se faire connaître en tant que psychomotricienne auprès des patients. La répétition de cet acte, au même titre que les activités et les repas, inscrit les

patients dans une temporalité. Elle invite régulièrement les patients à participer aux groupes. Même si elle est confrontée à un refus ce jour-là, le fait de continuer à proposer fait du groupe une entité stable, une structure qui tient. Il n'est pas rare que certains patients acceptent finalement après quelques semaines de tentatives.

II.C.3. Les transitions, un entre-deux qui fait du lien

Lors de la constitution du groupe, ma maître de stage et ses collègues se répartissent pour aller chercher les patients dans leurs unités. La plupart du temps, je reste dans la salle pour accueillir les patients. En attendant que tout le groupe soit rassemblé nous nous installons dans un coin de la pièce autour d'une table basse. Ce temps est souvent riche en informations sur les patients : leur attitude, leur posture et leur état tonique, la relation aux autres, la relation au soignant. Les réactions sont souvent plus spontanées que durant la séance et ces échanges permettent la mise en place d'une première dynamique de groupe. C'est également l'occasion pour moi de créer un lien avec les patients que je n'ai pas pu rencontrer avant. Certains me posent des questions sur mon statut, sur la psychomotricité. Je les questionne à mon tour sur la relaxation et leur rapport aux disciplines corporelles. Des liens sont spontanément faits avec leur histoire de vie et contribuent à inscrire le groupe dans un contexte spatial et temporel.

III. Les spécificités de la relaxation en groupe ouvert au sein d'une institution psychiatrique

III.A. Rassembler, unifier… un holding thérapeutique

Michel Sapir souligne la défaillance de la capacité de symbolisation dans le cadre des psychoses. L'intégration des sensations se fait de manière littérale, sans interprétation ni mise en sens, ce qui gêne la perception des limites corporelles. Ainsi, la voix du thérapeute peut être vécue comme pénétrante, intrusive lorsqu'elle apparaît détachée de tout autre flux sensoriel, aussi bien visuel que tactile.[86] Il est donc important d'aider à la symbolisation en mettant en mots les sensations et en accompagnant toujours le vécu de la parole. En séance individuelle, il est possible d'amener des contacts et de nommer les parties du corps mobilisées, ce qui n'est pas réalisable sur le moment en dispositif de groupe. «C'est à la parole de combler le morcellement en unifiant, à la fin de la séance, toujours le corps. ».[87] Le travail préparatoire dynamique que nous effectuons vise à fournir aux patients des informations, tactiles, kinesthésiques et proprioceptives sur leur enveloppe et la consistance de leur corps, afin de permettre la perception d'un volume, d'un espace interne délimité.

III.A.1. Maintenir le contact

Ce jour-là j'anime la première partie de la séance. Afin de maintenir le lien avec les patients, je veille à garder un contact visuel avec chacun d'entre eux, tout en maintenant un débit verbal suffisamment élevé pour garder leur attention. En effet, les pensées désagréables et les vécus dépersonnalisant peuvent vite envahir les patients que nous accueillons s'ils ne sont pas dans l'agir ou le ressenti. Nous sommes debout en cercle, ce qui favorise la circulation du regard et le sentiment de contenance. Je propose plusieurs auto-mobilisations visant à contacter les

86 Sapir M., 1992

87 Sapir M., 1992, p.17

muscles et la peau sur l'ensemble du corps. Nous passons à l'exercice suivant, au sol cette fois-ci. J'invite les patients à se regrouper sur eux-même et à contracter l'ensemble de leurs muscles avant de relâcher et venir déposer le poids de leur corps au sol. Nous effectuons plusieurs fois ce mouvement, dans différentes positions. Afin de faire la démonstration et d'étayer les patients, je réalise également l'exercice en même temps qu'eux. Soudain, Madame B dit se sentir mal et avoir besoin de quitter la séance car elle se sent nauséeuse. Nous continuons la séance sans elle.

Madame B. est une femme d'une quarantaine d'années admise récemment à l'hôpital à la suite d'une intoxication volontaire médicamenteuse. Elle présente des antécédents de symptomatologie dépressive associée à des troubles du comportement alimentaire et un alcoolisme sevré. D'après le dossier médical, plusieurs tentatives de suicide ont eu lieu par le passé, dont une par défenestration. Elle connaît fréquemment des vécus de morcellement et bénéficie d'un suivi psychomoteur en parallèle. Effectivement, lors d'entretiens individuels, elle a pu se décrire comme « éclatée », comme si elle n'avait pas de consistance propre.

Lorsque ma maître de stage la raccompagne à sa chambre, elle lui avoue que la nausée n'est qu'un symptôme de l'angoisse provoquée par un vécu de morcellement au cours de la séance. En effet, lors du dernier exercice au sol, je ne suis en lien avec les patients que par la voix. Je ne maintiens donc le contact que sur une modalité sensorielle. Ma prosodie, en terme d'intensité, de présence n'était alors plus suffisante pour garantir la contenance nécessaire à cette dame pour supporter d'être au sein du groupe.

Cette expérience m'a amenée à m'interroger sur les modalités de notre présence au groupe, de l'aménagement de la salle et des expériences proposées aux patients qui permettent de garantir une sécurité suffisante pour exister au sein du groupe sans se vivre dépersonnalisé. La plupart des personnes que nous accueillons en relaxation, et plus généralement les patients hospitalisés en psychiatrie, ont une image du corps fragilisée et des ressentis corporels fortement en lien avec des angoisses archaïques. Se retrouver au sein d'un groupe lorsqu'on expérimente un vécu de dépersonnalisation ou de déréalisation peut être une expérience fortement angoissante.

Les co-thérapeutes peuvent intervenir lorsque l'étayage groupal ne suffit plus pour une personne. Le contact s'appuie alors sur plusieurs modalités : le visuel, la parole, le dialogue tonico-émotionnel. La simple présence physique du thérapeute remplit un rôle de pare-excitation vis à vis des stimulations amenées par la situation groupale. L'alliance thérapeutique précédemment établie en constitue alors la base indispensable.

Pierre-Yves Goriaux, psychomotricien et psychothérapeute évoque les différentes fonctions de l'étayage psychomoteur dans le processus de différenciation- individualisation chez le jeune enfant. « L'étayage procède du soutien à ces différents niveaux d'intégration de la relation au monde : le tonique, le sensoriel, l'émotionnel et le représentatif. »[88] Les pathologies psychotiques, comme nous l'avons vu impliquent des difficultés dans la différenciation d'autrui et dans la perception corporelle. Aussi, il est pertinent de ré-explorer ces différents niveaux pour accompagner le patient dans la restructuration de sa relation au monde. Pierre-Yves Goriaux décrit quatre phases dans ce processus intégratif que nous pouvons mettre en lien avec le travail thérapeutique réalisé au cours de la séance :

- « porter /contenir : le maintien du sentiment de soi » : par la contenance physique et psychique, en accueillant et en portant psychiquement le patient
- « phase de pré-différenciation : prise en compte de la sensation » : proposer des sollicitations variées (auditives, corporelles, olfactives), des mouvements impliquant la modulation tonique, les stimulations tactiles avec les auto-massages
- « phase de différenciation : l'émotion, l'affect » : accueillir les émotions qui traversent le patient, l'aider à les identifier et les nommer lors de la verbalisation
- « phase de représentation : l'imaginaire corporel » : la phase statique est un moment d'immobilité. Le patient est invité à se vivre corporellement et sensoriellement dans un situation imaginaire ou passée. [89]

88 Goriaux à propos du concept d'étayage psychomoteur développé par Suzanne Robert-Ouvray, 2002, p. 89

89 Goriaux, 2002

Enfin, le lien directeur peut aussi s'établir à partir des patients eux-même. Durant le temps informel de début, il n'est pas rare que les patients discutent. Certains même se connaissaient avant. Ce rapide contact et temps d'échange peut être un levier pour la prise en charge.

Le patient étant immobile lors de la phase au sol, le corps perçoit moins d'informations proprioceptives et de sensations tactiles, ce qui peut majorer les vécus étranges et les hallucinations cénesthésiques. Aussi, pour garantir la sécurité psychique des patients, il est important de proposer un vécu qui permette un consolidation de l'enveloppe et de la sensation d'unité corporelle avant tout exercice plus statique.

> *Madame G. est une patiente mélancolique de 38 ans. Sa tristesse résonne en moi dès le début de la séance. Très ralentie et hypotonique, chaque mouvement évoque un effort incommensurable pour elle. Son corps tout entier semble attiré par le sol. Son visage est figé dans une profonde douleur et les mots qui s'échappent de sa bouche sont à peine audibles. Durant la séance, sa présence est discrète. Néanmoins, elle participe à chaque exercice et s'efforce de suivre la séance malgré l'énergie que semble lui coûter de rester le fait de rester en lien avec nous. Nous arrivons au temps allongé au sol. Ma maître de stage fait l'inventaire des points d'appuis et accompagne verbalement les patients vers le relâchement. Lorsqu'elle les invite à imaginer ou se remémorer un lieu sécurisant et apaisant, Madame G. commence à pleurer. L'art-thérapeute qui la suit en parallèle en séance individuelle est la personne qui la connaît le mieux parmi nous. Il s'approche d'elle et vient poser une main sur son front. Elle s'apaise progressivement, les pleurs cessent, son visage se détend et elle dépose à nouveau tranquillement le poids de son corps sur son tapis. Il restera près d'elle jusqu'à la reprise.*

Le contact physique peut être nécessaire pour apaiser le patient. Il témoigne à la fois de la présence physique du thérapeute aux côtés du patient. Il est contenant et rassurant.

Certains patients, au contraire, peuvent être dans un état d'agitation proche de l'hypomanie ou présenter une vigilance élevée empêchant tout relâchement. Là encore, le simple contact de la main du thérapeute agit comme élément régulateur. Les sensations sont canalisées au niveau de ce contact. Cela permet d'une part de donner un point d'ancrage physique à l'environnement sur lequel le patient pourra focaliser son attention et d'autre part, le toucher même localisé au niveau du front, lui fournit un retour perceptif tactile de ses limites corporelles.

> *Nous sommes trois à ce moment-là dans la salle. Les thérapeutes vont chercher les patients dans leurs unités tandis que j'attends en compagnie de Madame G.*[90] *que nous avons rencontré dans la vignette clinique précédente et de Madame F., une autre patiente de la même unité. Madame F. a trente-cinq ans, elle doit sortir de l'hôpital le lendemain. Elle souffrait d'une profonde dépression et d'une dépendance alcoolique lors de son entrée à l'hôpital. Aujourd'hui, elle dégage une assurance et une force impressionnantes. Elle est soigneusement maquillée et habillée. Elle se tient assise droite, dans une posture d'ouverture. Madame G. semble impressionnée par cette dame. Elle lui fait part de ses réserves quant à venir au groupe. Elle dit ne pas être sortie de son lit depuis deux jours et s'être forcée à venir aujourd'hui « parce qu'il fallait faire quelque chose », qu'elle ne pouvait pas « rester comme ça ». Elle ajoute : « j 'aimerais être comme vous, vous êtes belle, bien maquillée ! ». Madame F., d'un ton vindicatif mais bienveillant lui répond : « J'étais dans votre état avant ! J'étais au fond du trou, je n'avais plus envie de vivre. Mais j'ai fini par m'en sortir, j'ai envie d'être là pour mes enfants ! Vous allez vous en sortir, ne perdez pas espoir. Vous avez bien fait de venir, de sortir de votre chambre. Vous avez fait le plus dur. Courage ! ». Madame G. approuve ses paroles et semble rassurée. Elle dit être motivée pour « remonter la pente » comme cette patiente.*

Le soutien physique et moral entre les patients est un important élément motivationnel pour la prise en charge. Sans doute, sans l'intervention de Madame F., Madame G. aurait plus difficilement suivi la séance. En pouvant s'identifier psychologiquement mais aussi corporellement à cette patiente, au niveau de ses attitudes,

90 Voir p.64

de l'image corporelle qu'elle renvoie, Madame G. peut se projeter dans le futur et se détacher de l'image que son corps lui renvoie actuellement.

III.A.2. Contenir, support du cadre et du dispositif

« L'installation aide le sujet à mieux se poser, un sourire, un silence peuvent soutenir l'autre, le mettre en confiance et l'aider à se sentir participant et actif dans sa recherche personnelle. Une attention « bienveillante », une voix au timbre mesuré, calme et sûre à la fois, pour ouvrir l'espace du toucher possible » [91]

Nous venons de voir l'importance de maintenir un contact continu avec le patient pour permettre le bon déroulement de la séance. Le thérapeute permet par ses attitudes d'assurer la continuité de ce lien. Il joue également un rôle de régulation et de contenance. Les enveloppes psychiques et matérielles proposées par le psychomotricien permettent l'accueil et l'expression des affects douloureux du patient. Le psychanalyste à l'origine du concept de moi-peau, Didier Anzieu[92] conceptualise différents types d'enveloppes sensorielles. Les interactions entre les enveloppes participent au développement de l'individu sain. En redonnant à vivre ces expériences au patient dans un cadre thérapeutique sécurisé, on lui permet de ré-expérimenter ces processus structurants liés à un état archaïque.

Les exercices dynamiques permettent de renforcer l'enveloppe tactile cutanée. Les mouvements, les étirements sollicitent les muscles, la peau et offrent un retour sensoriel aux patients. Par ailleurs, le toucher que nous effectuons avant la phase de relaxation statique[93] vient directement contacter les récepteurs cutanés et donne un ressenti global du corps.

91 Soulignac Moreno, 1997, p.13

92 Anzieu, 2006

93 Voir la description de l'exercice dans «II.B.3. Le temps au sol » p.56

Madame K. prend la parole lors du temps de verbalisation de fin de séance. Elle dit avoir particulièrement apprécié le « massage » que nous sommes venus faire. « J'ai vraiment eu l'impression de ressentir mon corps en entier. Vous m'avez aidée à sentir des parties de mon corps que j'avais oubliées ! »

Héléna Soulignac-Moreno précise que « Le toucher qui donne à sentir, contenir, percevoir les limites en deçà des limites, l'attention respectueuse de l'autre, devraient permettre de renvoyer des éléments de compréhension tonico-émotionnels en laissant un espace possible d'élaboration. »[94] Aussi bref qu'il soit, ce toucher est un moyen de faire ressentir leurs limites aux patients mais aussi d'entrer en communication sur un mode infraverbal, que le clivage qui s'opère dans la pathologie psychiatrique délaisse habituellement.

L'enveloppe sonore participe à la constitution du moi par introjection[95] de l'univers sonore. Au cours du développement de l'enfant, l'échange entre ses vocalises, leur résonance corporelle et le bain de paroles de la mère permet la formation d'une double enveloppe avec une face interne et externe, qui l'aidera à prendre conscience d'un intérieur et d'un extérieur, de son volume. Lors de la séance de relaxation, le patient ne parle pas ou peu, c'est la respiration associée aux flux sonores qui aide le patient à se penser et à se structurer en trois dimensions. [96]

Tout au long de la séance, nous diffusons une musique pour fournir un fond sonore qui à la fois fasse écran aux bruits extérieurs et aux pensées envahissantes et hallucinations auditives. Le rythme de la musique, la prosodie de la voix du thérapeute qui anime l'exercice contiennent le patient, rythment l'espace sonore et structurent temporellement. La voix doit être claire, intelligible mais aussi assurée et calme. Si la voix est enveloppante, elle consolide la peau sonore

94 Soulignac Moreno, 1997, p.13

95 Introjecter correspond à incorporer au moi ou au sur-moi, par un processus inconscient, l'image, le modèle d'une personne.

96 Anzieu, 2006

externe du patient. Parallèlement, nous associons les mouvements au geste respiratoire.

Pour Edith Lecourt, professeur de psychologie clinique et de psychopathologie à l'université Paris Descartes, l'établissement d'une enveloppe sonore doit pouvoir s'étayer sur un vécu tactile et visuel. C'est dans le mouvement que le sujet peut distinguer les sons provenant du dedans et du dehors. Les exercices dynamiques du début de séance sont donc importants pour le renforcement de cette enveloppe.[97]

Par ailleurs, nous diffusons des huiles essentielles en début de séance avec l'accord des patients. Ces odeurs constituent une enveloppe olfactive, qui d'une part renforcent la contenance du dispositif, l'espace olfactif étant « rempli. »

Ces différentes enveloppes assurent une fonction de contenance, de structuration mais aussi de pare-excitation. Les stimuli fournis par ces sollicitations sonores, olfactives, visuelles, tactiles et proprioceptives focalisent l'attention des patients sur la séance et protègent des éléments distracteurs anxiogènes.

Le cadre de la séance est un garant de la tenue du groupe. Ce jour-là, nous sommes en train de travailler sur l'axe par des transferts de poids latéraux puis avant-arrière. Les patients semblent attentifs à leurs sensations, certains ferment les yeux et exécutent le mouvement dans la lenteur et la précision. Souvent la porte s'ouvre. Un infirmier commence à entrer dans la salle et demande à ce que l'une des patientes présente retourne sur son unité car quelqu'un de sa famille est venu lui rendre visite. Nous tentons de minimiser l'impact de cette intrusion mais le mal est déjà fait. Les regards se dispersent, les mouvements deviennent hésitants et certains patients s'interpellent, commentent le départ de la personne sollicitée. Chaque interruption perturbe la contenance du dispositif. Les patients, du fait de leurs pathologies, de la fatigue et des traitements médicamenteux, disposent d'une faible capacité attentionnelle et sont sujets aux distractions.

La présence physique du thérapeute participera également à renforcer l'enveloppe groupale. Mahmoud Sami-Ali, professeur émérite de psychologie précise qu'« un travail

97 Lecourt, 1987, dans Anzieu, 2006

doit s'effectuer dans un va et vient relationnel, où ce qui se passe dans le corps se passe en définitive dans la relation à l'autre ». Nos attitudes, notre tonus et nos déplacements sont autant d'éléments qui entrent en jeu dans le travail thérapeutique. Le fait d'être plusieurs co-thérapeutes permet de jouer sur cet espace. Nous nous répartissons parmi les patients à chaque extrémité de la salle afin de ne pas faire bloc. Ceux qui ne dirigent pas la séance, assurent simplement une contenance corporelle et visuelle. Selon la psychomotricienne Héléna Soulignac Moreno, le regard tient une place importante dans l'accompagnement en relaxation, « il ne doit être ni intrusif, ni lourd, « un regard qui flotte » est mieux ressenti, mieux perçu et permet ainsi de mesurer la position du relaxé ».[98] Pendant le temps de relaxation allongée, ma maître de stage circule parmi les patients pour donner une dynamique, du mouvement à la voix et assurer une variation des stimuli.

III.A.3. Mettre en lien, un fil rouge institutionnel

« La plupart du temps, même si le groupe n'est plus constitué en entité pour ses membres, la matrice institutionnelle garde en elle la trace du groupe, y compris quand tous les patients s'en vont et que d'autres arrivent »[99]

Nous avons décrit précédemment le rôle de la fonction contenante au sein du groupe.[100] Le concept d'enveloppe psychique ne s'applique pas seulement aux groupes thérapeutiques mais à l'institution tout entière, qui constitue la face externe de l'enveloppe groupale.[101] Didier Roffat, psychologue et psychothérapeute, considère le contexte institutionnel comme le fond du groupe thérapeutique. Il définit le contexte institutionnel comme « les alliances et les pactes inconscients qui structurent la vie psychique

98 Soulignac Moreno, 1997, p.13

99 Fredenrich, 2010, p.123

100 Voir « Enveloppes et contenance » p.17

101 Voir « I.A.3. Conception psychanalyste, l'appareil psychique groupal », p.11

institutionnelle et ceux qui sous-tendent les liens entre l'institution et le groupe ».[102] L'hôpital se positionne donc à deux niveaux : la contenance qu'il apporte en tant que lieu de séjour, espace physique et psychique (la façon dont est pensé le projet de soin du patient …) et tout ce qui organise et fait exister le groupe au sein de la structure.

> *L'équipe infirmière sélectionne en amont des personnes susceptibles de tirer des bénéfices de la séance, notamment en fonction de leur état du moment. Au contact régulier de ces patients dans leur unité de séjour, les soignants sont à même de remarquer leur évolution. Ils sont au courant de leurs évènements de vie dans le quotidien hospitalier, ils peuvent percevoir mieux que quiconque les changements d'humeur et de comportement au fil de la journée. Au moment d'aller chercher les patients pour la séance, nous prenons quelques instants pour discuter avec les équipes de chaque unité afin déterminer pour chacun d'entre eux la pertinence de participer au groupe.*

Pour la psychomotricienne Mado Tiveaud, « Penser l'indication, c'est déjà être dans le soin, c'est déjà donner un sens au travail de relaxation. Le médecin et l'équipe sont les garants de ce travail. Ils servent de « repères-contenants » auxquels peut à tout moment se référer le psychomotricien ou le patient. »[103] Elle précise que « Ces rencontres sont des mises à distance qui de toute façon font évoluer la prise en charge. Elles permettent le travail d'élaboration et peuvent questionner la pertinence de la prise en charge. »

Chaque patient participant au groupe connaît au moins un des thérapeute, que ce soit les deux psychomotriciennes ou l'art-thérapeute. Le dispositif de mon stage ne me permet malheureusement pas d'être présente plus d'une demi-journée par semaine sur la structure. Je ne connais donc pas toujours personnellement les patients lorsque nous démarrons une séance. Cependant, ma maître de stage et ses collègues prennent le temps d'échanger avec moi autour des problématiques des patients.

> *Les co-thérapeutes qui animent le groupe de relaxation font le tour de leurs unités respectives en arrivant à l'hôpital. Ils saluent les patients, prennent le temps de parler avec eux. L'alliance thérapeutique qui se tisse au fur et à mesure participe à préparer la séance. Souvent, ils leur proposent de participer au groupe qu'ils situent dans un contexte temporo-spatial : « Voulez vous venir au*

102 Roffat, 2010

103 Tiveaud, 1997, p.9

groupe de relaxation demain ? C'est au deuxième étage, dans la grande salle. Le groupe a lieu chaque jeudi, vous pourrez venir la semaine prochaine si vous préférez... ». Certains patients bénéficient d'un suivi individuel au cours duquel, un lien peut-être pensé pour évoluer vers le groupe ou envisager d'y participer en parallèle.

Les patients eux-même, notamment ceux qui participent régulièrement au groupe, peuvent participer à renforcer l'enveloppe institutionnelle.

Madame C participe pour la troisième fois au groupe de relaxation. Elle commence à bien prendre ses marques et affiche de plus en plus d'assurance. Elle investit davantage l'espace de la salle durant les exercices dynamiques et l'apaisement psychique et corporel est de plus en plus perceptible en fin de séance : sa voix est calme et sa respiration est profonde, la posture plus ouverte et le tonus moins élevé. Aujourd'hui, Madame C. arrive en compagnie d'une autre dame, Madame N. dont elle semble proche.

Madame N. est diagnostiquée souffrant de trouble anxio-dépressif. Elle participe pour la première fois à la séance. Son débit de parole est rapide sans être logorrhéique, elle présente une attitude nerveuse et hésitante. Madame C. la rassure et lui explique le fonctionnement de la séance. Madame N. l'écoute attentivement et restera physiquement proche d'elle durant toute la séance. A la toute fin, elle semble apaisée et soulagée et nous fait part des bénéfices qu'elle aura ressentis de la relaxation.

Madame C., en participant à plusieurs séances a contribué à l'instauration d'un lien de continuité au sein du groupe. Elle a convaincu Madame N. de venir, en parlant du groupe en dehors du groupe. Ce simple acte de parole représente une élaboration, une capacité à se projeter dans le temps, à penser cet espace et ce temps en dehors de son existence. Le groupe, à l'instar des autres activités thérapeutiques, donne une rythmicité et structure temporellement la semaine des patients. Entendre parler du groupe par les autres patients et les soignants, voir l'horaire et le jour inscrit sur les plannings, sont autant d'éléments qui étayent le processus de symbolisation. Roussillon nomme processus secondaire la capacité à se représenter l'objet en son absence. « L'expérience subjective est nommée après-coup, les sensations et affects qui la composent sont nommés, analysés,

réfléchis, «détails par détails », du fait leur liaison secondaire dans les formes linguistiques. »[104]

III.B. De soi à l'autre, rencontrer pour se différencier

Lorsque le patient se sent suffisamment exister corporellement en tant qu'individu différencié, il est possible d'exister à la fois en tant que membre du groupe et individu dans le groupe. Selon la théorisation de Kaës, le groupe passe alors d'un statut isomorphique à un statut homomorphique La confrontation à l'autre est alors à son tour un vecteur du lien à la réalité.[105]

Sigmund Freud[106] en 1914, dans son article sur le narcissisme, distingue le niveau individuel et le niveau groupal de l'identité. Sans accès à l'intersubjectivité, on ne peut pas se penser différencié et on ne peut pas penser l'autre en tant qu'objet, et entrer en communication avec lui. L'intersubjectivité représente un ensemble de processus qui permettent de « ressentir, d'éprouver, d'intégrer, de vivre très profondément que lui et l'autre ça fait deux »[107] La capacité à ressentir ses limites, à se différencier d'autrui fait défaut aux personnes psychotiques.

En sollicitant les limites, en invitant à partager une expérience au sein d'un groupe, on va chercher à stimuler le processus d'intersubjectivité. « Ce mouvement va donc permettre à l'enfant [ou la personne adulte] de se sentir distinct en tant que lui-même, distinct de l'autre, séparé de l'autre, différencié de l'autre. La mise en place de l'identité individuelle va être très vite en dialectique avec la notion d'identité groupale. »[108]

---

104 Roussillon, R., 2013, Symbolisations primaires et secondaires. Repéré à https://reneroussillon.com/symbolisation/symbolisation-primaire-et-secondaire/

105 Voir I.A.3. «Conception psychanalytique, l'appareil psychique groupal » p.11

106 Freud, 1914 dans Golse, 2010

107 Golse, 2010, p.29

108 Ibid.

III.B.1. S'axialiser, départ d'une construction pour entrer dans l'intersubjectivité

Les exercices dynamiques que nous proposons en début de séance invitent le patient à ré-explorer son corps pour le sentir exister. Nous abordons les notions de limites, d'axialité et d'ancrage.

> *Le premier exercice de la séance consiste à traverser le cercle formé par le groupe en roulant sur le sol. La personne qui passe y dépose tout le poids de son corps et minimise les efforts. Les traversées s'effectuent par retournement afin de solliciter les différentes chaînes musculaires pour ressentir l'ensemble du corps. Les patients sont invités à adopter des postures asymétriques et à ré-expérimenter les schèmes initiaux de mouvement. Après démonstration, nous les invitons à faire de même, chacun à leur tour. Les corporéités de chacun s'expriment alors distinctement. Madame G, que nous avons pu suivre dans quelques vignettes cliniques est très hypotonique. Son corps tout entier semble attiré par le sol et peine à en détacher le pied puis la jambe pour continuer le mouvement. Au contraire, nombreux sont les patients dans un contrôle tonique permanent. Lors des retournements, la tête est maintenue dans l'axe et refuse de toucher le sol. Certains même tournent sans jamais croiser l'axe, au prix d'un effort musculaire conséquent, ils parviennent à se déplacer du dos au côté dans une posture parfaitement symétrique. Souvent, un seul accompagnement verbal ne suffit pas et il est nécessaire de donner des indications tactiles et kinesthésiques pour qu'ils adoptent une posture asymétrique.*

Benoît Lesage, médecin, formateur en danse-thérapie précise les rapports entre la construction de l'axe et la construction du sujet. « On observe en clinique des enfants plus âgés voire des adultes qui manifestent encore des conduites archaïques, et dont les gestes sont toujours symétriques. Ce défaut de différenciation droite/gauche indique qu'ils n'ont pas construit leur axialité ». Lorsque qu'il grandit, l'enfant s'organise autour de son axe, matérialisé par sa colonne vertébrale. Sa perception de l'espace se construit à partir du corps propre, du centre vers périphérie. Puis, il intégrera progressivement son environnement duquel il se différenciera grâce à la prise de conscience de ses limites. « L'axialité s'insère dans un ensemble de processus qui construisent ensemble ce qu'on

peut appeler de façon globale la subjectivité. On désigne par là le fait de se pressentir et de se présenter en tant que sujet, face à d'autres sujets. »[109]

> *Nous sommes debout en cercle. J'invite les patients à tendre leurs bras vers le plafond pour étirer le corps tout entier avant de relâcher. Nous oscillons ensuite de droite à gauche puis d'avant en arrière en procédant par transfert de poids sur les points d'appui de nos pieds. Le mouvement diminue progressivement jusqu'à trouver chacun notre point d'équilibre.*

Autour de l'axe s'organise un espace propre de mouvements que Rudolph Laban, théoricien de la danse, nomme kinesphère.[110] De l'investissement de cet espace dépendent l'expressivité du mouvement ainsi que la communication non verbale. Comme peut l'illustrer la vignette clinique précédente, l'on peut retrouver un effondrement de l'axe dans les pathologies dépressives, avec une posture de repli. Au contraire dans les délires paranoïaques, à cause de l'état d'hypervigilance, les patients présentent souvent une posture figée, catatonique qui entrave leur motricité.

> *Nous abordons par la suite des exercices de contractions/relâchement au sol. Nous devons nous replier sur nous-même le plus possible avant de nous étirer sur le sol en occupant le plus d'espace possible autour de nous.*

André Bullinger, psychologue reconnu pour ses travaux sur l'approche sensori-motrice de l'enfant, considère l'axe corporel comme une construction sensible résultat d'un ajustement tonique permanent.[111] Cette proposition invite à explorer les variations de taille de la kinesphère, permet une modulation tonique ainsi qu'un travail sur les schèmes de repli et d'extension. Par ailleurs, dans le groupe, chaque variation individuelle de l'investissement de l'espace influe sur la perception et la densité de l'espace groupal,

---

109 Lesage, 2015 p.156

110 La kinesphère désigne l'espace accessible directement aux membres d'une personne qui ne se déplace pas. Elle s'étend tout autour d'elle, jusqu'à l'extrémité de ses doigts et pieds tendus dans toutes les directions.

111 Lesage, 2015 p.158

modifie la proxémie.[112] Chacun doit à la fois offrir un espace de liberté de mouvement à son corps propre tout tenant compte et en laissant de la place au corps de l'autre.

> *Madame R. est âgée de 42 ans. Elle a été hospitalisée plusieurs fois ces dernières années. Lors de son admission, le psychiatre diagnostique un délire d'évolution chronique à mécanisme interprétatif et hallucinatoire, avec un important sentiment de persécution. Elle participera à plusieurs séances de relaxation.*
>
> *Première séance pour Madame R. Dès son arrivée dans la salle elle est très défensive. Elle présente une hypertonie massive et son tronc, d'une raideur impressionnante. Assise, elle ne semble former qu'un bloc du bas de son dos au sommet de sa tête. Son visage amimique est figé dans une expression de stupeur, les yeux exorbités et la mâchoire crispée. Son importante tonicité bloque la respiration rend la prise de parole saccadée et laborieuse. Madame R. verrouille ses ressentis ainsi que ceux des autres : l'évocation de sentiments, de questionnements par les patients semble lui être insupportable. Elle change de sujet ou tente de rationaliser chaque propos. La séance commence. Elle refuse de participer aux exercices la soumettant au regard de l'autre.*
>
> *En fin de séance nous abordons la relation au sol. Madame R. est allongée sur le sol, les bras le long du corps, les jambes et la tête dans le prolongement du tronc. Les yeux grands ouverts, elle fixe le plafond dans une parfaite immobilité. Lors de la verbalisation, elle ne souhaite pas prendre la parole.*
>
> *Lors des séances, nous aménageons son installation pour la phase au sol. Nous lui proposons de s'asseoir sur une chaise. Elle semble un peu soulagée. Au fur et à mesure des séances, elle pourra assouplir un peu son imposante carapace tonique. Elle acceptera d'utiliser le dossier de la chaise comme appui dos. Elle garde les yeux ouverts mais les traits de son visage se détendent un petit peu.*

Madame R. présente une problématique axiale importante. Sa posture est le reflet de son état tonico-émotionnel. L'aménagement de l'installation semble sécuriser Madame R. et ainsi permettre un début de communication.

112 La proxémie est l'étude des distances physiques entre les personnes d'un point de vue culturel. Cette notion a été introduite par l'anthropologue américain Edward T. Hall en 1963.

III. B.2. Rythme et tonus

Tonus et rythme sont inextricablement liés. Dès le début de son développement, l'être humain est confronté à de nombreux rythmes tant internes qu'externes. Ils sont le vecteur de la structuration temporelle de l'individu. Sylvie Cady considère que chaque difficulté psychique est en lien avec une problématique somatique, notamment par le biais du tonus. Émotion et angoisses ont des répercussions sur le plan rythmique et provoquent une dysharmonie dans l'alternance contraction-détente.

> *La séance elle-même s'inscrit dans une rythmicité : la contraction et le relâchement, les exercices dynamiques, la lenteur puis l'immobilité. En proposant ces alternances aux patients, nous les invitons à explorer et à retrouver cette capacité de modulation entre les deux pôles toniques. De plus, la prosodie de nos voix, notre tonus et l'enchaînement des exercices suit un rythme suffisamment soutenu pour ne pas perdre les patients.*

« Le rythme est également une donnée de l'adaptation humaine : nous avons tous des rythmes différents et pourtant nous devons nous adapter à des rythmes collectifs, professionnels, sociaux. Cet ajustement se construit progressivement, modulation après modulation »[113]

> *Mme. C arrive très exaltée à la séance. Volubile et hypomane, elle semble occuper tout l'espace physique et sonore à elle seule. Cette femme de 41 ans est entrée à l'hôpital suite à un premier épisode délirant. Elle présentait une agitation nécessitant une contention durant les premiers jours. A l'entretien d'entrée, le psychiatre la décrit comme exaltée, logorrhéique et maniérée, avec une importante labilité émotionnelle. Plusieurs diagnostiques sont posés : épisode hypomaniaque avec sentiment de persécution, puis épisode dépressif majeur avec présence de symptômes psychotiques.*
>
> *Elle commence chaque mouvement, présente une agitation motrice. Des ries immotivés sont fréquents. Elle me fait l'effet d'une tornade. Je me laisse emporter par ce tourbillon, et me surprends à accélérer moi-même mon propre rythme. Je ne suis pas la seule, certains patients sont plus toniques, agrandissent des mouvements timides au début. Ma maître de stage s'approche de Madame C., et*

113 Galliano et Pavot, 2015, p.258

reste à ses côtés jusqu'au temps de relaxation au sol. Sa présence physique, son regard et parfois ses interventions verbales donnent Madame C. un modèle rythmique sur lequel s'appuyer. Madame C. s'apaise peu à peu, et finit par se relâcher totalement en fin de séance. Lors de la verbalisation, elle parle longuement mais ses interventions sont adaptées. Elle ne coupe plus la parole, sa voix est calme, plus lente.

Madame C. donne une certaine dynamique au groupe, elle entraîne patients et thérapeutes, qui se retrouvent malgré eux à adopter le même rythme qu'elle. La confrontation de tous nous rythmes individuels en entraîne une synthèse au niveau du groupe. Pour garantir une harmonie groupale, chacun doit alors s'ajuster à l'autre. Certains patients, comme Madame C. ne parviennent pas seuls à s'inscrire dans la rythmicité du groupe. Notre travail en tant que psychomotricien est alors, par le dialogue tonico-émotionnel, de proposer un support cadrant à ces patients pour étayer la rencontre avec le groupe.

III.B.3. Se présenter à l'autre, le cadre spatial comme support

Le premier temps de la séance consiste en une rencontre des participants, la constitution d'un groupe qui, bien qu'éphémère, présente une dynamique et une consistance. Tout le monde s'assoit. Chaque fois, les participants s'installent spontanément en cercle, souvent adossés au mur, épousant parfaitement les contours en arc de cercle de la salle. Naturellement, l'espace central de la pièce est peu investi. Les participants sont rarement les mêmes et beaucoup semblent manifester une appréhension face à l'inconnue que représente l'atelier pour eux.

Nous abordons toujours la séance par l'exercice qui consiste à faire des traversées de la salle au sol, en procédant par retournements.[114] *Les départs se font timides, mais après incitation, les refus sont rares. Cette prise de contact avec le sol permet d'aller à la rencontre du sol, structure solide qui nous porte. L'espace central de la salle est difficile à investir car vide, sans repère, sans appui. Les patients semblent d'ailleurs chercher cette solidité en restant en contact avec les murs de la salle. Les traversées sont une marque de l'identité des*

114 Voir description de l'exercice dans la première vignette clinique, III.B.1. « S'axialiser, départ d'une construction pour entrer dans l'intersubjectivité » 71

patients. C'est une signature gestuelle, une présentation non-verbale à l'égard des autres participants.

Ce mouvement de rouler au sol témoigne à la fois de la rythmicité, de la tonicité, de l'investissement de l'espace et du rapport à autrui. Chacun propose quelque chose d'intime à l'autre qui se livre à son tour lors de sa propre traversée. En tant que thérapeutes, en exécutant nous-même ce mouvement, nous offrons à voir notre propre gestualité et contribuons à instaurer un climat de confiance et de non-jugement. Selon la psychomotricienne Claire Bertin, «l'espace qu'occupe un groupe, la manière dont il se situe plus ou moins proche des ouvertures, des murs, de certains objets ou des thérapeutes, les formes spatiales investies évoquent certains types de liens influent la qualité des relations au sein du groupe »[115]

III.C. Échanger, communiquer

« Cette approche de l'autre proposant une prise de conscience de soi à partir d'un éprouvé corporel propose au patient l'expérience d'un mode de relation nouvelle avec lui-même autant qu'avec autrui »[116]

III.C.1. Imitation et identification, à la genèse de la communication

Madame A. a 33 ans. Elle sort d'un épisode psychotique avec présence d'un délire interprétatif persécutif, avec éléments dissociatifs. De très bon contact, elle est réservée mais souriante. Durant le temps informel du début, elle prend brièvement la parole évoquant notamment sa peur de parler en public. Elle me pose des questions sur mon métier, mon propre sentiment vis à vis de la prise de parole et semble être en recherche de conseils. Elle m'apprend également que c'est son dernier jour à l'hôpital et que sa sortie est prévue pour demain.

Les derniers patients arrivent et nous prenons place en cercle. Ce jour-là, j'anime la partie dynamique de la séance. Madame A. semble très attentive à mes

115 Bertin, 1997, p. 42

116 Soulignac-Moreno, 1997, p.14

explications, malgré un état de nervosité apparent. Elle aborde une expression inquiète et ne me lâche pas du regard, semble rechercher du soutien auprès de la première personne à l'avoir accueillie dans cette salle. Le premier exercice consiste à faire des traversées de la salle en déposant le poids du corps au sol.[117] *Je fais la démonstration et invite les patients à faire de même. Mon regard circule dans le cercle et lorsque je croise celui de Mme. A, elle s'exclame d'une voix aiguë « Allez, j'y vais ! Je vais essayer ! ». Lors du temps de verbalisation elle dira, avec une certaine fierté dans la voix, que le fait de passer devant les autres l'angoissait et qu'elle n'aurait jamais cru se porter volontaire en première. Le fait de me voir faire la démonstration lui « avait donné envie ».*

Madame A. m'a positivement investie lors du temps informel et cela l'encourage à m'imiter lors du premier exercice. L'imitation tient une place importante dans la thérapie psychomotrice. Le thérapeute donne un support visuel corporel au patient pour réinvestir son corps. Rose Gaetner, anciennement chargée de cours à l'IFP de la Pitité-Salpêtière, théorise son expérience en tant que danseuse dans un hôpital de jour auprès d'adultes psychotiques.

Elle écrit :

> L'imitation d'autrui induite, provient de la symbiose affective de chaque patient et de l'animatrice, comparable à celle du petit enfant (avant 3 ans) et de sa mère, succédant à la symbiose physiologique première. On peut prétendre que chaque patient identifie l'animatrice à la mère (identification primaire), c'est de cette participation affective que va se dégager le processus d'imitation qui s'inscrit en deux termes contraires comme le soulignent les auteurs : fusion, aliénation du patient à l'animatrice et participation de celui-ci.[118]

Du support corporel fourni par le thérapeute, le patient peut progressivement se détacher et développer sa propre gestualité, enrichir son schéma corporel. « C'est grâce à ces deux mouvements, l'un régressif (la fusion) et l'autre dynamique (la défusion), que les

117 Voir description de l'exercice dans la vignette clinique p.71

118 Gaetner, 2000, p. 91

patients tirent le plus grand bénéfice de l'activité, puisqu'il en découle l'instauration d'un « dialogue tonique ». L'imitation permet l'ouverture vers la communication.

Lorsque l'imitation est différée, on peut parler d'identification primaire. L'identification aux autres patients peut avoir une dimension motivationnelle.

Alors que Madame A. réalise l'exercice de rouler au sol, une autre patiente prend la suite, puis une autre… Nombreuses étaient réticentes lors de la démonstration, invoquant principalement la peur d'aller au sol ou la peur du regard de l'autre. Voir les autres patients évoluer avec plaisir dans l'exercice suscite le désir d'essayer. Toutes se lancent alors, même Madame Y., 81 ans, qui disait au départ ne pas se sentir capable.

III.C.2. Relation duelle et dialogue tonico-émotionnel, aller à la rencontre avec l'autre pour se sentir exister

Reprenons la suite de la séance décrite dans la précédente vignette clinique.

Le massage du dos avec les balles à picot permet une rencontre duelle entre les patients.[119] *Madame A. semble sereine, son visage se détend et ses épaules se relâchent. Elle est particulièrement délicate et attentive lors qu'elle donne le massage à sa partenaire. Pourtant, suite à cet exercice, Madame A. semble se refermer au fil de la séance. Son visage est grave, la tête penchée et le regard vers le sol. J'observe néanmoins une baisse de la tonicité, comme si l'anxiété laissait place à de la tristesse. Elle pleurera durant le temps de relaxation au sol. Elle prendra longuement la parole lors de la verbalisation. Malgré son émotion, elle semble très enthousiaste. Sa voix est posée et elle est capable de faire des liens précis entre les exercices et son ressenti. Elle insiste particulièrement sur le massage avec les balles à picot, moment qu'elle dit avoir préféré. Avoir pris soin de quelqu'un d'autre lui a permis de se détacher momentanément de ses pensées envahissantes qui rendent floue la limite avec le réel. Elle conclut : « C'est quand on rencontre l'autre que l'on revient dans la réalité et le concret ».*

119 Voir consigne de l'exercice, dans II.B.1. « La préparation », p.55

Ce massage dirigé est la première rencontre des patients en dyade. Le fait d'être positionné face au dos de l'autre évite une rencontre trop frontale que pourrait provoquer un face à face. De plus, la balle permet de maintenir une distance physique entre les deux partenaires tout en canalisant le ressenti en un point clair et identifiable. De fait, les patients ne disposant ni de la vue, ni de la parole pour communiquer avec leur partenaire, la communication se fait dans un échange tonico-émotionnel. Le masseur doit prendre soin de son partenaire, être attentif à ses demandes concernant l'intensité du massage, les zones à éviter ou sur lesquelles insister.

Ce temps d'échange en binôme permet un travail sur l'empathie, la prise en compte des ressentis d'autrui et de sa subjectivité. L'échange des rôles permet de se mettre à la place de celui que l'on a massé. Le geste de masser en lui-même travaille la régulation tonique et concentre l'attention, amenant une décentration de ses pensées.

III.C.3. La verbalisation

> *A quelques instants de la fin, nous entendons des sanglots. L'art-thérapeute s'approche d'un patient qui pleurait pour le contenir et le rassurer. Le temps de verbalisation arrive et nous invitons les patients à sortir de la relaxation pour échanger. Chacun observe silencieusement l'homme qui pleure. Un sentiment de malaise et d'angoisse plane sur le groupe. L'art-thérapeute met doucement en mots la situation et explique le lien entre la détente provoquée par la relaxation, l'abaissement des défenses et la résurgence des émotions.*

Les pleurs du patient ont suscité une certaine stupeur dans le groupe. L'accompagnement verbal met en mots les émotions et ressentis, permettant ainsi de dépasser l'état de sidération. Le thérapeute relie ce vécu difficile aux sensations corporelles. Insister sur le lien entre les émotions et leur manifestation corporelle ramène le patient à sa réalité corporelle, donne un support à l'émotion qui n'est plus flottante mais s'inscrit dans un corps présent, bien vivant. De plus, la parole permet à l'inverse du mettre

du sens sur un vécu corporel pesant et douloureux. Benoît Lesage dit à ce sujet que « Parler de son ressenti corporel et écouter les autres évoquer le leur va développer le processus de représentation. C'est ainsi qu'un phénomène de *distanciation* va se créer entre le vécu corporel et la représentation du vécu corporel»[120]. Prendre de la distance, c'est ne plus subir l'émotion, c'est la ressentir tout en la comprenant.

> *Les pleurs du patient font réagir Monsieur O.*
>
> *Monsieur O. est un patient entré à l'hôpital suite à une tentative de suicide. Il souffre de mélancolie. C'est un homme barbu au crâne dégarni d'une quarantaine d'années. Ses yeux sont cernés et son visage amimique reflète une tristesse et une fatigue immense. Il présente une attitude de repli. C'est la première fois que nous l'accueillons en relaxation. Durant toute la séance, il semble distant et fermé.*
>
> *Il lève brutalement la main, le visage rouge et crispé. La rapidité du mouvement contraste avec l'état apathique que j'ai pu constaté tout le long de la séance. Il prend la parole sur un ton tremblant et éclate à son tour en sanglots. Sa voix est plus forte et tout son corps se crispe. Il dit avoir brutalement perdu sa mère il y a six semaines, que la vie est trop dure depuis mais qu'il a échoué à se suicider, raison pour laquelle il est ici, précise-t-il. Nous insistons sur l'importance du soutien d'autrui, et de disposer de béquilles sur lesquelles s'appuyer lors que l'on a perdu la force de s'en sortir seul, que ce soit un ami, de la famille ou un thérapeute. Monsieur O. se calme et hoche la tête. Son tonus s'abaisse mais semble son corps semble plus présent, plus investi qu'en début de séance.*

Monsieur O. contenait visiblement l'expression de ses émotions durant la séance. L'abaissement de la tension psychique se manifeste par les changements toniques constatés suite à son intervention. S'il n'a pas pu se détendre durant la séance, la modification progressive de son état de conscience ainsi que le relâchement musculaire ont permis l'assouplissement des ses défenses et l'émergence de l'émotion. Cette étape peut représenter le point d'accès à un travail psychothérapeutique au sein de l'institution. En fin de séance, nous invitons les patients à prendre rendez-vous avec leur psychiatre lors de la manifestation d'un vécu émotionnel fort comme celui de Monsieur O.

120 Lesage, 2015, p. 258

Suite à notre intervention sur l'étayage que peut représenter autrui, une patiente, Madame. C intervient : « Et comment est-ce qu'on fait quand on est seul ? Qu'il n'y a personne pour nous ? ». Sa voix est déterminée mais sans animosité. Nous abordons la question des prises en charge non-médicamenteuses. Elle évoque sa relation avec sa sœur. Une deuxième patiente, Madame P. rebondit sur ces propos qui font écho à sa propre situation. L'évocation de ce sujet suscite en elle une vive émotion. Souriante et discrète habituellement, c'est la première fois que je l'entend s'exprimer avec une telle véhémence lors du temps de verbalisation. Ses gestes sont brusques et larges. Lorsque nous la rassurons verbalement, elle s'apaise aussitôt. Nous arrivons au terme de la séance et les patients sont raccompagnés dans leur unité.

Les problématiques de chacun font écho parmi les autres participants du groupe, comme nous avons pu le constater avec Madame. C. et Madame. P. La présence de plusieurs personnes enrichit le temps de verbalisation, que ce soit par la diversité des vécus que part les liens qui peuvent se tisser au fil de la discussion. Simone Urwand souligne l'utilisation du groupe chez les jeunes enfants pour communiquer leurs états psychiques. Le groupe est utilisé implicitement pour exprimer par le corps, par les actes et par les mots leurs états psychiques. On peut constater que le phénomène perdure à l'âge adulte, que le groupe soit thérapeutique ou non.[121]

Le but n'est pas interprétatif, mais il s'agit de laisser les personnes analyser elles-mêmes leur vécu, comme l'a fait Madame C. Le groupe peut être facilitateur de la communication et de l'expression des affects. Philippe Brenot écrit ainsi que « La parole ne circule pas comme dans la relation duelle, l'interlocuteur n'est pas unique, le vécu est partagé par d'autres participants. Le groupe développe des résistances mais permet aussi de dépasser certaines inhibitions de la relation à l'autre. »[122]

121 Golse à propos de Urwand, 2010

122 Brenot, 2003, p.95

Conclusion

J'ai fait de nombreuses rencontres lors de ce stage. Touchantes, parfois déroutantes. Autant d'histoires de vie, de tempéraments, de corps à la fois source et expression d'une grande souffrance. Au fil de l'année, la relaxation m'est apparue comme un moyen de soulager, d'apaiser et de réconcilier le corps et le psychisme. Pour travailler le tonus, la représentation et la structuration spatio-temporelle, l'image du corps, il faut avant tout consolider le corps propre, pouvoir en percevoir la consistance et les limites. Si ce constat s'applique à tout le champ de la psychomotricité, il est d'autant plus pertinent en psychiatrie, où se rejouent nombre de processus archaïques.

Au terme de ce travail de réflexion, j'ai pu prendre conscience de l'importance du cadre et de l'implication corporelle du thérapeute. En séance, la contenance d'un cadre institutionnel structurant, l'étayage psycho-corporel du psychomotricien et les expériences sensori-motrices participent à renforcer les enveloppes, aussi bien psychiques que corporelles, du patient. Tous ces aménagements sont les conditions nécessaires pour lui permettre l'expérimentation de la relaxation en groupe ouvert.

La rencontre avec le groupe se fait à deux niveaux : tonico-émotionnel et rythmique durant la séance, verbal lors du temps de parole. Les phénomènes d'imitation, d'identification, les informations spatiales apportées par le groupe soutiennent le processus d'intersubjectivité. Le groupe enrichit l'expérience de relaxation par le partage des ressentis et des vécus émotionnels. Ces échanges viennent soutenir les processus de mentalisation et de symbolisation.

Un groupe, une séance, c'est avant tout une rencontre. Comme le rappelle Wallon, toute personne se construit par la socialisation. Toute expérience sociale aide à consolider un peu plus son identité.

Bibliographie

<u>Ouvrages et chapitres d'ouvrages :</u>

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

- André, P. (2013). *Psychiatrie de l'adulte* (5e éd.). Paris, France : Heures de France.

- André, P., Benavides, T., et Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2e éd.). Paris, France : Heures de France.

- Anzieu D. (2006). *Le Moi-peau (*2e éd.). Paris, France : Dunod.

- Anzieu D. et Martin J.-Y. (2013). *La dynamique des groupes restreints* (2e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Baste, N. (2016). *Aide-mémoire : Méthodes de relaxation*. Malakoff, France : Dunod.

- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A.-M., Sironneau-Bernardeau C. (2008) *La relaxation thérapeutique chez l'enfant. Corps, langage, sujet* (3e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

- Blossier, P. et Badefort, J. (2002). A propos des groupes : entretien avec Daniel Marcelli. Dans P. Blossier (dir.)*, Groupes et psychomotricité : le corps en jeu*. (p.17-26). Marseille, France : Solal.
-
- Boutinaud, J. (dir.) et Joly, F. (coll.) et (2017). *Thérapies psychomotrices : 10 cas cliniques commentés.* Paris, France : Editions In Press.

- Brenot, P. (2003). *La relaxation* (3e éd.). Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Cady, S., (2003). *La relaxation psychosomatique*. (2e éd.). Paris, France : Dunod.

- Cartron, A. et Winnykamen, F. (1995). *Les relations sociales chez l'enfant : Genèse, développement, fonctions*. Paris, France : Armand Colin Editeur.

- Chapelier, J.-B. (2002). Les Psychothérapies de groupes d'enfants : abord théorico-clinique. Dans P. Blossier (dir.)*, Groupes et psychomotricité : le corps en jeu*. (p.27-54). Marseille, France : Solal.

- Debray, Q., Granger, B., Azaïs, F., (2010), *Psychopathologie de l'adulte*, (4e ed.), *10* (60), Éditions Masson

- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (2e éd.). Paris, France : Editions Vernazobres-Grego.

- Duliege D. (2002). *L'eutonie. Gerda Alexander®.* Meschers, France : Bernet-Danilot.

- Duprey, A. et Launay, C. (2010). La construction des enveloppes psychiques dans un groupe de jeunes enfants. Dans Kaës, R. (dir.) et Laurent, P. (dir.), *Les processus thérapeutiques dans les groupes*. (p.39-49). Toulouse, France : Érès

- Fredenrich, A. (2010). Groupes ouverts en institution : une entité à éclipse. Dans Kaës, R. (dir.) et Laurent, P. (dir.), *Les processus thérapeutiques dans les groupes*. (p.105-123). Toulouse, France : Érès.

- Gaetner R. (2000). *De l'imitation à la création*. Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Galliano, A.-C., Pavot, C. et Potel C. (2015) Chapitre 7, l'espace et le temps. Dans Scialom, P. (dir.), Giromini, F. (dir.) et Albaret, J.-M. (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. (vol. 1, p.247-285). Toulouse, France : Érès.

- Golse, B. (dir.). (2015). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant.* (5e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

- Golse, B. (2010). L'émergence de la pensée et du langage dans les groupes de tout-petits. Dans Kaës, R. (dir.) et Laurent, P. (dir.), *Les processus thérapeutiques dans les groupes*. (p.25-38). Toulouse, France : Érès.

- Goriaux, P.-Y. (2002). Du holding / handling familial au holding / handling institutionnel. Un groupe d'adaptation parents-enfants en crèche halte-garderie. Dans P. Blossier (dir.), *Groupes et psychomotricité : le corps en jeu*. (p.77-94). Marseille, France : Solal.

- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris, France : Heures de France.

- Jover M., (2000) Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, Dans J. Rivière (dir.), *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille,France : Edition Solal.

- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une structuration psychocorporelle*. Toulouse, France : Erès.

- Manus, A. (2003). *Psychoses et névroses de l'adulte.* (6e éd.) Paris, France : Presses Universitaires de France.

- Pireyre, E. (2011). Clinique de l'image du corps : du vécu au concept. Paris, France : Dunod.

- Potel, C. (2010). Le corps à l'adolescence. Des médiations corporelles pour les adolescents : de la danse à la relaxation. Dans Potel, C. (dir.), *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. (p.215-248). (3e éd.) Paris, France : Éditions In Press.

- Privat, P. (2010). Accueillir, contenir, transformer en groupe thérapeutique d'enfants. Dans Kaës, R. (dir.) et Laurent, P. (dir.), *Les processus thérapeutiques dans les groupes*. (p.67-76). Toulouse, France : Érès.

- Roffat, D. (2010). Le port d'attache institutionnel : séparation des enveloppes et questions de l'origine. Dans Kaës, R. (dir.) et Laurent, P. (dir.), *Les processus thérapeutiques dans les groupes*. (p.91-104). Toulouse, France : Érès.

- Sapir, M. (1992). *Formation et institutions soignantes*. Grenoble, France : Éditions La Pensée sauvage.

- Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.-M., & Collectif. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Paris: Solal Editeurs.

- Servant, D. (2009). *La relaxation: Nouvelles approches, nouvelles pratiques*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

- Veeser, A. (2015). Contenance en psychomotricité. Dans Pireyre, E. (dir.)., *Cas pratiques en psychomotricité.* (p.136-153). Paris, France : Dunod.

Articles :

- Bertin, C., (1997). Corps, Espace, Rythme. *Thérapie psychomotrice et recherches, Groupe et Psychomotricité* (178), 146-155.

- Breiner, P., (1997). Psychomotricité et psychiatrie : regard, mouvement, identité. *Thérapie psychomotrice et recherches, Relaxation Psychomotrice* (111), 70-77.

- Ciccone, A., (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique, 2001/2* (17), 81-102. doi : 10.3917/cpc.017.0081

- Cohen-Léon, S. (2003). La relaxation à induction variable en groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2003/2* (41), 91-101. doi : 10.3917/rppg.041.0091

- Soulignac-Moreno, H., (1997). L'approche de l'autre : Quand ? Comment ? Pourquoi ?. *Thérapie psychomotrice et recherches, Relaxation Psychomotrice* (111), 12-15.

- Thiveaud, M., (1997). Relaxation psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches, Relaxation Psychomotrice* (111), 6-11.

- Wallon, H., (1959). Les milieux, les groupes et la psychogenèse de l'enfant. *Enfance*, 12(3-4), 287-296. doi : 10.3406/enfan.1959.1444

RÉSUMÉ

En psychiatrie adulte, les troubles liés à la perception du corps-propre perturbent le rapport à l'environnement et entravent la communication avec autrui. La médiation relaxation, par un travail sur l'ancrage corporel et les limites, permet à la fois un apaisement des angoisses et un renforcement du lien à la réalité.

Proposer un groupe de relaxation conjugue les actions thérapeutiques du groupe en tant que tel et de la relaxation. Dans le cadre d'un groupe ouvert, c'est l'aménagement du dispositif et le propre engagement corporel du psychomotricien qui assureront contenance et sécurité pour soutenir le travail groupal.

Mots-clefs :
groupe ouvert, psychiatrie, psychose, lien à la réalité, relaxation, enveloppe, intersubjectivité

ABSTRACT

In adult psychiatry, disorders related to the perception of the self-body disturb the relationship to the environment and obstruct communication with others people. Relaxation as a mediation, by working on the physical anchoring and the limits, allows both an appeasement of anxiety and a strengthening of the link to reality.

To propose a group of relaxation conjugates the therapeutic aspects of the group itself and of the relaxation. Regarding to an open group, the development of the device and the personal bodily commitment of the psychomotrician will ensure containing and security to support the group work.

Key-words :
open group, psychiatry, psychosis, link to reality, relaxation, envelope, intersubjectivity