

Jean-Pierre Dacos

Kinésithérapie des pathologies relationnelles

psychiatrie

**médecine
psycho-somatique**

domaine sportif

milieu professionnel

Jean Pierre Dacos est kinésithérapeute et post gradué en psychiatrie. Son expérience professionnelle s'est construite à travers les pratiques privée et institutionnelle pour lesquelles il a accumulé de multiples spécialisations.

Il a travaillé en milieu psychiatrique asilaire, en centre psychothérapique de jour et dans un service psychiatrique de type ouvert à la Clinique saint Pierre à Ottignies.

Il a été chargé de mission pendant de nombreuses années dans le domaine du sport pour handicapés. Responsables pendant quinze années des cours de pédagogie et de méthodologie en sport adapté pour l'Education Nationale, il a été chargé de cours de kinésithérapie psychiatrique aux Hautes Ecoles de Kinésithérapie.

Son dernier livre vous présente un éclairage nouveau du soin kinésithérapique où le mental, le physique et le spirituel se côtoient dans l'approche des pathologies de la relation et du trouble psychique.

La main est source et action du geste de soin. L'aveugle et le paralytique composent la mosaïque complexe des pathologies d'aujourd'hui.

Les cinq sens et le corps sont deux complémentarités et leur disfonctionnement conduit à la notion de « tomber malade » La kinésithérapie des pathologies relationnelles va prendre sa source dans le concept du trouble psychique. Elle va poser la question d'un fonctionnement théorique de la kinésithérapie. Elle va proposer des techniques corporelles spécifiques au praticien du corps – esprit dans la maladie mentale, la médecine psycho somatique, la pratique sportive et le milieu professionnel.

Une présentation synthétique du normal au pathologique conduira aussi le lecteur à reconsidérer sa fonction comme complexe, unique et prophétique. Car le « faire mémoire » est un acte de dynamique relationnelle qui s'appelle analyse corporelle et guérison des cinq sens dans le cadre de ce livre.

Du même auteur

Techniques psychiatriques en kinésithérapie (Bruxelles : Prodim - Maloine, 1984)

Introduction

La Main, l'Aveugle et le Paralytique



Des philosophes, des écrivains, des peintres, des chanteurs, des photographes, ont voulu parler de la main, de sa signification pour l'homme et de la portée symbolique qu'elle représente dans les relations humaines.

La « main » traverse tous les âges du monde et de l'homme. Pourtant au delà des formes qu'elle évoque quand elle est messagère, nous en retenons la représentation de la rencontre de la main de Dieu avec celle de l'homme dans la fresque de Michel Ange.

Par ce moment exceptionnel, le Créateur semble transmettre à sa création, l'essence même du mystère de la vie et son secret.

Les hommes, dans leur soif de connaissances, ont développé les sciences physiques et mathématiques pour expliquer le principe créateur de la matière, le vivant, appelé par certains « énergie », pour d'autres « énergie – lumière », enfin pour d'autres encore « le principe de la mémoire guérissant ».

Le titre de ce livre peut donc surprendre.

La main est faite pour conduire, accepter, prendre et soigner toute personne quelle que soit sa douleur, quelle que soit sa souffrance. Et le sens commun qu'il faut comprendre dans la représentation de l'aveugle et du paralytique, c'est le lieu du cœur. Un raccourci nous ferait dire que tout corps douloureux, tout être souffrant doit habiter le cœur, et le cœur de la main !

L'**aveugle** est dénommé comme celui qui ne peut trouver la lumière, ni à l'intérieur de lui-même, ni à l'extérieur de lui-même. Pour cela, nous l'appellerons le « *philosophe* ».

Le **paralytique** de son côté, est dénommé comme celui qui n'a ni la possibilité de marcher, ni celle de trouver son chemin . Pour cela, nous l'appellerons le « *plaintif* ».

L'**aveugle**, ou le *philosophe*, est celui qui s'enferme en lui-même, comme une spirale tournée sur elle-même. Il est tellement dans son monde intérieur qu'il ne peut pas voir les autres . Nous irions jusqu'à dire qu'il n'a pas conscience des autres. Si on s'adresse à lui, on lui pose spontanément une question comme: « Que veux-tu que je fasse pour toi ? »

Cette formulation, cette question, est censée lui faire dire une seule réponse ou plus tôt est censée lui faire exprimer un seul constat : Faire dire à l'aveugle qu'il est aveugle !

Cette reconnaissance de son état lui permet ainsi de nommer sa maladie. (pour toute personne, nommer son état est la première action pour commencer un chemin de guérison et pour sortir du « réflexe de tourner en rond dans ses problèmes » afin d'être mis en présence de la « lumière », de l'ouverture d'un chemin fait d'actions positives).

Le **paralytique**, ou le *plaintif*, est celui qui accapare l'énergie des autres. Ne sachant pas aller vers les autres, il les interpelle sans cesse sur son état et il les appelle.

Ce qui va relier les deux états, les deux personnages, ce sera la main, lieu de l'éveil et lieu de l'action, lieux unis dans le sens du *toucher*. Pour le **paralytique**, le toucher vu dans un contexte ontologique, va s'avérer être l'acte qui le soulagera de ses maux. Soulagé, il pourra ainsi désirer aller vers les autres. Par son désir d'action vers les autres il donnera à l'aveugle, la **conscience** des autres.

Chez l'**aveugle**, le toucher est ce qui va l'éveiller à soi et aux autres. Il va pouvoir conduire et porter le paralytique vers les autres.

Il va donner au paralytique, la **dynamique** du mouvement, l'élan vers les autres.

Notre geste kinésithérapique en regards de ces deux constats va revêtir toute sa signification symbolique d'aide à la relation et à la guérison. Il va nous définir comme des soignants **dynamiques et conscients**. Quel

miroir pouvons nous ainsi devenir pour nos patients !

L'**aveugle** et le **paralytique** constituent ainsi dans leur dualité, l'ensemble psycho corporel qui sera le cadre de notre soin à donner.

Le toucher du soignant ne sera donc jamais innocent. Car le toucher est ce qui doit rendre le malade conscient c'est-à-dire non aveugle !

La main, par son action de « *toucher* » s'adresse donc à ce concept psycho corporel de la personne. Et cette attention constituera le fonctionnement intégral de notre geste créateur :

- voir pour / et croire
- entendre pour / et comprendre
- sentir pour / et reconnaître
- parler pour / et être voix identité
- toucher pour agir dans l'esprit et le cœur
- pour sentir dans la communication

Le dessin de couverture de ce livre, avec l'aveugle et le paralytique, montre de par ses différents éléments constitués dans les formes et les couleurs, la fusion, l'union et la communion entre les deux personnages :
« Qui porte qui, qui montre à qui ? »

Prendre soin de l'être est totalement défini dans cette représentation unifiée de la conscience (âme) et du mouvement (enveloppe).

La considération amoureuse de notre acte de soignant est fondamentale. Mais elle ne sera totalement définie que par notre désir constant de rester humble et ouvert afin que le patient y ressente par notre attitude, une totale liberté de dynamique des soins.

Car si l'amour rend la conscience dynamique, il rend aussi la dynamique consciente.

Avant propos

Prendre soin de l'être

« Ce que tu as en tête, abandonne-le ; ce que tu as en main, donne-le ; ce qui t'advient, ne l'esquive pas. »

Abu Saïd Ibn Abi'l Khair.

Soigner, est un exercice sans cesse recommencé, dans son attention à ce qui est et ce qui fait l'autre, dans ses paroles, ses attitudes, son comportement. Cet exercice d'écoute, d'observation, n'est pas un exercice futile, sans importance.

Prendre soin de la personne, de l'être, ce n'est pas s'occuper d'une existence que l'on pourrait percevoir au plus profond de l'autre (ce « quelque chose » que l'on sent) mais c'est respecter l'autre dans son espace-temps c'est-à-dire le laisser libre !

Laisser la personne libre afin de lui permettre de ne pas s'aliéner à notre relation. Laisser la personne libre pour lui permettre des temps de repos, de silence : bref, lui laisser le temps de guérir !

Soigner dans le concept du mouvement, ce n'est pas penser tout savoir sur l'autre que ce soit dans son silence, son mouvement ou sa souffrance. Il faut donc que notre vision sur le malade change !

Car la personne malade est un être diminué dans son lieu psycho corporel et dans le spirituel qui lui est associé.

Nous devons donc tout faire pour considérer la personne non pas comme un patient mais comme un hôte chez qui nous pouvons et nous devons respecter le côté humanité et l'invisible qui l'habitent.

La personne malade peut ainsi nous éduquer au travers de nos approches thérapeutiques et cette éducation peut nous permettre de conduire nos soins dans une pédagogie douce, respectueuse et bien souvent plus humble.

« Docteur, je n'ai pas mal , mais je souffre »

Chapitre I

Petite synthèse psychopathologique

Le concept d' image corporelle, de schéma corporel, d'analyse corporelle, de trouble psycho - corporel, nous amène à définir une kinésithérapie spécifique à la psychiatrie, à la médecine psychosomatique et à l'approche du psychisme dans la pratique sportive et dans le milieu professionnel.

Les concepts de maladie mentale tout comme celui de trouble psychique évoluent. Aujourd'hui des personnes psychologiquement diminuées craignent l'étiquette psychiatrique qui pourrait leur être donnée. Ces personnes évoquent leur difficulté à se voir enfermées dans une hospitalisation psychiatrique avec une étiquette de « malade mental ». C'est dire l'urgence d'élargir le concept du « tomber malade » comme une fenêtre ouverte aux deux volets complémentaires : souffrance et douleur.

* *

Dès la naissance, l'individu se présente comme un puzzle de pièces multiples (génome, histoire médicale, histoire somatique familiale, milieu social).

En quittant le ventre maternel, l'enfant rencontre une ensemble de réalités parfois difficiles à assimiler : bruits, lumières, variation de température, contacts,... Ces éléments de réalités animent une série de séquences déjà programmées ou d'adaptation nouvelle individuelle. On appelle cette activation de la découverte : **le besoin** (besoin de pleurer, de boire, d'uriner,...) avec un corollaire : **le plaisir**.

Le besoin exprimé appelle une réponse du monde environnant (parents) et se perfectionne en sous attitudes (attitudes secondaires) comme le plaisir et le jeu. Si on répond à l'attente de l'enfant, il y a

une satisfaction immédiate qui comble le désir et définit le plaisir de recevoir. Mais par contre si aucune réponse ne vient dans l'attente, un élément nouveau va se faire jour : **la frustration**. Cette frustration est la traduction par exemple d'une privation, d'une chose à laquelle on croit avoir droit.

Un **conflit** va voir le jour dans le besoin non satisfait. Le milieu extérieur et environnant dans lequel existe l'individu ne remplit pas les attentes. Des forces de compétition vont apparaître : contradictions entre des exigences incompatibles les unes liées aux tendances de la personne et les autres provenant du milieu extérieur. L'individu est appelé à réagir à ces forces contradictoires (**compétition**). Il va réagir à la frustration par un comportement significatif qui va donner un sens à la relation nouvelle entamée. On dit que l'individu réagit à la frustration en rapport à une structure de personnalité qui lui est propre (fuite, isolement, évitement, régression, bouderie, agressivité, jalousie, colère,...)

Ce mode de **comportement** (ou d'expression) évoque déjà la notion de mécanismes de défense ou de stades psychopathologiques. Mais toute situation réussie ou ratée se traduit aussi par des modes plus psychomoteurs

(comportement verbaux et non verbaux).

Pour tout individu, tout comportement, toute attitude, toute forme de relation face à tout événement a un sens ! A l'opposé, un trouble de la fonction significative du comportement ou de la relation entre la personne et le milieu extérieur conduira au « **tomber malade** ».

L'espace identitaire

Nous retiendrons quatre temps successifs

1) l'enfant est dans le sein de la mère : C

2) l'enfant est dans une dynamique d'indépendance semi passive (naissance) O^o

3) le passage identitaire O O

4) l'espace identitaire **O d O**

Dès la quatrième étape, l'enfant se retrouve au sein d'une formulation dont il est le composant significatif. Entre lui et l'être cher (mère), il y a un espace qu'il va falloir remplir pour que la distance (**d**) entre lui et sa mère soit supportable. La question qu'il faut se poser est : cet enfant possède-t-il des dispositions qui feront que sa personnalité triomphe de tout écueil, dans son unité, sa vitalité, sa prise de conscience et ses rapports avec le milieu ambiant (que la distance, l'éloignement soient supportables).

- Si la réponse est « oui », alors l'enfant pourra supporter toute absence de l'être cher (mise au lit par exemple). La distance « d » (*espace potentiel, distance transitionnelle*) est dite supportable. Mais le terme absence peut s'appeler également dans d'autres situations : manque, deuil,...)
- Si la réponse est « non », on constate que la personnalité est insuffisamment structurée, l'enfant ne pourra pas supporter « d » comme tel et il ne supportera pas l'absence (manque,...). L'enfant exprimera cette difficulté par un comportement verbal (cris), physique

(geste, apnée, vomissement, toux, ...).

Ce comportement, cette expression, marque ainsi un malaise relationnel précurseur de marques de communication plus pathologiques comme un trouble psychosomatique franc.

On est ici face à une dynamique parfois consciente, parfois inconsciente. Cette dynamique de l'individu à accepter un espace à risque, traduit la qualité de *la projection dans l'imaginaire*.

Winnicott parle de l'espace (**d**) comme d'un passage d'un état à un autre (transitionnel), un espace potentiel où tout est possible. Nous voyons ainsi que la personne peut projeter dans cet espace quelque chose qui vient d'elle et qui est sécurisant pour supporter tout le manque du à l'espace. On comprend l'importance de cette étape dans l'élaboration du stade de la *relation d'objet*, aspect particulier et fondamentale dans la cure de relaxation.

Car la projection dans l'espace esquisse la future autonomie de l'individu dans ses communications.

Maintenant, si la projection dans l'imaginaire n'est pas possible à réaliser, la personne va se trouver dans un mal être et elle pourra, le cas échéant, présenter un besoin de dépendance et/ou de régression dans son mode de communication.

Dans cette situation on peut dire que « d », l'espace, n'est pas identitaire pour la personne, c'est-à-dire que la personne ne peut s'y construire.

Le moi corporel et le Moi psychologique

Comme il faut un temps pour que se construise le moi corporel, il faut un temps pour que s'élabore le Moi psychologique.

Ce temps pour chaque chose est tout d'abord le questionnement fondamental de l'acte kinésithérapique dans le trouble psychique.

A quel temps a-t-on affaire ?

Prenons l'exemple suivant. Pour construire un bâtiment, on choisit un terrain, on sonde le sol, on enfonce des pieux, on pose l'assise à l'aide de piliers de structure. Le bâtiment terminé, on n'en voit plus la structure interne. Or l'extérieur (briques, couleurs, châssis, ...) ne pourrait exister sans l'assise, sans les piliers de structure. Or, quand une déformation devient apparente (une fissure, une décoloration), il s'agit d'un signe que quelque chose se déforme de l'intérieur.

C'est à cet aspect du « visible » et de l'« invisible » chez le patient que le kinésithérapeute doit être attentif.

Car quand il aborde le patient par la forme extérieure (corps visible), il agit automatiquement sur l'assise intérieure et profonde de la personne (corps invisible).

Il ne peut donc pas y avoir d'exclusion d'un des plans du visible ou de l'invisible.

Cette vision des choses peut brusquer ou enthousiasmer, et c'est sur elle que nous allons nous étendre.

Comme il existe un fil d'or de la naissance à la mort, il existe un fil d'or entre le moi corporel et le Moi psychologique.

Une des premières questions que l'on pourrait se poser est celle-ci :

« Puis-je me rappeler à quel âge j'ai appris à marcher, à parler, à écrire ? » Et si il y a le souvenir de cet acte, vient-il de ma mémoire personnelle ou de celle d'un être cher (photo, écrit,...) ?

Si le Moi accumule la mémoire des expériences, on peut dire que le moi corporel accumule la mémoire des *sens*. Et la rencontre entre ces deux mémoires est la vie dans son désir de vie ou son désir de mort.

Deux orientations complémentaires sont possibles dans les choix suivant :

- dans le Deutéronome 11, 26 qui dit « *Choisis entre la vie et la mort* » et
- dans le livre de Mélanie Klein « *L'amour et la Haine* » où l'auteur nous parle de la pulsion de vie et de la pulsion de mort.

Le « *self* »

Le mot « *self* » pris dans un contexte maturationnel, illustre une théorie du développement. Le « *self* » résulte de la totalité des expériences corporelles du petit - enfant pendant les tous premiers mois de la vie. Il s'agit là des sensations qui, au cours du développement, s'élaborent petit à petit en un processus de mentalisation.

Dans des situations de stress, différents symptômes psychosomatiques se font dans l'appareil organique du petit enfant.

Le fonctionnement du corps est le langage du corps et, en se mentalisant, il devient le langage du « *self* ». Ainsi, quand on se réfère à ce concept, on se trouve de suite en situation de traitement d'une activité mentale liée d'une façon ou d'une autre au corps.

Des études sur l'enfant au cours du développement des sensations aux perceptions, des sentiments aux symboles puis aux pensées, font apparaître le rôle de l' « *objet transitionnel* ».

« *C'est-à-dire que le Moi dérive, en fin de compte, de sensations corporelles, principalement de celles qui surgissent à partir de la surface du corps. Il peut alors être tenu pour une projection mentale de la surface du corps, qui représente la superficie de l'appareil mental.* » (Gaddini).

D'après Pankow, il est important que l'enfant trouve l'objet qu'il intègre à son schéma corporel. L'enfant découvre comme donné le langage

aussi bien que l'objet transitionnel . Comme le mot « mère » permet à l'enfant de supporter l'absence de celle-ci en la gardant symboliquement présente sans la parole, de même l'enfant peut supporter l'angoisse de la séparation d'avec la mère grâce à l'objet transitionnel.

□ **Le « moi-peau »**

« *La peau, c'est l'enveloppe, c'est la surface qui établit une limite entre le dedans et le dehors, la barrière qui protège des agressions de l'extérieur celui qui est en train de devenir « être » .*

Cette hypothèse conduit à l'idée que la première différenciation du Moi au sein de l'appareil psychique s'étale sur les sensations de la peau et consiste en une figuration symbolique de celle-ci. (nous renvoyons le lecteur aux travaux de D.Anzieu sur le *Moi - Peau*)

Ce qui intéresse les kinésithérapeutes, c'est l'observation et/ou l'évaluation du développement de la forme (gestalt) et du dialogue tonique.

□ **Le moi corporel**

« *L'Eternel Dieu fit à Adam et à sa femme des habits de peau et Il les en revêtit* » (Gn. 3, 2-1)

Le désir de réussir toute forme de rééducation doit toujours être préservé. Même si l'homme ne fait que « passer » dans un temps qualifié de terrestre, le soignant doit toujours préserver une qualité d'éducation la plus belle qui soit pour chacun de ses patients.

Chaque fois que nous touchons un patient, nous touchons la peau, l'enveloppe, concept associatif de structures sensitive, cutanée, affective, mais également concept de la rencontre d'un moi corporel et d'un Moi psychologique (éléments psycho corporels indissociables !)

Faut-il aussi rappeler la notion de « *bulle* », développé dans les années 70 pour expliciter l'espace existentiel , appartenance individuelle et espace variable représentatif de certaines pathologies (nous renvoyons le lecteur aux travaux de Sivadon et Gantheret).

Cette enveloppe qui fait le *moi peau*, la peau qui en fait partie, est

constitutionnelle de l'histoire même de l'individu. En Hébreu, le terme « *peau* » signifie ce qui n'est pas encore lumière. L'enveloppe serait donc (dans son sens charnel), l'expérience des ténèbres qui prépare et précède la lumière.

Le kinésithérapeute dans une perspective globalitaire, en approchant toute zone de conflit, devient ainsi celui qui peut permettre à la personne souffrante de retrouver en elle même l' « homme intérieur », le moi intérieur de couleur blanche, la couleur de la vie :

« Purifie-toi des attributs du moi, afin de pouvoir contempler ta propre essence pure, et contemple dans ton propre cœur toutes les sciences des prophètes, sans livres, sans professeurs, sans maîtres. Le livre du soufi n'est pas composé d'encre et de lettres ; il n'est rien d'autre qu'un cœur blanc comme la neige. (Rûmi : Mathnavi, II, 159.)

Nous trouvons ainsi au-delà de nos gestes d'approche professionnelle, deux niveaux de maturité corporelle chez les patients :

- Ceux qui « sont leur corps »
- Ceux qui « ont un corps »

□ **Troubles du schéma corporel**

Nous retrouvons différents troubles du schéma corporel et de l'image du corps dans des situations particulières de vie et de souffrance.

De nombreuses pathologies cliniques sont associées à des traits de personnalité particuliers. Il n'est pas possible d'inventorier dans le cadre de cet ouvrage toutes les pathologies présentant des troubles du schéma corporel et de l'images corporelle (neurologique et psychique).

Nous donnons quatre exemples :

➤ **Le patient en fin de vie**

Suite à la prise de conscience de la ruine que la maladie peut provoquer, le patient peut présenter :

- un vécu difficile au niveau du corps : ruine, mutilation, délabrement (dépression de type réactionnelle)
- un sentiment de deuil anticipé de tout ce qui ne sera pas possible de réaliser quand le corps est « arrêté », « jeté »

(dépression dite de « séparation »).

➤ **La situation cancéreuse**

le processus de la maladie est lié à un objet intérieur agressif et destructeur. Pour rejeter cet objet, le patient se défend (régression, identification projective, dénégation,..) Il s'agit en effet qu'une partie du corps (ou que le corps tout entier) puisse livrer une bataille de rejet sur deux fronts :

- rejeter le mauvais objet intérieur
- résister contre l'expérience de séparation et de perte à laquelle le patient est exposé.

➤ **L'asthme**

Le patient vit son corps en général comme une source permanente de paroxysmes anxieux. En effet chez ce type de patient on lit une altération du vécu du temps, de l'espace et de l'espace même de son propre corps. Ces altérations du vécu poussent le patient à résister parfois d'une façon agressive à toute intrusion dans cet espace de temps et de corps.

➤ **Les dialysés**

En général, devant un mécanisme de défense appelé « repli narcissique du Moi », le patient tend à régresser, à se bloquer affectivement et à présenter des attitudes hypochondriaques. Le corps et la machine fonctionnent dans une dialectique de dépendance et de lutte contre la mort. Le patient est dans un vécu fantasmatique constant puisqu'il est confronté à une question de vie ou de mort. Des sentiments d'écrasement, d'étouffement, d'usure, s'additionnent les uns aux autres. (machinerie, actes opératoires). On ajoutera qu'un vécu hypochondriaque sur l'organe malade peut apparaître d'une façon importante dans la situation post – transplantation. Dans ce cas toute l'activité fantasmatique peut tourner autour de l'incorporation du rein greffé.

Chapitre II

De l'émotion à la pathologie

Si nous prenons un groupe de vingt personnes et que nous proposons à ce groupe une situation pénible à vivre ou à regarder, ou à assumer, une série de sous groupes vont apparaître quand il sera question d'observer et d'analyser les attitudes et les réactions des vingt individus de ce groupe face à la situation proposée.

Nous aurons des réactions franches et directes, verbales, de formes neuro - végétatives et des réactions somatiques secondaires.

En effet la façon dont chaque individu livre ses émotions et les manifeste, est liée à toute la structure émotionnelle, affective et somatique propre à chacun.

Certains jours, tel individu se réveillera avec une peur au ventre, un autre ressentira une angoisse indéfinissable, un autre sera prêt à renverser le monde.

Voici quelques variantes émotionnelles qui sont propres à chaque individu et qui constituent un mode de réactions à tout événement de vie qui pourrait lui être proposé.

Puisque dans les phénomènes affectifs liés à l'émotion, le système végétatif joue un rôle important, il est apparu que le diencephale en est le régulateur. Or c'est dans le diencephale que l'on trouve l'hypothalamus. Hypothalamus et diencephale peuvent donc être synthétisés comme moteurs responsables de l'oscillation de l'humeur et de la conscience.

De par leur situation privilégiée au carrefour du système nerveux de la vie végétative et du système nerveux de la vie de relation, ces structures apparaissent comme le niveau d'intégration somato-psychique des émotions.

L'émotion apparaît donc biologiquement traumatisante.

Fr. Alexander écrit que le fonctionnement total du S. N. a pour but le

maintien de la constance du milieu intérieur de l'organisme. Pendant que le S. N. C. volontaire est chargé de la régulation des relations avec le monde extérieur, le S. N. autonome contrôle le processus interne de l'organisme, c'est-à-dire les processus végétatifs. Le S. N. sympathique est chargé de préparer l'organisme à la lutte et à la fuite en modifiant les processus végétatifs dans le sens de la plus grande utilisation dans la situation critique. On pourrait dire d'une façon générale que de cette façon sous la stimulation du sympathique, l'individu porte toute son attention vers la solution de ses problèmes sous l'influence du parasympathique.

L'importance du stress

Il faut savoir que le **stress** est avant tout un événement subjectal personnel non mesurable directement et qui a gagné ses lettres de noblesse dans le monde moderne. Il a des aspects intrinsèques liés aux sources et extrinsèques liés aux tâches, et les indicateurs de stress sont psychologiques, somatiques, comportementaux et physiologiques.

A son origine, il y a une **peur normale** progressivement graduée vers une **peur pathologique**.

En effet, les stimulations du monde extérieur agissent d'une façon ininterrompue sur des systèmes du cerveau et les interactions de ces systèmes entre eux amènent à la périphérie du corps la manifestation de troubles représentatifs comme :

- **La crise de panique**
- **L'anxiété**
- **L'angoisse**

Ces manifestations sont la terminologie de l'évolution de toute peur connotée à l'origine de tout conflit.

- **La crise de panique** s'étale d'une douleur vague à une écrasante sensation de catastrophe imminente. Le diagnostic différentiel peut envisager l'état de stress post traumatique et/ou l'angoisse

généralisée.

➤ L'**anxiété** est un malaise souvent mal supporté et sa manifestation comporte un contenu psychologique pénible associé à des composantes somatiques. L'anxiété psychique n'est en effet qu'une des qualités particulières des émotions.

Elle peut se décrire comme une tension motrice extrême ou spasmodique, comme un trouble neurovégétatif, comme de l'attente anticipative, comme de l'hyper vigilance. L'aggravation de ce malaise porte la terminologie d'anxiété généralisée, d'accès de panique.

(par rapport à l'anxiété, l'angoisse, s'explique comme le degré supérieur de l'anxiété avec plus d'impacts au niveau somatique.)

Idéalement, devant tout individu en situation de détresse, il faut pouvoir délimiter l'aspect de l'anxiété pour la quantifier et en définir la fonction dans un contexte éventuel familial, sportif, professionnel.

Nous posons ainsi quatre questions pour l'observation de l'anxiété chez une personne :

1 Comment un individu adapte-t-il sa vie dans une situation difficile ? (et ce, par rapport à un autre individu placé dans des circonstances identiques pour un même environnement socioculturel)

2 Pourquoi certains individus sont-ils plus vulnérables que d'autres au stress ?

3 Comment certains individus anticipent-ils des situations à venir ?

4 Le stress est-il la conséquence d'une psychopathologie individuelle et/ou d'un état psychosocial spécifique ?

Il existe également un modèle cognitif de l'anxiété. On peut estimer que si l'importance de la réaction physiologique détermine l'importance de l'émotion, seuls les facteurs cognitifs permettent à la personne de qualifier l'émotion ressentie.

La thérapie comportementale considère le traitement des troubles cognitifs de l'anxiété et aborde les réponses de l'organisme sous trois aspects:

- Les réactions physiologiques (composante sympathique du S. N. autonome)

- Les comportements moteurs (patterns comportementaux)

- Les reports verbaux traduisant les impressions de souffrance.

Le contrôle des réactions physiologiques, les modifications des comportements et la restructuration cognitive, sont ainsi les trois classes considérées dans les thérapies comportementales de l'anxiété.

Les techniques de biofeedback peuvent être envisagées chez des personnes qui présentent une anxiété non spécifique.

Par ces techniques accompagnées ou non par la relaxation, la personne peut apprendre à exercer un contrôle sur les fonctions physiologiques de son organisme et par là à réduire ses réactions anxieuses.

Pathologie de l'anxiété

L'anxiété est liée à une attente anxieuse, « la peur de », avec des phobies anticipatives possibles.

Dans le D. S. M. , l'anxiété peut être lue comme endogène (crise spontanée, syndrome) et comme exogène (expérience traumatique, trouble psycho social).

La kinésithérapie relationnelle va s'intéresser particulièrement au trouble anxieux aigu qui s'explique particulièrement dans l'anxiété anticipative (l'anxiété permanente se retrouve dans les troubles anxieux généralisés ainsi que la crise d'angoisse aiguë dans les attaques d'angoisse et les troubles paniques).

Actuellement, on parle de troubles anxieux dépressifs mixtes, là où l'individu éprouve des difficultés à attribuer un symptôme de dépression dans les événements de sa vie.

En pathologie névrotique, on parle de deux types de mal être :

- Celui qui résulte directement d'un élément extérieur comme dans la névrose d'angoisse, la névrose traumatique (angoisse première)

- Celui qui est alimenté par un conflit refoulé comme dans la névrose hystérique, la névrose phobique, la névrose obsessionnelle (angoisse seconde)

➤ **L'angoisse, la souffrance inexprimable**

Traditionnellement, l'angoisse est déclenchée par la perception d'un danger extérieur et est associée à un réflexe d'autoconservation. Deux types d'angoisse sont ainsi privilégiés: l'angoisse d'attente (elle n'est pas déclenchée par une situation particulière) et les phobies (où il existe un objet identifié comme cause déclenchante de cette angoisse).

En psychologie, il existe un postulat important : *savoir pourquoi on souffre n'est déjà plus souffrir.*

Médicalement parlant, l'angoisse est un signal d'alarme qui détecte une agression consciente ou, dans la plupart des cas, inconsciente.

L'angoisse doit être considérée comme une réaction fondamentalement positive. L'angoisse en effet est le signal d'une remontée à la surface d'éléments difficiles à vivre, de conflits, de choses, non ou mal résolues.

Ces éléments se marquent par des réactions psychiques et physiques : un plan de résolution du conflit interne sous un mode existentiel et un plan plus névrotique avec expression d'un symptôme d'ordre psychosomatique.

L'approche globalitaire parlera de l'angoisse de la nuit, celle de la solitude, celle du désert. (rappelons que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à dire que l'homme est avant tout un être spirituel).

L'histoire de ce débat se retrouve et se reflète dans l'histoire des religions, laquelle n'est pas séparable de la question de l'identité de l'homme.

Car c'est peut-être sur le plan psycho spirituel que se situe la souffrance de l'homme quand il a mal.

Quand on observe chez quelqu'un une sensibilité qualifiée d'exacerbée, nous ne pouvons pas dire qu'il s'agit là d'une faiblesse de l'homme (même s'il s'avère que c'est la personne sensible qui est souvent désignée comme la plus fragile au sein d'un système relationnel !)

La sensibilité n'est pas une tare mais bien un matériau participant de

l'ordre de la création individuelle.

Si on considère en effet le concept de la maladie, il faut le considérer avec ce que celle-ci comporte de positif pour le patient.

Dans la dépression par exemple, il faut voir comment le patient peut vivre cette maladie et voir quelle signification le « tomber malade » a dans la vie de cette personne.

Il faut en effet savoir que l'angoisse et la durée des épreuves ne se calculent pas en échelle de temps.

Toutefois, la notion de durée dans le questionnement « quand cela finira-t-il », possède une qualité : la dynamique du questionnement.

Car si, « *le bout du rouleau* », « *être à bout* », sont des formes d'expression du désespoir, il faut y voir aussi des « signaux » possibles d'évènements, donnés par une personne à une autre.

Dans le monde d'aujourd'hui, le « *je ne sais plus où j'en suis* » illustre le plan de la souffrance de l'homme dans un monde sans repères. Il apparaît depuis peu un nouveau concept de l'illustration de cette souffrance ou du mal être: ***Le vertige de la confusion morale.***

Ce concept explique que ne plus distinguer ce qui est bien de ce qui est mal, c'est s'engager dans un espace et un temps de vie sans repères et sans réel (images des médias, images virtuelles, éclatements des systèmes familial et social, arrachement des racines de filiation).

C'est pourquoi l'homme d'aujourd'hui a besoin d'être réadapté tant sur le plan physique que sur un plan psychique voir spirituel. Cette réadaptation se fera dans la douceur. Elle sera rassurante et respectueuse de la personne.

Conclusions

Le kinésithérapeute doit toujours garder à l'esprit, dans toutes les approches de situations de stress, les trois axes repères suivant :

- la relation (famille - entourage)
- la fonction (travail - rentabilité)

- l'emploi du temps de repos (loisirs - culture)

L'articulation de ces trois considérations permettra d'écouter pour poser un acte professionnel optimal positif.

Chapitre III

L'invasion du Moi

Nous situons le « tomber malade » sur un plan appelé **l'invasion du Moi**.

Pour expliquer la survenue de cette invasion, nous considérons un cadre

fermé dans lequel nous situons le Moi :

Moi

Tout événement, une émotion, un deuil, une maladie, un échec, un rupture sentimentale, pouvant influencer le fonctionnement du Moi, vient percuter le cadre. Il peut déstabiliser un ensemble (Σ référent) qui fonctionne.

Dès lors, une peur peut devenir un stress et elle peut activer un processus déstabilisateur. On prend l'exemple d'une mèche de forage qui entame un point du cadre.

Si les mécanismes de défense de la personne sont efficaces, l'individu est dit « résistant » de par le fonctionnement de son mécanisme de défense structurel. C'est ainsi, que dès l'attaque de la mèche, il va se constituer une sorte de ciment colle réflexe qui viendra colmater l'amorce de toute brèche dans le cadre.



MOI

Par contre, si l'individu est inférieurisé, fragilisé, par des événements répétitifs pénibles, voir insurmontables, avec un mécanisme de défense affaibli, le cadre peut être perforé et le Moi être envahi par l'anxiété ou par l'angoisse. Le mécanisme de défense structurel est devenu déficitaire, la personne tombe malade et le cadre est rompu :



U

Rappelons que les mécanismes de défense du Moi sont toutes les techniques dont le Moi se sert pour se protéger des exigences pulsionnelles. Quand le cadre est percé on dit aussi que le cercle est brisé.

Avec cette cassure, deux types de fonctionnements psychiques sont possibles qui vont « introduire » la personne dans deux espaces de pathologies possibles:

- névrotique : dynamique concentrique du cadre ou du cercle, tendance à la fermeture, au repli
- psychotique : dynamique excentrique du cadre ou du cercle, tendance à l'expansion, à l'éclatement

On peut prendre l'image d'une spirale qui au départ d'un cercle brisé s'emballe en mouvements concentrique ou excentrique.

□ **La personnalité névrotique**

Le névrosé voit le monde tel qu'il est mais il en éprouve de l'angoisse. Les symptômes présentés sont des réactions à l'angoisse, c'est-à-dire des défenses ou des procédés destinés à rendre cette angoisse supportable, voir à la neutraliser.

La névrose est caractérisée par des conflits intrapsychiques qui inhibent les conduites sociales. Ces conduites perturbent plus l'équilibre intérieur de la personne qu'elles n'altèrent son système de la réalité.

□ **La personnalité psychotique**

Le psychotique est en dehors de la réalité et ne tient pas compte de la société. Les symptômes se manifestent par des convictions (idées délirantes), par des comportements qui ne s'accordent ni avec la réalité, ni avec la coexistence avec autrui. Il semble que la personnalité psychotique ne possède ni la conscience de la nature pathologique de ses troubles, ni de conscience morbide ni de fonctionnements autocritiques.

Les idées délirantes constituent les thèmes qui expriment le bouleversement des rapports de la personnalité psychotique avec son monde intérieur.

Chapitre IV

Le trouble psychique

Mais à la tout-puissance et à la brutalité des convictions collectives il n'y a rien d'autre à opposer que le mystère de son âme vivante. Jung C.G.

Il est fondamental de présenter dans ce chapitre une définition du terme « **trouble** » dans un monde actuel où se profile une nouvelle pathologie, le *Vertige de la confusion morale*.

Il nous faut donc préciser l'éthymologie exacte de ce mot pour orienter la suite de notre réflexion, réflexion qui doit nous conduire à mieux comprendre le fonctionnement du kinésithérapeute appelé : « *soignant corporel* ».

Trouble : n.m. : Etat contraire à celui de la paix, de la tranquillité ; désordre, confusion, agitation désordonnée/ inquiétude, agitation de l'esprit ou du cœur.

Trouble : adj. : Qui est brouillé, qui n'est pas clair.

Le sens des mots doit toujours nous conduire à un temps de réflexion. La portée symbolique d'un mot est propre à l'histoire de chaque individu. Mais il est des mots dont la racine est universelle. La racine du mot « *angst* » par exemple se retrouve dans plusieurs langues et marque son sens dans l'anxiété, l'angoisse.

Ainsi le mot « *mal* » couvre une situation difficile à décrire, quelque chose qui est encore vague.

Le mot « *souffrance* » couvre lui à la fois une symbolique de durée, de patience et d'état difficile à décrire.

Parfois le patient va nous indiquer sur un mode

topographique une zone du corps afin d'illustrer le sens d'un mot qu'il vient d'employer. Mais la localisation par le contact de la main de telle région du corps ne reflètera jamais le « volume », la quantité même du senti ou du vocable employé !

Le sens caché des choses et des mots, les espérances tenues secrètes, les projets de vie non résolus, sont autant de facteurs qui peuvent jeter un **voile** sur la qualité de certaines relations ou entreprises ou états d'âme.

La personne n'est pas toujours comprise, « saisie ». On dit d'elle qu'« elle est floue ». On lui demande de s'exprimer plus clairement. Mais voilà ! La santé veut que « *ce qui se conçoit bien s'énonce clairement* » (Boileau). Or, toute l'histoire spirituelle du monde nous parle du sens caché, du voile des choses, du voile qui cache pour mieux révéler. Si l'individu se retrouve dans un flou psychologique, qu'il perd ses repères, il va, lui aussi se trouver dans une situation de personnage voilé pour qui le monde qui l'entoure devient un univers trouble.

Se cacher la face, se voiler, est une expression employée pour l'homme qui tente d'échapper à la vérité, à la réalité. Or la tradition nous dit que l'on ne peut voir Dieu (qui est Vérité) sans se voiler la face.

Le brouillard, la brume, la nuée ne sont-ils pas des états qui résultent de la rencontre du feu avec l'eau !

Livrés au feu et à l'eau, nous le sommes quotidiennement car nous sommes des êtres soumis à des sentiments, à des passions, à des désirs, à des pulsions de vie et de mort, d'amour et de haine, de chaud et de froid, de vide et de plein, de blanc et de noir.

La nuée enveloppe donc nos expériences quand celles-ci deviennent difficiles à contrôler.

Nous retrouvons pour illustrer ces états, des phrases dites par l'individu comme : « *tout est gris dans ma vie, c'est la grisaille, c'est le crépuscule de ma vie, c'est comme un abîme opaque, c'est une souffrance d'un autre monde, il n'y a pas de mots pour le dire...* »

Dès que l'individu quitte ses repères, il « *se trouve dans le brouillard* ». Il lui faut donc des balises.

Or, le trouble consécutif à toute situation d'opacité ou de nuée peut amener une confusion dans les rapports de l'individu avec les autres. Ainsi, tout interlocuteur, toute situation présentée, peut à tout moment ne plus être reconnu ni compris. Le visage peut changer d'expression.

Les attitudes, les formes du corps, la voix, peuvent se modifier dans leur aspect extérieur. Que reste-t-il dès lors de l'image claire et définie que nous avons de l'autre et de la situation précédemment ?

Voici quelques exemples d'expressions souvent employées dans le discours et par lesquelles les contradictions sémantiques vont donner une lecture du trouble psychique :

- Tiens, tu as encore changé de **parfum**, je ne te **reconnais** pas !
- Tiens je ne **reconnais** pas ta **voix** aujourd'hui !
- Je ne **vois** pas ce que tu veux dire !

- Ce n'est pas **clair** pour moi, où **m'emmènes-tu** ?
- Je ne **vois** pas où tu veux **m'emmener**, me conduire !
- Je ne **sens** pas ce que tu **dis** !
- Je ne te sens pas comme d'habitude !
- Je ne te reconnais pas !
- Cela sent le roussi !
- J'en ai plein les yeux, plein les oreilles !
- Cela me sort de partout !
- Cela sort de mon entendement !...

Dans ces exemples, on lit les contractions entre les verbes employés où les descriptions de sensations amènent à la confusion.

Le trouble perçu en soi-même ou perçu chez l'autre passe donc par une atteinte des cinq sens !

Le concept de lien indissociable corps – esprit doit donc être élargi !
L'être humain est avant tout un être d'**essence** et de sens, c'est-à-dire un être spirituel fait d'esprit et de chair.

Le mot âme peut donc être introduit dans la définition de cet ensemble corps – esprit qui possède ainsi ses états d'âme !

Dès la création du monde la Bible donne dans les deux premières pages de la Genèse, les actions de Dieu liées aux fonctionnements des cinq sens :

SENS : 3 niveaux sont proposées à la définition

A - Facultés par lesquelles l'homme et les animaux perçoivent l'impression des objets extérieurs et corporels (organes par lesquels se fait cette communication).

Faculté de juger et de raisonner

Ensemble des notions communes à tous les hommes

Conscience , notion de bien et de mal

B - Signification d'un mot, d'un discours.

C - Un des côtés d'une chose, d'un corps.

A la conception, nos parents nous donnent et nous attribuent une architecture visible, c'est-à-dire celle des cinq sens. Ceci est particulièrement vrai pour le plan du **visage**. Le visage en effet est en soi toute une expression de vie et toute une symbolique liée au discours qui nous rapproche à nouveau du concept spirituel : « *Dieu les fit à Son image* » (Genèse)

D'ailleurs, dans certaines pathologies, la mimique du visage est ce qui révèle le mieux l'état thymique de certaines personnes. La souffrance d'une personne apparaît donc dans tout ce qui est lié à la sphère d'expression et de traduction du vécu avec les autres en regard des évènements et des relations. On peu dire que le trouble psychique est ainsi directement lié à la souffrance des cinq sens, ceci dans la non reconnaissance momentanée ou durable du code d'adaptabilité de soi avec le monde extérieur (existence).

Le résumé qui suit permet de lire le + (colonne gauche) et le – (colonne droite) de toute communication et les phénomènes psycho - relationnels qui y sont liés.

La souffrance des cinq sens

+

Fonctionnement

Reconnaissance

Expression

Traduction

Ouverture

Communication

(*ausvelt, amour, pardon*)

Présence

(*je vois, je comprends*)

Lumière

(*avec les autres*)

Je suis rempli, j'existe

(*communication et relations*)

Accès à la guérison

(*abandon, confiance, foi,
isolement, rationalisation*)

-

Disfonctionnement

Ignorance

Inhibition

Refus

Fermeture

Repli sur soi

(*umvelt, , haine, égoïsme*)

Absence

(*cela n'a aucun sens*)

Nuit

(*solitude*)

Je suis vide de sens, à quoi bon,...

(*rupture et abandon*)

Renforcements négatifs

(*résistance, jugement, espérance*)

Alimentation des cinq sens

Dès notre naissance, l'erreur fréquente est de penser que tout est acquis. On suppose que tout est encodé d'une façon définitive.

Or, l'être humain est un ensemble en perpétuelle évolution et il faut qu'il en prenne conscience. Quelle erreur en effet quand il pense autrement. C'est alors perdre de vue que des problèmes électriques peuvent survenir comme pour le plus performant des ordinateurs. Tout peut arriver dans l'alimentation, la conduction, la résistance ! Comme cela fonctionne pour un ordinateur, nous devons à chaque situation conflictuelle « *rebuter* » notre système mémoire, le scanner, pour y découvrir le moi corporel en action ou à l'arrêt et ses liens avec le Moi psychologique. Nos sens doivent être reprogrammés constamment, dans l'amour, dans le silence, dans l'action positive. Si dès l'enfance il nous est permis de vivre les situations existentielles par une traduction optimale issue des cinq sens, nous pouvons espérer le stockage de ces résultats dans une mémoire affective et effective.

Nous pensons que la première mémoire affective est liée au visage de la mère que regarde l'enfant. Mélanie Klein nous parle de la position dépressive du petit enfant quand justement ce dernier lit dans le regard de la mère tristesse, abattement. Les **yeux** semblent donc être la première porte d'accès faite à la mémoire. Les yeux ne sont-ils pas le reflet de l'âme comme disent les poètes ! Ainsi on peut comprendre que le petit enfant, l'individu, va chercher dans le regard de l'autre, la part de vie ou de mort qui peut s'y trouver.

Si l'homme a tendance à dissimuler son regard aux regards des autres, à cacher son visage pour soustraire ses émotions au jugement de l'autre dans la timidité, le mensonge, il peut également accentuer les traits de son visage pour marquer certains mal – être comme dans la colère ou la décompensation.

L'interprétation et la qualité du regard sont toujours vecteurs, indicateurs, baromètres du trouble psychique.

La rougeur, la moiteur, le tremblement, les modifications de la voix, les odeurs, seront plutôt, quant'à eux, des paramètres d'expressions secondaires.

Ainsi , en se rappelant les définitions possibles pour le mot « sens », on comprendra l'importance du geste kinésithérapique adressé en regard de ces différents concepts liés à ce mot.

Ainsi on ne peut s'adresser à un sens isolé quand on s'adresse à la personne dans son ensemble, comme on ne peut aborder une personne dans son ensemble sans considérer la totalité d'action des cinq sens.

Nous considérons qu'un fil d'or, un conducteur électrique, relie en chacun de nous le moi corporel et le Moi psychologique, un liant entre perception et conscience.

Nous sommes ainsi alimentés par une source et cette **essence**, cette conductance, cette « **énergie** », va constituer un courant au sens le plus large du terme qui va conduire l'individu vers un but, grâce à l'éclairage de sa vie au – delà des sens, au – delà des évènements.

Tout cela pour amener la personne à la guérison espérée.

Une sentence soufie présente le concept de l'essence individuelle d'un manière évocatrice. Cette sentence dit :

« Celui qui se connaît soi-même connaît son Seigneur ». L'identité entre soi-même et le Seigneur ne correspond pas à un $1=1$, mais à un 1×1 . Identité d'une essence qui a été portée à sa totalité en étant multipliée par elle-même, et mise ainsi en situation de constituer une bi - unité, un tout dialogique dont les membres se partagent alternativement les rôles de la première et de la seconde personne. Ou encore l'état décrit par nos mystiques : lorsqu'au paroxysme l'amant est devenu la substance même de l'amour, il est alors l'amant et l'aimé.

(H.Corbin)

L'éclairage d'une vie peut se résumer de cette façon.

Chapitre V

Blessure des sens et manifestations corporelles

L'univers ressemble à un corps dont la tête est dans le ciel et les pieds sur la terre. De même que le corps humain vit par l'âme, pour ce corps le ciel est tête et les astres sens. L'œil, l'oreille, la langue, vivent, voient, entendent, parlent, sentent, grâce à l'âme. La vision, la clarté, la vie, les facultés de perception : tout provient de l'âme. Qor'ân, XXIV, 35 .

Ce chapitre va porter sur le principe du « *faire mémoire* ». Mais qu'est-ce donc que la **mémoire** ?

Définition :

- Fonction grâce à laquelle s'opèrent dans l'esprit la conservation et le retour d'une connaissance antérieurement acquise.
- Souvenir
- Annuler par voie de révision, un jugement qui a condamné.

Les sens nous ouvrent le chemin pour la découverte du monde et des autres. Grâce à eux, une vie peut « *(re) trouver son sens* », des projets peuvent se réaliser, quand ils sont « *bien sentis* ». Les sens constituent donc un terreau émotionnel unique.

Si nous faisons référence au texte de la Genèse, la création du monde nous présente un schéma divin qui lie les cinq sens de Dieu aux cinq sens de l'homme. La **lumière** y est prépondérante et joue pour l'homme, dans son histoire personnelle, un rôle de premier plan : elle est la première mémoire donnée par le Créateur. La lumière étant essence même de Dieu. Voici le texte de la Bible :

Genèse : 1, 2b : *L'Esprit de Dieu planait sur les eaux*
 1,3 : *Dieu dit : « Que la lumière soit ! »*

- 1,4 : *Dieu vit que la lumière était bonne*
 1,5 : *Dieu appela la lumière jour et les ténèbres nuit*
 1,6 : *Dieu dit : « Qu'il y ait un firmament au –milieu des eaux et qu'il sépare les eaux d'avec les eaux »*
 1,8 : *Dieu appela le firmament « ciel ». Il y eut un soir et il y eut un matin*
 1, 27b : *Homme et femme Il les créa*
 1, 28 : *Dieu les bénit*

Les sept points de la Genèse dans l'acte de la Création représentent donc bien l'organisation des cinq sens :

- 1 **L'essence même de Dieu** : action, mouvement : l'esprit agit pour la plan de la lumière (fécondation)
- 2 Dieu **dit** : la parole qui éclaire (la lumière)
- 3 Dieu **vit** : ce qui est bon (le bon choix)
- 4 Dieu **sentit** : reconnaître les différences (la dynamique du choix)
- 5 Dieu **fit** : conformité à l'acte de création
- 6 Dieu **nomma** : le mot donné devient la parole qui guérit (identité)
- 7 Dieu **bénit** : prolongement de ce qui est en nous (l'essence de vie) vers les autres (l' amour, communication).

Mais tout ce concept de faire mémoire demeure un **libre choix** pour chaque personne. Chacun, soignant, soigné, doit se sentir libre de choisir, tout comme celui de créer, d'oser la vie, d'oser une rencontre.

Oser changer quelque chose dans sa vie et dans ses relations

Mais dans le cas où la personne accepte de « faire mémoire », automatiquement des niveaux de besoins de changements vont se faire, plusieurs désirs vont se confirmer :

- Retrouver les voix du passé (voix du sang, images parentales), une mélodie
- Retrouver les sons (bruits de la maison, entourage sonore)
- Retrouver les odeurs (linge, lieu, la terre)
- Retrouver les formes (le corps parental)
- Retrouver les paroles (les sons qui sont les mots que nous aimons).

Prendre la décision de faire mémoire c'est se décider un jour pour un

certain voyage . C'est retrouver le miroir qui était celui de notre image la plus intime. Aussi, accompagner quelqu'un dans ce processus de guérison, demande beaucoup d'attention et de présence à l'autre, car il ne faut jamais ni provoquer ni heurter de plein fouet celui à qui on s'adresse. Accompagner et soigner doivent être des actions douces et harmonieuses.

Il existe malheureusement pour la personne qui accepte un tel choix de chemin de guérison une tendance à l'hésitation. Le **scrupule**, sentiment toujours latent en chacun de nous, peut ouvrir une brèche dans notre conscience, puis progressivement devenir un élément déstabilisateur pour le psychisme.

Le scrupule s'avère en effet comme un élément nécessaire au fonctionnement de la personne quand il faut comprendre et résoudre des éléments existentiels si on ne veut pas être stoppé dans une évolution de guérison : « *Avec le scrupule, c'est la conscience morale qui est atteinte et la personne est incapable de satisfaire sa conscience qui demeure dans un flou.* » (Fr.Ephraïm)

Par le fonctionnement même du scrupule, la personne ne sait pas ce qu'elle doit choisir sauf si elle considère que l'événement du scrupule sans son temps de vie actuelle s'apparente à une forme de pauvreté d'expression ! Notre présence thérapeutique peut, sans ce cas, aider l'autre à dépasser ce temps de vie et lui permettre de continuer son chemin de guérison en toute réassurance.

Liberté de choix et énergie

Pour que les individus « soient », il faut que les éléments de la mémoire s'organisent en dynamique constante, qu'ils se lient, se délient, qu'ils s'établissent en contact comme des synapses peuvent l'être pour fonctionner.

L'action de la **rencontre** entre deux personnes ou évènements, entraîne toujours une réaction. Mais le phénomène actif suppose une constante de fonctionnement liée à ce que l'on appelle l'**énergie** (mot qu'il convient de manier avec une grande prudence d'interprétation. Un mot qui est malheureusement employé aujourd'hui un peu à travers tout). C'est pourquoi il nous paraît important d'en rappeler les définitions.

Energie :

- du grec énergéia : activité.
- force, puissance d'action
- force d'âme
- fermeté, résolution que l'on fait paraître dans ses actes
- cause du travail des forces.

Le concept de la vie est lié à cet élément. Vie et mort, lumière et nuit y sont associés.

Quel est donc cet élément « énergie » qui est à la fois porteur, vecteur, origine et finalité de tout événement existentiel ?

Si nous considérons l'utérus, chez la femme, nous y lisons une symbolique liée à l'action. Il reçoit pour donner. Il est vase et tabernacle pour être rempli et pour restituer. En donnant, il se vide pour être à nouveau rempli. Mais, le vase est fait pour être rempli. Car, ce n'est qu'une fois rempli qu'il peut donner. Mais pour être rempli, encore faut-il qu'il puisse se vider.

Le passage du plein et du vide, le passage du + au – est l'**essence** même de la dynamique de ces passages, de l'action.



Calligraphie de H. Massoudy : symbolique de la forme de l'amour

Essence : définition.

- Ce qui fait qu'un être est ce qu'il est ; ce qui constitue sa nature.
- Ce qui fait le fond, le principal d'une chose.

Essence personnelle, référence et dynamique de choix

L'essence est l'élément premier constituant l'activation de tout contact. Il s'agit donc d'un élément conditionnel à toute rencontre. L'essence, constituant de notre être, est la symbolique, le sens, l'éthymologie, la racine, le fondement même de toute la dynamique de vie.

Une dynamique de vie qui ne peut se développer et fonctionner sans un point d'appui.

Autrement dit, il faut un point de départ, une référence, un point d'assise que nous appellerons « **a** » ou « **référent** ».

Ce point « **a, référent** » est conditionnel à la dynamique existentielle de l'homme. Il est toujours inclus dans un espace et dans un temps que nous appellerons « **cadre** ».

Le point « **a, référent** » servira donc de point référent pour tout événement qui se déroulera dans le **cadre** (lieu du temps et de l'espace pour tout événement de vie).

Or nous l'écrivons plus haut que l'homme, soignant ou soigné devrait demeurer dans son libre choix pour évoluer.

Quel référent la personne va-t-elle choisir ?

La personne peut choisir :

- 1- pas de point « a, référent » ou d'assise
- 2- un point « a, référent » pour orienter sa réflexion et son cheminement.

Dans le premier cas, s'il n'y a pas de point de départ du niveau référent, la personne peut se retrouver dans un état de vide, un néant, pour lequel elle entretiendra l'idée d'un vide à combler sans discontinuer, un abîme sans fin à remplir, un abîme de recherche

continue, une dynamique stérile où ténèbre, mort, inertie peuvent s'appliquer à la démarche de retour sur soi. Un retour sur soi où l'on se replie pour se construire hors espace, hors temps, hors cadre.

Dans ce premier cas, espace et temps se confondent, début et fin se mélangent. Entre eux, il y a un vide plein de l'absence. Le point d'origine du non choix de la personne est partout à la fois, dans une organisation chaotique et sans représentation de cadre.

Nous ne sommes pas loin de penser que dans cette solution, le Moi se structure à partir de lui-même, se suffisant à lui-même, dans un espace appelé « ∞ » (infini) dans une représentation hors cadre.

Ce modèle est dit: **sans référentiel**.

Il fonctionne sans symbolique, se suffisant à lui-même dans la

représentation d'une image chaotique : **Moi** \square ∞

\square **Dans le second cas**, celui où la personne choisit un élément « **a, référent** », on peut comprendre que celle-ci choisit le principe d'un élément référent créateur constitutif du fameux liant que l'on a appelé, **énergie** : « **é** ». Le mouvement dynamique de la personne qui a choisi « a,référent » va se réaliser dans un schéma : Point « a référent » vers un « temps 1 » qui constitue ainsi le « temps existentiel » de départ de la personne :

a temps 1 \square existentiel

Dès que le temps « **1 existentiel** » se marque, on peut reprendre la symbolique de la représentation d'un vase, d'un réceptacle. L'homme devient ouvert, disponible.

L'homme dans cette image est prêt à être rempli.

a temps 1 □ existentiel □ U □ donner, évoluer.

Dans ce deuxième cas, où la personne choisit, le début a un commencement et la fin est une finalité en soi. Entre les deux il y a un espace temps situé dans un cadre.

Ce modèle est dit : **référentiel**.

Il confirme un modèle qui a une existence, qui est formel, et qui possède sa symbolique :

A temps 1 □ 1 référentiel □ U □ ω fin

➤ Note sur l'α et l'ω, le début et la fin

Plus haut nous écrivions que l'énergie était à la fois vecteur, porteur, origine et finalité de tout événement existentiel. Nous approfondissons maintenant la fonction existentielle de cette énergie indiquée « é » et définie comme un élément universel.

Dans ce modèle que nous allons développer, le point « a » s'appuie sur un cadre et s'y inscrit et le temps existentiel « 1 » se fixe dans le cadre.

Il y a ensuite au sein du cadre une dynamique du choix de la personne qui crée un continuum de déplacement au sein du cadre pour « a » qui devient « a 1 » et où « a1 » va tendre à

« ω » constituant ainsi une dynamique constante de « α » vers « ω » dans le contenant « é, énergie » (à la fois liant et support pour que « α ou a1 »).

Ainsi, nous considérons que le temps « 1 » symbolise la première « respiration » de la personne, (inspiration) manifestée en venant au monde (naissance) et que l' « ω » représente le dernier cri, le dernier souffle (mort).

Le temps de la première inspiration, du premier souffle est reçu de « é » qui est essence et contenant puisqu'il est choisi comme référent d'énergie et référent universel.

La mémoire donnée par cette essence « é » continuera tout au long de

la vie et la fin de la vie, au moment « ω », le dernier souffle emplira l'espace temps du cadre comme une restitution mystérieuse et il demeurera ainsi dans le référentiel contenant (cadre). C'est comme l'image de la goutte d'eau qui est composante de l'océan. Elle est nécessaire à l'océan pour le constituer et sans l'océan, elle ne peut exister.

Notre essence personnelle reçue du référent « ϵ » apparaît ainsi être un continuum de l'image la plus archaïque de l'organisation de l'univers et conditionnelle pour que se fasse « a », dynamique de vie).

Un modèle théorique pour la kinésithérapie ?

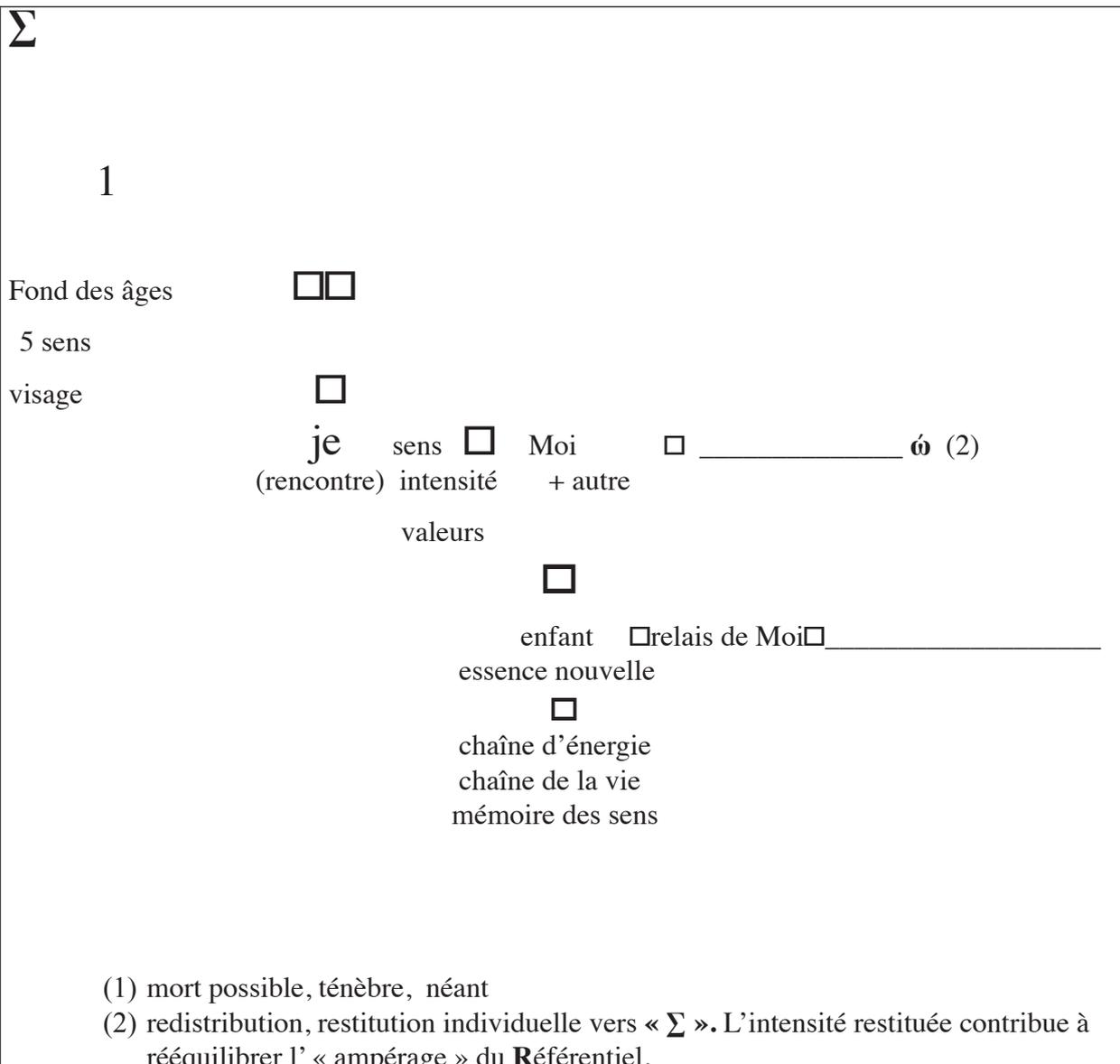
La diversité de la fonction, des techniques et l'ouverture du champs d'action thérapeutique, font que la kinésithérapie est une profession en évolution qui a besoin de modèles pour justifier sa qualité, ses spécificités, de profession de la communication dans toute la dimension corps - esprit de son concept.

Certaines lois mathématiques et de la physique quantique ont servi de réflexion à beaucoup d'auteurs pour établir des lois pour la communication.

Tout ce qui est inclus dans le tableau suivant est appelé « **ensemble du référentiel** ou Σ » inscrit lui-même dans le « ϵ » universel. Et cela pour un seul individu en relation. Il est clair que l'on peut reproduire et multiplier à l'infini la formule individuelle pour d'autres systèmes, groupes, sous groupes, familles, travail,...)

Légende : « Σ » ou **ensemble du référentiel** représente à la fois le « 1 » (temps existentiel d'un individu) et tous les « 1 » possibles (temps existentiels de tous les individus) inclus dans le cadre

ϵ ∞ hors cadre (1)



Retenons donc l'idée générale du cadre en écrivant :

é

Σ

Cette nouvelle représentation du fonctionnement de la dynamique existentielle nous permet d'établir ici une loi de constante du référentiel : « *Dans un ensemble référentiel défini, celui-ci n'est pas l'ensemble de tous les ensembles possibles mais l'ensemble de tous les éléments possibles.* »

Partant de cette réflexion, on pourrait dès lors se poser la question suivante : Et si un relais ne se faisait pas dans le référentiel entre deux éléments du référentiel, l'énergie du référentielle tomberait-elle ou bien resterait-elle constante ?

On peut donner la réponse suivante : Tout corps humain, tout organisme vivant, possède un nombre déterminé de constituants, qui font que l'ensemble fonctionne.

Il en est de même pour le référentiel pour lequel il faut qu'un nombre d'éléments possibles soient suffisants pour que se maintienne son potentiel de base.

Modèle théorique du Moi existentiel

(Pour développer cette partie intitulée « modèle théorique du Moi existentiel, nous nous sommes inspirés de l'ouvrage de J.Charon : L'être et le verbe. (voir bibliographie)

Puisque toute prise en charge par le « *faire mémoire* » envisage une dynamisation des « Moi » corporel et psychologique à travers l'histoire individuelle toute la symbolique exprimée par le verbe doit être codifiée. Il est donc nécessaire de représenter d'une façon rationnelle les rapports entre l'être et le verbe (le « *moi* » et le « *mot* »).

On considère pour comprendre le cheminement naturel de la pensée, qu'une théorie unitaire physique débouche sur la psychologie, la métaphysique, la théorie de la connaissance.

Ainsi, un référent universel est nécessaire. Ce référent universel est appelé : **Etre**. L'être à la fois constituant et substance des postulats de pensée . L'être est ainsi l'ensemble (Σ) de toutes les relations possibles qui peuvent se dérouler pour une personne (dans le temps, dans l'espace et avec les autres).

Les relations possibles pour une personne sont alors appelées « **relations évènements possibles** » .

« **é** », « être », » référent universel » « énergie »

Σ relations évènements possibles

Ces relations d'un individu avec le monde extérieur, dans le temps

et dans l'espace, sous entendent une condition : le principe de fonctionner dans le réel (principe de réalité).

En effet, si l'individu entre en relation, c'est qu'il est réel, donc qu'il existe. Par ce fait d'exister, il va formuler sa pensée et donner un sens à ses relations. Ainsi , pour l'individu, formuler sa pensée devient un acte constant. Or la matière de toute la connaissance et des relations humaines est contenue dans un ensemble « Σ » qui est à la fois « é » (inclus dans « é »

Mais qui que l'on vive, quoi que l'on fasse (organisation, fonctionnement, qualité des relations), jamais le mot ne sera justifié pour décrire, expliciter le vécu et encore moins la qualité du « é » reçu pour que le vécu « soit ». Jamais un mot ne pourra donner une définition de « é ».

On comprend donc l'importance du mot juste et toute la symbolique qui lui est associée pour que un sens soit donné à « é ».

Comment en arriver à décrire, à définir, à représenter la dynamique qui porte l'individu ?

Le Moi existentiel

L'individu, par ses expériences, construit son Moi. Or, le Moi est l'ensemble des *relations évènements* formulées à chaque instant de la vie. Il est l'ensemble des pensées conscientes de chaque instant. Le Moi existentiel possède donc une certaine structure car il se considère à la fois comme origine du « 1 » et de « é » pour organiser l'espace temps où il se trouve et s'y retrouver dans les *relations évènements* où il baigne.

Par cette considération de la relativité, on considère que le Moi se situerait à un point événement origine de la perception du temps, de l'espace et donc de la pensée. C'est comme si le Moi était origine et temps de toute chose.

Mais cette conception et cette structuration du Moi est liée à deux postulats :

- 1 *soit l'ensemble des pensées formulées par le Moi est dénombrable (principe de finitude)*
- 2 *soit l'ensemble des pensées formulables est infini et démontre que*

dans la théorie des ensembles le caractère de conservation fait que rien ne peut être perdu dans le néant et hors du néant.

Le concept qui en résulte démontre que toute pensée élémentaire formulable est une relation repérable dans l'espace temps et constitue en soi une relation événement.

Ce concept assouplit donc une considération qui ferait du Moi l'origine et la condition unique de toutes relations. Par ce concept, la première relation repérable dans le temps pour la pensée première élémentaire est celle qui relieront le Moi à « é » ou à « a » point d'assise conditionnel à toute dynamique. Car la dynamique ne peut naître d'elle-même. Elle se réfère en permanence à une connaissance de la mécanique des choses, science dont l'objet est la connaissance et l'application des lois du mouvement, de l'équilibre ainsi que des forces motrices.

Le Moi constitue en soi toute une dynamique existentielle qui renvoie sans cesse, de par les définitions qu'il donne du référentiel et de lui-même en tant que personne, à la notion philosophique du « *moi et du néant* ».

Le Moi devient ainsi le centre du choix par lequel passe son identité. Ce choix entre le « *oui* » et le « *non* », entre le « *moi* » et le « *néant* » est quotidien et fait donc partie de la fonction humaine : **la liberté du choix d'exister.**

Cette liberté de choix à l'existence est liée à deux corollaires :

1 Exister est valable dans tous les cas et non dans le plus grand nombre des cas : C'est la base de l'organisation de tout ce qui concerne l'homme.

2 Exister est un phénomène de l'espace temps qui n'existe que dans la pensée de l'homme : Exister est une théorie de la pensée.

La lecture de ces corollaires nous amène à comprendre l'importance du choix d'exister :

- Ce qui est **existantiel** pour l'homme, et donc nécessaire à son épanouissement dans le temps et dans l'espace, c'est l'ensemble des relations événements qu'il pourra formuler et reconnaître. Cette base du Moi existentiel peut être un moteur pour le conduire à la notion d'essentiel (renvoi à la racine du mot « essence »).
- Ce qui est **essentiel** pour la personne, l'ensemble des relations non

formulées (ces relations sont déposées en lui dès la naissance dans la mémoire de la généalogie parentale et la mémoire spirituelle)
Ainsi, si « Σ » est l'ensemble de toutes les **relations évènements**, le Moi qui y possède ou non un espace temps identitaire ne peut être qu'un ensemble « 1 » de « Σ » mais également un référent pour toute relation événement possible dans « Σ » (cadre).

Le Moi existentiel est donc à la fois partie constitutive et constituante de « Σ » et donc de « é ».

L'individu durant son existence tendra et orientera son Moi vers l'ensemble idéal de toutes les relations possibles.

C'est- à- dire qu'il tendra vers « é ».

L'ensemble référentiel « é »est ainsi essence du Moi et toutes les façons dont le Moi se représente cette essence, (par les mots et les symboles), constituent l'essence même de la mémoire du verbe (le « mot » origine de toute création).

L'individu dans toute forme de création doit donc posséder un pôle d'orientation constitué des cinq sens. Car **l'orientation** est en soi un phénomène primaire de notre présence au monde. Le propre de notre existence est de spatialiser le monde autour de nous et d'orienter dans le temps les différentes manières dont cette existence a un sens pour chacun (histoire terrestre, histoire familiale, histoire existentielle).

La possession de ce pôle d'orientation va permettre au Moi de s'affirmer dans son **identité** pour créer, être libre et être vrai.

« *La Vérité te rendra libre* » dit le prophète.

Création et liberté

Si la connaissance est définie comme la structure statique des données conscientes de l'homme, la création est définie comme la structure dynamique des données conscientes de l'homme.

La création est la transformation d'une chose en une autre avec ou non une solidarité avec les autres par l'intermédiaire de notre essence.

L'invention de son côté est une représentation personnelle qui correspond à un processus purement intellectuel sans intervention du monde extérieur : c'est un processus existentiel.

L'individu dans son acte de création peut vivre des sensations de plaisir,

de réussite. L'intensité de cette sensation d'exister est liée à l'interaction de son Moi existentiel avec le monde extérieur.

On peut donc dire que la dynamique de l'être est consécutive à cette intention de toujours lier la qualité du Moi existentiel avec l'essence pure de l'acte créateur.

La kinésithérapie face à la mémoire des cinq sens

Il y a plusieurs façons d'aborder le « *faire mémoire* ». Il y a les techniques de guérison intérieure, les techniques de guérison dans le sein maternel, les techniques de régression hypnotique, l'analyse corporelle,...

Nous considérerons en ce qui nous concerne, dans une optique thérapeutique la technique de **l'analyse corporelle**.

Cette technique se compose de cinq niveaux d'approche différents mais complémentaires l'un de l'autre dans l'histoire de la personne :

L'unité	L'ensemble
La cellule	Le corps
Le génome	Le monde
Le corps physique individuel	Le corps physique familial
L'esprit	Le corps groupe Le corps spirituel

Le titre de ce livre est, « **La Main , l'Aveugle et le Paralytique** ». Il veut représenter la symbolique de notre approche kinésithérapique. Il veut tendre à **l'union symbolique de la main** (essence personnelle, expérience et structure), **du malade de l'esprit**, (l'aveugle) **et du malade du corps** (le paralytique).

Une union possible par l'organisation même de la technique de soins qu'est **l'analyse corporelle**.

Une technique qui va comparer l'individu à un matériau aux fibres les plus nobles mais de très haute spécificité. A savoir :

- **La trame** : le tissage d'un tissu précieux, sa texture, sa Couleur, l'étoffe de la personne □ **liens parentaux**
- **Les composants** : l'origine des matériaux (gène, familles,

histoires) □ **systemique**

➤ **Les fissures et les défauts** : organicité, psycho corporéité □
pathologies

➤ **L'originalité** : elle fait que le matériau est unique en son genre. Tout individu possède son originalité. Chateaubriand écrivait : « *l'écrivain original n'est pas celui qui n'imité personne, mais celui que personne ne peut imiter.* » L'originalité de la personne confère donc un droit du libre choix et de la créativité personnelle. Cette originalité à son valet appelé : **capacité d'autonomie**.

Notre responsabilité thérapeutique est donc énorme en ce qui concerne le respect de l'autre dans le soi donné. Nous devons toujours être prêt à « *passer la main* » quand cela deviendra nécessaire. (Il est conseillé, voir nécessaire, d'envisager l'analyse corporelle en cothérapie).

Pendant le traitement, nous devons à tout moment envisager un arrêt du traitement , des changements d'orientation, des temps de récupération, pour le bien-être du patient et son respect.

Notre acte kinésithérapique doit toujours être authentique et le demeurer. Il doit donc toujours avoir un sens pour nous-mêmes et pour le patient. Notre main doit pouvoir rencontrer la personne dans un temps et dans un espace précis qui définit la qualité de la rencontre.

Nous devons également être attentifs au contenu symbolique des silences, des signaux verbaux et non verbaux.

La rencontre est un temps d'accompagnement pour conduire la personne sur une voie nouvelle ou considérée sous un nouvel éclairage.

L'humilité doit faire partie de notre vision des soins car, à tout moment, nous devons pouvoir nous effacer devant la souffrance et/ou son mode d'expression.

A moyen comme à long terme, nous devons être un garant thérapeutique suffisant pour que notre pédagogie soit « berceau » de vie pour la personne.

L'analyse corporelle nous permet aussi d'envisager le voyage dans l'histoire personnelle d'un malade par des techniques douces et respectueuses. Il existe entre le moi corporel et le moi psychologique tout un jeu de communications. Entre eux se tisse un réseau de liens constitutifs de la mémoire individuelle et groupale.

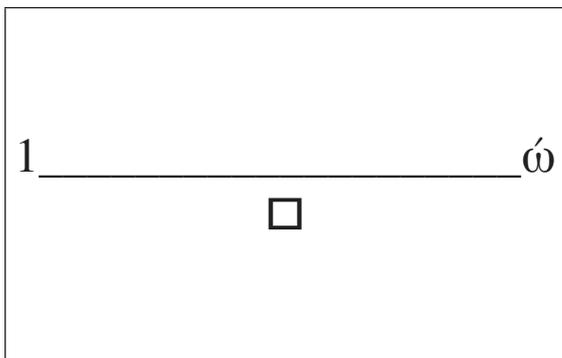
Ainsi, grâce à l'antériorité du moi corporel, il nous appartient de considérer la dynamique du Moi comme un élément constitutif ou non de l'acte créateur.

Soit :

- L'homme est essence de vie et sa **constante de vie** est l'être psycho affectif et spirituel qui le pousse à l'espérance d'une vie meilleure (mouvement -dynamique)
- L'homme considère son essence comme force d'inertie et de replie sur lui-même comme en vase clos. C'est la **constante de mort** qui maintient l'individu dans une statique stérile (inertie).

é

0 ∞



- **1□ω** = sens et dynamique : réouverture de la conscience. Marche vers la lumière qui éclaire le chemin. La tunique corporelle n'est plus paralysante, elle n'est plus une entrave à la marche vers la lumière, elle conduit à la vie.
- **0 ∞** = chaos et inertie : c'est une errance qui conduit au questionnement stérile. Cette errance conduit au vide. Marche vers la mort. Coupé de lumière l'homme est aveugle.

L'organisation des séances, la méthodologie et la didactique de l'analyse corporelle sont présentées dans la partie techniques kinésithérapiques .

Chapitre VI

Concepts pour une kinésithérapie relationnelle

Au fond de chaque mot, j'assiste à ma naissance. A.Bosquet.

L'observation du patient

Quand un individu se présente à toute personne qui devient un observateur, toute une composante de syndromes cliniques, de troubles de la personnalité, de troubles du comportement mixés ou non à des facteurs psychosociaux, professionnels et environnementaux apparaît.

La relation à l'autre (**objet**) aide à la compréhension des différents modes d'adaptation de l'individu à l'existence.

Comme l'individu est régi par des principes de constance, de plaisir, de réalité, il peut s'adapter ou non aux situations de la vie.

Ce qui ne peut être résolu, ce qui entraîne un doute, ce qui développe une attente anxieuse, s'inscrit dans le registre des situations conflictuelles. On appelle cela un **conflit**.

La difficulté, ou l'incapacité de l'individu à résoudre le conflit, amènera à un dysfonctionnement mental.

Ainsi l'installation de l'individu dans le dédale et le film de vie ne se réalisera que par étapes successives. Tout au long de ce film, certaines séquences de vie seront réussies, ratées, omises, évitées.

Le miroir de l'existence se lit à la fois dans un parallélisme, tantôt dans une dualité entre les moi corporel et psychologique. On comprend l'importance pour tout individu de réussir ce cheminement en miroir qui permet d'aboutir à l'élaboration d'un **schéma corporel** suffisant puis à une intégration de l'**image du corps** (élaboration conjointe du moi corporel et du Moi psychologique.)

Ce qui intéressera le kinésithérapeute, c'est l'observation et/ou l'évaluation du développement psychomoteur de la forme (**gestalt**) et la restauration d'un bon *dialogue tonique* quand celui-ci se dérègle.

Car la spécificité d'un trouble psychique se lit à la fois dans les symptômes et dans un type particulier de relation à l'autre.

Quand un soignant rencontre un soigné, il se trouvera dans un parallélisme ou une dualité. Entre lui et l'autre se développe des temps relationnels importants pour toute prise en charge. Sous le regard du soignant, il y a la rencontre d'un corps visible (formes, couleurs, odeurs, attitudes) et d'un « corps » invisible (soma, pensées,...) Cette double rencontre souligne l'importance d'une rencontre comprise entre deux personnes ou plusieurs, dans un temps et dans un espace, où deux corollaires s'imposent pour que se comprennent les stades d'une communication. Soit :

- **L'autre existe** : concept valable dans tous les cas et non pas dans le plus grand nombre de cas (ici la notion espace-temps avec ses blocs du passé du présent et du futur est prise en compte.)
- **L'autre existe** : le phénomène de l'espace-temps n'existe que dans la pensée de l'homme (l'existence est considérée comme une forme de la pensée.)

L'attitude dans le soin à donner est fonction d'un de ces deux corollaires. De toute évidence, toute kinésithérapie inscrite dans un événement relationnel considèrera l'individu dans son ensemble.

Dès sa naissance, l'homme est soumis à des lois de l'évolution génétique, biologique, physique et spirituelle.

Il est appelé à se connaître, à se reconnaître, et cette dynamique de l'être est soumise à des circonstances individuelles et groupales : frustration, ruminations, culpabilité, intolérance, etc...

Cette recherche dynamique de l'être conduit l'homme à une certaine connaissance présentée sous trois formes bien distinctes mais complémentaires l'une de l'autre :

- **la connaissance logique** (sciences)
- **la connaissance prélogique** (réflexion, méditation)
- **la connaissance analogique** (art, le sacré)

La connaissance logique par la connaissance scientifique tend à nous rapprocher de la substance même de l'être : qui, quoi, comment !

La connaissance prélogique par la qualité de la réflexion, l'accès à la méditation, cherche à établir une communion de l'âme de l'être (appelée aussi essence, qualité intérieure).

La connaissance analogique par l'expression artistique, la recherche du sacré, peut nous faire entrevoir l'être à travers la communication avec le monde et les autres.

Les théories de la communication et la kinésithérapie

Les mots sont comme des oiseaux, pourquoi les laisser enfermés dans des cages ? Rabbi Nashman de Braslav.

Il faut garder à l'esprit que dans son travail relationnel, le kinésithérapeute vit une **dynamique transférentielle** à la fois **traditionnelle** (au sens psychanalytique du terme) et **corporelle** avec son patient.

Toute cette dynamique relève du champs d'action de la **théorie des systèmes** dans la **communication**.

Explications :

L'action du kinésithérapeute au cours d'un traitement se traduit sur des plans aussi divergents que complémentaires. Lors d'un traitement, le kinésithérapeute doit savoir que le corps du malade peut « dire » ce que l'esprit « pense » mais aussi que le corps peut ne pas exprimer ce que l'esprit pense et que la parole peut être un contre - sens du corps. Il y a donc une analyse simultanée d'un contenu avec son contenant dans des temps et des espaces de communications donnés (par exemple, si je coupe un cylindre longitudinalement, j'aurai la forme symbolique d'un rectangle, tandis que, si je coupe ce cylindre sagitalement, j'aurai un cercle).

Ainsi ce que nous voyons et pensons d'une personne est non traductible dans le verbe lui-même mais l'est dans la symbolisation que l'on s'en fait.

Toutes les relations établies dans la communication humaine englobent

donc des notions d'espace et de temps.

Reprenant les modèles mathématiques des **ensembles**, on dit que : *toutes les relations possibles se retrouvent contenues dans un **ensemble référentiel** et toutes les relations possibles qui se passent dans une communication dans la sphère spatio-temporelle sont appelées **relations - évènements**.*

Le soignant s'avère être un observateur de ces relations - évènements et il peut consigner, analyser, structurer ces relations - évènements.

Le soignant est dit **référentiel observateur**, c'est-à-dire référentiel capable de contenir la totalité des relations évènements possibles lors d'un traitement.

Comportement et communication

Si le soignant est un facteur dynamique dans le traitement, il faut voir son action dans le temps à courte et à longue échéance. Pour « *tenir la longueur* » dans un traitement, le soignant doit passer par quelques stades d'apprentissage de soi et des autres tels :

□ *Considérer la situation :*

A (soignant, Sg.) émetteur □ B (soigné Sé.) récepteur

Tout message envoyé de A vers B contient un thème qui sous entend un vécu affectif de la part de A ; une prise de conscience de la part de B ; un comportement ou une attitude de la part de B.

On appelle cette situation : une séquence A □ B dans un temps.

□ *Conditions idéales au déroulement d'une relation :*

Pour qu'une sous séquence se passe, consécutive au message A □ B de l'exemple ci-dessus, on considère :

- que A possède une capacité d'observation de soi et de B suffisante (qualité d'introspection ou d'« in – sight »).
- que B possède une capacité de réceptivité verbale et non – verbale suffisante au déroulement de la communication.

(Cette relation idéale est appelée *relation psychologique*.)

□ *Temps dans la relation :*

Si la valeur distance (**d**) entre A et B qualifie la dynamique d'une relation, le facteur temps (**t**) s'y associe toujours.

La connaissance ou la reconnaissance de ces deux facteurs « d » et « t » par le soignant sont nécessaires pour l'établissement de ce que l'on appelle le raisonnement intuitif ou prévisionnel dans l'orientation d'un traitement. Ce raisonnement est le lien entre le soignant et la finalité elle-même du traitement.

Comme toute relation constitue un besoin psychologique permanent, on comprend que les facteurs « d » et « t » sont des constituants nécessaires pour faire en sorte que le système soit à chaque rencontre, à chaque stimulation, un système adapté à chaque malade.

□ *Dynamique transférentielle :*

Cette dynamique transférentielle est toujours fonction de B.

Dans l'exemple A □ B nous avons 5 possibilités :

- 1) Soit B accepte A et le contenu de la communication
- 2) Soit B accepte A et refuse le contenu de la communication
- 3) Soit B refuse A et accepte le contenu de la communication
- 4) Soit B refuse à la fois A et le contenu de la communication
- 5) Enfin, il est possible que B manifeste un symptôme (attitude comportementale, catatonie).

Dans ce point lié à la dynamique transférentielle, nous trouvons dans la littérature toute une série de termes comme :

la notion de déni, l'escalade symétrique, l'attitude de complémentarité, la séquence de communication, la ponctuation, les doubles contraintes, la méta communication, le langage analogique, le langage digital, la séquence de faits, la prédiction, la notion de dominant et de dominé. Tous ces termes sont applicables à des approches de situations de communication particulière et d'analyse plus spécifique du cadre

psychothérapeutique. Aussi, pour leur compréhension, nous renvoyons le lecteur à des formations et à des lectures spécifiques.

□ *Dynamique affective* :

Une dynamique affective peut se faire entre A et B quand B ressent vis-à-vis de A des sentiments d'enfant face à une image parentale.

On parle alors de transfert + (avec sentiments de dépendance confiante) et de transfert – (avec sentiments de dépendance méfiante).

La dynamique corporelle

Elle joue un rôle important dans les étapes de fonctionnement de toute communication.

Il existe ainsi un transfert appelé **transfert corporel** quand la forme et le symbole liés au corps s'expriment en un lien sexuel imaginaire.

Mais il existe également un langage expressif de la mimique corporelle.

La communication corporelle fait appel à plusieurs codes. Elkman, Frisen , Sigman, Feldsteins ont observé des phénomènes affectifs liés à l'expression du corps. Ils ont constaté que des **signaux** pouvaient être programmés biologiquement ou être des produits culturels propres à l'individu observé.

La position de la tête, le contact visuel, les actions instrumentales et emblématiques des mimiques du visage, sont répertoriés et classés en trois sous groupes de signaux:

- *Les illustateurs du geste*: ils accentuent (bâtons), ils désignent (idéographes), ils donnent des repères topographiques (marqueurs), ils font des descriptions actives (kinétographes), ils désignent dans l'air (pictographes)
- *Les adaptateurs de soi* (mouvements d'auto contact)
- *Les adaptateurs de l'autre* (caractéristiques d'échanges sociaux)

Notions sur le groupe

Comme « *tous les éléments d'un groupe sont inclus dans un système, on dit, que dans un ensemble référentiel défini, celui-ci n'est pas*

l'ensemble de tous les ensembles possibles mais l'ensemble de tous les éléments possibles »(rappel).

On comprend, autrement dit, que dans un couple, une famille, un système social, chaque constituant y existe dans son Moi psychologique, ses évènements temps - espace et dans son corps. Les liens qui se lient momentanément entre deux personnes pour constituer un système sont des liens dynamiques et ils peuvent s'unir à d'autres liens pour constituer d'autres systèmes plus élargis appelé **groupe**.

La communication d'une personne au sein d'un groupe peut être illustrative des interrelations construites avec le monde extérieur (objet et personnes).

Pour chaque individu, il est donc important de réussir un équilibre entre l'introversion et l'extraversion de son fonctionnement au sein d'un groupe afin de conscientiser la confrontation de ses propres perceptions et fantasmes avec ceux des autres.

Donc l'individu placé au sein d'un groupe (qu'il soit psychothérapeutique, sportif, de leadership, de diagnostic, de travail ou de créativité), va agir au sein de ce groupe, avec sa parole et avec son corps.

Tout individu en effet, placé au sein du groupe, y trouve des possibilités nouvelles de comparer et de juger les contrastes entre ses propres attitudes et celle des autres. Il peut constater que ce qui lui semble être sa manière de réagir se rencontre fréquemment chez d'autres individus et que, au contraire, ce qui lui semblait banal lui est tout à fait personnel. L'individu se familiarise ainsi avec de nouveaux modes de souffrances et de nouvelles manière de résoudre les problèmes tels qu'ils lui sont présentés par d'autres participants à ce groupe.

□ **Fonctionnement du groupe**

Un groupe doit maintenir pour chacun de ses membres

- un contact avec la réalité
- des relations inter personnelles
- suffisamment de souplesse pour conduire les tensions interpersonnelles

- un rôle de catalyseur

▣ Objectif du groupe

Le groupe doit pouvoir autoriser le déclenchement d'un processus dynamique qui permette aux membres du groupe d'assumer

- le seuil de réaction à l'angoisse
- les possibilités d'empathie
- la force du Moi
- l'interpénétration des systèmes de défense.

▣ Types de groupes

Plusieurs types de groupes existent: directif, non directif, Balint, psychothérapique, psychodrame, analyse du poste de travail, ...

Ils sont constitués en nombre de personnes, en buts, à tâche, en finalité, en fréquence.

▣ Symbolique du groupe

La personnalité humaine est constituée de telle façon que à côté du Moi existe l'idéal du Moi (source de l'auto appréciation et de l'auto critique).

Dans un groupe social, le chef prend la place de l'idéal du Moi chez chacun des membres du groupe. C'est ce qui explique en définitive la solidarité psychologique qui peut exister entre les différents membres d'un groupe. Le concept fondamental de la dynamique de groupe est la notion de « *champ* » ou « *life space* » (Lewin), c'est-à-dire l'espace où l'on vit, l'environnement en tant que perception et relation.

Sur le plan étymologique, le groupe nous fournit deux lignes de force retrouvées au long du concept de la dynamique des groupes : le **nœud** et le **rond**(racine italienne de « *gruppa* »). Le sens

- premier de « *nœud* » désignant le degré de cohésion entre les membres d'un groupe.
- Le mot « *rond* » lui, ayant désigné très tôt, en français moderne, une réunion de personnes, ou pour conserver la même image, un

« *cercle* » de gens.

Nous pensons que si des nœuds peuvent se faire au sein d'un groupe (multiplication des interrelations), il convient que quand les nœuds se défassent en fin de groupe, le principe et le fonctionnement même du cercle soit maintenu intact (cercle fermé). Par cette remarque nous pensons insister sur la qualité du cercle, lieu idéal de la circulation d'énergie et d'informations entre les personnes.

Le cercle est comme l'anneau, le lieu de l'échange. Si la circulation d'informations y est possible, alors toutes les relations y sont possibles en son sein, comme dans la relation à deux, (couple) pour une circulation d'amour idéale: **⊙**

Mais, quand le cercle ou l'anneau se brise, la circulation devient plus difficile. Il y a alors perte d'énergie et d'informations, jusqu'à interruption de la circulation d'amour : ()

Le cercle ouvert ne présente alors plus que deux possibilités :

∂ concentrique/ « umvelt »/ repli sur soi

⊖ excentrique/ « ausvelt »/ éclatement

Tant que la dynamique systémique vise à reconstruire le cercle et rétablir les échanges d'informations, l'individu ne risque rien car le cercle va garder ses propriétés premières. Par contre, si la rupture est telle qu'elle empêche la remise en questions d'une dynamique relationnelle chez la personne ou dans le couple, le système peut évoluer de deux façons :

- le cercle va se refermer sur lui-même, comme une spirale concentrique (rétraction, implosion, étouffement, souffrances)
- le cercle va s'épandre, comme une spirale excentrique (explosion, morcellement, rupture).

La symbolique de la table est particulièrement illustrative des circulations d'informations et des modes de relations qui s'y passent : Table Eucharistique, table de la chevalerie, table des fêtes de famille). La table est le lieu de la réunion, de la rencontre, et c'est là que s'ébauchent ou se terminent les relations amoureuses, familiales,

professionnelles.

C'est à la table que l'on peut guérir ou tomber malade.

Des signaux de dysfonctionnement peuvent donc apparaître autour de la table comme quitter la table, ne pas avoir faim, aller se faire vomir, crier, se disputer, bouder, avoir le réflexe du micro ondes qui divisent les temps de repas,...)

Tous ces symptômes doivent nous interpeller, interpeller chaque membre du système.

Mais que peut faire un membre du groupe ou le groupe lui-même quand un symptôme de dysfonctionnement est perçu ?

Deux possibilités peuvent se présenter :

- faire réintégrer le système d'origine au membre souffrant.
- expulser du système le membre souffrant.

C'est toute la pensée systémique qui est ici exprimée. La pensée systémique qui ouvre sur les prise en charge de type familiales bien sûr mais également sur les observations des circulations d'informations dans les milieux sportifs et professionnels.

Forme de groupes en kinésithérapie

Il existe trois formes de groupes dans notre activité professionnelle :

- sensoriel
- corporel
- d'expression

Comme leurs noms l'indiquent, ces groupes mettent l'accent sur la conscience physique et l'expression par le mouvement.

L'atelier de créativité s'attache ainsi à l'expression créatrice pensée et spontanée.

Un feed-back est nécessaire sur le matériel employé et sur le matériel projeté (ou construit). Dans le vécu exprimé tout membre d'un groupe doit en effet pouvoir évaluer comment il apparaît aux yeux des autres, quel jugement il a de lui-même et de sa création, comment il assume ses relations interpersonnelles.

La conduite de ces groupes demande une structure préalable, définie dans la conduite, l'organisation et la communication authentique.

Ces groupes doivent toujours être pensés dans un sens pédagogique avec une finalité définie à l'avance. Ces groupes ont leur place dans un fonctionnement institutionnel.

La terminologie

Nous mentionnerons encore trois termes qui jouent un rôle fondamental dans la qualité de toute communication :

- 1. la maturité émotionnelle** : le soignant demeure ici « naturel » dans sa façon d'être. En cela la maturité émotionnelle comprend les capacités d'adaptation du soignant à toutes les situations. Le soignant pourra ainsi à tout moment prendre une décision et juger objectivement toute décision et toute situation.
- 2. l'empathie** : il s'agit d'un fonctionnement d'accompagnement du patient sans identification à celui-ci.
- 3. l'homéostasie** : il s'agit d'une notion d'équilibre qui signifie que, au sein d'un groupe, chaque personne y a une place. En kinésithérapie cette notion est importante notamment lors des séances de relaxation. En effet, il existe un moment d'équilibre propre à chaque groupe, équilibre intérieur au groupe où chaque constituant du groupe est en équilibre par rapport à lui-même et à la totalité du groupe. Ce temps d'homéostasie est un temps d'orientation thérapeutique non négligeable pour des groupes d'évolution (cures, analyse,...)

On comprend mieux que tout ce qui touche à la communication humaine constitue une fonction dynamique. Cette fonction dynamique contribue à l'évolution de la personne pour chaque instant de toute communication

Toutes les applications des systèmes de communication concernent la relation individuelle comme celle de groupe (famille, couple, groupe social,...) où dans ces cas, plusieurs éléments – relations sont possibles entre les personnes et distinctes l'une de l'autre.

Par exemple, pour que un système AB soit en équilibre, on dit qu'il

faut que chaque constituant du système soit en équilibre avec lui-même puis avec l'autre. Il suffit de multiplier les constituants de ce système pour obtenir par exemple, un **groupe**, pour lequel on considère tous les points présentés précédemment.

▫ **En résumé**

La qualité d'observation est une richesse pour le soignant et ce dernier peut en tirer beaucoup d'informations, d'une portée individuelle ou de groupe.

Un kinésithérapeute qui s'intéresse aux options relationnelles dans les traitements peut et doit s'informer de ces éléments de la communication humaine s'il veut être le garant d'une relation authentique et saine avec son patient (nous rappelons une fois encore que le transfert analytique existe tant sur les plans verbal que corporel).

Cette approche de la communication humaine peut être envisagée dans les différents domaines où le kinésithérapeute peut avoir une action: gestion du stress, gestion de phases de jeu en milieu sportif, applications individuelles et/ou de groupes de certaines méthodes de relaxation, dans des domaines professionnels où le **burnout** est important.

La main dans le soin kinésithérapique

Pour terminer ce chapitre sur l'importance du sens relationnel du geste posé en kinésithérapie, il faut parler de la qualité de la main.

La main est avant tout une présence à l'autre.

Quand le poète écrit, « *Ils se regardent du bout des doigts* », on comprend que la main possède un message et une structure qui est propre à chaque individu.

La main est un élément de communication par excellence. Elle est à la fois partie du corps et prolongement du corps. Elle est présence totale dans sa double qualité d' « être » récepteur et émetteur.

La main sert de grille de décodage des affects et des manifestations neuro végétatives. Elle est canal de communication pour donner et pour aider. La main est faite pour rencontrer, pour reconnaître, pour

découvrir, pour donner, pour prendre, pour se protéger, pour agir, pour exister (travail et amour), pour donner la paix.

Le rôle de la main, micro et macrosome du corps, est fondamental dans le geste du soin.

La main « est » dans le geste au nourrisson comme dans le geste au vieillard. La main « est » dans le sens de la présence et de la définition de la rencontre symbolisée dans le mot « ensembles ». Etre deux c'est être ensembles !

La personne malade n'est plus seule et une main peut la guider et l'accompagner. C'est pourquoi le geste de la main doit être revalorisé et purifié dans les gestes techniques des soins palliatifs, dans la présence aux vieillards, dans l'accompagnement des mourants, dans l'aptonomie. La main qui porte en elle toute la structure et l'expérience du soignant doit, dans tout soin, préserver sa symbolique et son sens authentique: **la main est présence et communication**. Jamais le geste de la main ne doit être banalisé.

Cette attention à la protection du geste demande une conscience de tous les instants et un désir du respect de l'autre toujours repensé.

Eclaircissement sur le mot Energie.

Tout d'abord une définition : *l'énergie est une force, une puissance d'action mais aussi une force d'âme. Résolution pour agir. Mais aussi aptitude d'un corps à fournir dans un système donné, une quantité de travail déterminé.* (dictionnaire Quillet de la langue française). Et une autre vision dans le texte de l'Eglise sur l'Esprit Saint (Veni Creator): ... *Eclairez nos esprits de votre lumière, ... soutenez la faiblesse de notre corps par votre incessante énergie.*

La difficulté est de comprendre le concept même du mot et les application qui y sont liées, des application qui relèvent du traitement du corps, de l'esprit mais aussi de l'âme. Car les trois composantes de nos structures ontologiques confirment l'individu dans les recherches des trois énergies fondamentales: jouissance-possession-puissance. Car tout est question d'orientation de ce que l'on appelle le faisceau vital créateur. En effet, à l'origine, il y a le faisceau appelé par certains divin ou énergétique (en lien avec l'électricité et la physique quantique). Ce faisceau va couvrir l'individu tout en l'habitant. D'où l'origine de

cette confusion entre l'habit peau et l'habit de lumière dans la lecture de l'homme. Si l'action thérapeutique veut qu'on libère l'individu de son fond mortifère, il doit lui être permis de remonter à la surface, de se libérer des couches successives de l'habit peau pour retrouver l'habit de lumière afin de rejoindre le champs énergétique originel, celui de notre psycho corporéité alimentée à la source de l'énergie originelle.

Mais attention à notre regard posé sur le patient. Rien n'est à forcer! Car si l'énergie vitale est au départ le moteur de la construction de l'individu, elle se fait en lien avec un entourage, une matrice externe, une évolution psychique individuelle. Reich fut le premier à tenter de débloquent des traces physiques de douleurs psychiques à travers ce qu'il appelait la "cuirasse corporelle". En s'inspirant des thérapies de Reich, Alexander Lowen a mis au point la bioénergie. Il s'agit d'une approche qui conjugue le travail du corps avec celui de l'esprit afin d'aider la personne à la résolution de ses problèmes affectifs afin qu'elle réalise mieux son potentiel de joie de vivre. Reich et Lowen ont développé ces notions chers à Freud, à Yung et aux autres pères. Tout individu en regard de ses expériences, de son passé et de son éducation élabore consciemment ou inconsciemment des mécanismes psychiques et physiques d'adaptation ou de défense. Les anneaux, les arcs de tensions énergétiques créent en effet une cuirasse dite caractérielle où charpente, muscles et pensée se côtoient.

Voilà pourquoi la prudence est évidente dans l'approche énergétique. Ouvrir une cuirasse, un arc, un anneau énergétique, peut entraîner le patient vers des vécus ou des «dérives» intérieures à risques. (c'est le problème des chakras, mot à la mode, désignés comme centres spirituels où se joignent des canaux d'énergie. En ouvrant les chakras où va-t-on si la structure de la personne n'est pas en accord?!) Car l'énergie de l'individu est inscrite dans un cadre d'énergie référentielle plus générale que tout soignant doit connaître et respecter. Oui, respectons donc les anneaux de structure, ces structures de personnalité. De toute façon un patient ne peut aller au-delà d'une certaine limite, une certaine frontière qui lui est propre.

Il faut ainsi posséder l'humilité et la sagesse afin de passer la main à certains moments de la prise en charge vers une prise en charge

psychothérapeutique plus classique si nécessaire en laissant le champs à la parole.

Faut-il redéfinir pour cela les thérapies énergétiques?

Par exemple, de nouvelles techniques comme la “pleine conscience” et d’autres très médiatiques ces derniers temps, n’appartiennent pas au champ psychothérapeutique. Il s’agit uniquement de techniques pour augmenter son bonheur. Il est même probable que beaucoup des techniques énergétiques relèvent de cette démarche simple ; elles ne seraient donc pas psychothérapeutiques.

Il faut donc être très attentif à l’effet mode que l’on retrouve dans toutes ces “thérapies” qui ne sont en réalité que des techniques pour augmenter le confort des personnes

Tant d’approches sont bonnes tant que l’individu est respecté, tant que le soignant sait ce dont il parle et qu’il connaisse ce qu’il induit. “Connais-toi toi-même” afin de lire l’autre.

Les SOMATOTHERAPIES

Le terme “somatothérapies” désigne la pratique généralisée regroupant l’ensemble des techniques corporelles et les multiples facettes du travail psychosensoriel en thérapie.

Par le biais du mouvement, de la posture, du jeu de complémentarité tension-détente, du toucher, de la respiration, des perceptions et des sensations, le somatothérapeute va solliciter la “mémoire” corporelle du patient. Libérer cette mémoire permet d’entrer en relation avec les émotions qui lui sont liées, telles la colère, la peur, la tristesse. Ces émotions refoulées ou non exprimées, issues de traumatismes, s’inscrivent corporellement sous forme de tensions, de somatisations, de maladies et/ou de troubles psychiques. La somatothérapie intègre différentes techniques corporelles afin que le corps associé à la psyché, participe pleinement à notre capacité de compréhension, de verbalisation des émotions vécues. Quand les tensions, les traumatismes

sont soulagés, le corps se libère et retrouve sa forme naturelle, la position retrouve son équilibre, les énergies réparties à travers le corps sont libres de fonctionner et nous pouvons goûter au sentiment d'”être en vie.”

Une autre étape existe de par l'expression verbale de l'émotion vécue comme point d'unification, de réconciliation entre le corps et le mental. A travers un processus de prises de conscience successives, d'acceptation, d'intégration, de lâcher prise et de transformation, la somatothérapie, est une approche thérapeutique qui aide à la résolution du trouble initial et de ses symptômes en soutenant l'individu à se libérer des fausses croyances qu'il de lui-même pour finalement dépasser les conflits intérieurs qui entravent sa liberté d'être.

La BIO-ENERGIE

Méthode d'Equilibrage Energétique qui consiste à faire circuler l'énergie vitale afin de rééquilibrer le corps et l'esprit. Cette approche cherche à dissoudre dans le corps des blocages responsables d'un grand nombre de problèmes physiques et ou psychologiques récents ou anciens afin de prévenir le tomber malade. Détente, respiration, manipulations, équilibrage du corps physique et psychique constituent la trame de la séance. Et si l'approche émotionnelle est trop puissante il faut préserver l'approche psychothérapeute verbale classique.

L'HYPNOSE

Elle peut s'articuler avec une approche par la PNL et l'Enéagramme. Le principe étant de placer le patient au centre du miroir pour qu'il résolve ses propres questions.

Comme on estime que 90 % des comportements se situent hors du champs de la conscience, on va viser à une déprogrammation de l'individu. Car en induisant une nouvelle dynamique, le soignant va travailler l'urgence éventuelle, la modification du comportement et jouer sur le résultat obtenu. L'hypnose permet d'atteindre rapidement un état de conscience modifié entre veille et sommeil, dans lequel la

faculté critique de l'esprit est mise en veilleuse (état naturel que nous retrouvons par exemple lorsque nous sommes absorbé par notre travail, ou au volant de notre voiture, ou par un film,...)

L'hypnose est aujourd'hui reconnue comme thérapie et outil de développement et approche pour de nombreuses applications, notamment dans le traitement du stress (angoisse, phobie, burn-out, trouble du sommeil, etc..).

L'hypnose classique fait référence à une méthode plus directive et la méthode Ericksonienne plus permissive fait appel à ce que l'on appelle les «thérapies brèves».

L'hypnose Ericksonienne «Nouvelle Hypnose» met l'accent sur la relation interpersonnelle patient/thérapeute et sur la coopération consciente que rend possible une telle relation. Un des postulats de base est que chaque personne possède les ressources régénératives nécessaires pour s'en sortir.

Le fait d'aider le patient à entrer dans un état de conscience modifié et élargi, lui permet d'accéder à de nouveaux choix de comportement. L'hypnose Ericksonienne est orientée vers le présent et vers de nouvelles solutions. Elle permet d'atteindre rapidement un état de conscience modifié entre veille et sommeil, dans lequel la faculté critique de l'esprit est mise en veilleuse. Cette technique utilise une approche souple et individualisée ; il s'agit d'être avec le patient afin qu'il découvre activement en lui même les ressources nécessaires à ses changements de comportement et ce dans l'instant présent.

Chapitre VII

Psychopathologie Psychiatrique

Comment se fait-il, demanda-t-on un jour à Rabbi Lévi Isaac de Berditchev, que dans le Talmud de Babylone à chaque traité manque le premier feuillet et que tous commencent à la page 2 ?

-L'homme d'étude, répondit le Rabbi, quel que soit le nombre de pages qu'il aura lues et méditées, ne doit jamais perdre de vue qu'il n'est parvenu encore à la première page. Martin Buber, Récits hassidiques.

□ Définition de la maladie mentale

Pathologie de la vie de relation au travers de laquelle on relève les difficultés d'autonomie et d'adaptation de l'individu.

Il y a actuellement une tendance à orienter ce concept de maladie mentale vers une notion plus élargie, celle non plus de pathologies mais **d'amplification des difficultés psychologiques** propres à l'individu.

La personnalité

La gamme de définition pour ce terme est très vaste. Nous retiendrons essentiellement qu'il s'agit d'une élaboration progressive d'éléments qui aboutit à la physionomie propre à chacun. Les théories les plus récentes reprennent des conceptions telles : la psychanalytique de Freud, les théories dynamiques de la personnalité, les théories stimulus-réponse d'orientation béhavioriste, le phénoménologique de Rogers,

et bien d'autres. Certaines écoles reprennent également les théories constitutionnelles et la théorie psychométrique de Cattell.

Les traitements

○ La psychothérapie

Relation spécialisée où une personne ou un groupe de personnes, présentant une souffrance psychologique, cherche à réaliser un changement. Les méthodes psychothérapeutiques essentielles sont:

- *la thérapie non directive de Rogers*
- *les méthodes cathartiques (hypnose, sophrologie, suggestion à l'état de veille, l'exploration des fantasmes)*
- *la psychanalyse*
- *la psychologie analytique de Jung*
- *les méthodes dérivées de la psychanalyse (Klein, Lacan,...)*
- *les thérapies de groupe*
- *le psychodrame*
- *la thérapie institutionnelle*
- *la gestaltthérapie*
- *les thérapies familiales*
- *les thérapies systémiques...*

Tout traitement envisagé peut stimuler un système dynamique qui anime le psychisme inconscient.

○ Les méthodes d'entraînement (thérapies somatiques)

Ces méthodes se justifient dans une prise en charge devant récupérer la maîtrise d'un psychisme conscient efficace (avec ou sans interférence des troubles neurovégétatifs).

Nous mentionnons les méthodes de relaxation en général, l'entraînement au biofeedback et la thérapie du comportement.

○ La pharmacothérapie

Le kinésithérapeute dans sa pratique professionnelle est confronté

aux effets secondaires, sur le plan physique, causés par l'application de certains traitements pharmacothérapeutiques. Une connaissance des traitements chimiques est donc nécessaire.

➤ Introduction

Les médicaments du cerveau dits « psychotropes » sont utilisés pour supprimer ou atténuer des symptômes ou plutôt une souffrance psychique. Ils agissent en modifiant la chimie cérébrale. Utilisés comme moyen thérapeutique, s'ils sont actifs dans certaines pathologies, ils ne le sont que dans une perspective purement symptomatique. Ces médicaments améliorent certes le vécu des malades mentaux mais ils ne résolvent en rien le questionnement sur la maladie mentale.

Contrairement à ce que le discours de certains psychiatres biologiques purs et durs laisse entendre, aucun médicament psychotrope n'a de spécificité absolue même si l'usage ultérieur les a destinés à des champs nosologiques précis selon les rigueurs scientifiques en cours actuellement.

➤ Les Neuroleptiques

Ce sont des médicaments psychotropes qui doivent répondre à 5 critères d'actions :

- Action psycholeptique (induction d'une indifférence psychique) sans action hypnotique*
- Efficacité dans les résultats d'excitation et d'agitation*
- Action réductrice des troubles psychotiques aigus ou chroniques (délires et / ou hallucinations)*
- Effets neurologiques extrapyramidaux et neurovégétatifs*
- Action sur les centres sous - corticaux prédominants*

Les neuroleptiques ont une action symptomatique mais non curative. Ils ont permis la diminution des hospitalisations et l'accès aux psychothérapies. Actuellement, on insiste surtout sur les trois actions cliniques des neuroleptiques à savoir :

- Effet angoxytique : diminution de l'angoisse psychotique*
- Effet psychoréorganisateur : restauration de l'unité psychique*
- Effet thymoleptique : réduction de l'exaltation de l'humeur.*

➤ Hypnotiques et anxiolytiques

Les benzodiazépines : ont pour principales indications des tableaux cliniques dominés par l'anxiété : troubles anxieux généralisés, trouble panique avec ou sans agoraphobie, phobie sociale, trouble de l'adaptation avec anxiété.

Les benzodiazépines sont également indiqués dans les troubles du sommeil de nature passagère (vie quotidienne, travail, famille,...)

Les benzodiazépines (à longue demi-vie) s'utilisent en outre à titre thérapeutique et préventif dans le sevrage alcoolique.

Les effets secondaires : la sédation (le plus fréquent), étourdissements, somnolence, diminution des prestations intellectuelles et motrices.

➤ Régulateurs de l'humeur

Le lithium est prescrit comme traitement prophylactique des troubles bipolaires de type I et dans diverses autres indications (dont l'épisode maniaque aigu accompagnant le trouble bipolaire de type I, le traitement par augmentation de la dépression réfractaire, la schizophrénie, le trouble schizo -affectif et le trouble explosif intermittent)

Les effets secondaires sont nombreux physiques et centraux.

➤ Antidépresseurs

Les antidépresseurs ne servaient initialement qu'à traiter les troubles dépressifs. Au fil du temps leur emploi s'est étendu à d'autres tableaux cliniques (dont le trouble panique, le trouble obsessionnel - compulsif, la phobie sociale, le trouble anxieux généralisé, l'état de stress post-traumatique, la boulimie et le syndrome prémenstruel.)

Différentes classifications facilitent le choix parmi l'offre énorme d'antidépresseurs. Ces classifications se fondent notamment sur la structure chimique des produits

(tricycliques, tétracycliques), le moment de leur mise au point, (première, deuxième et troisième génération) et leur effet activateur ou sédatif.

➤ La prescription des psychotropes chez les sujets âgés

La prescription des psychotropes aux personnes âgées ne cesse

d'augmenter.

Les neuroleptiques : dans les cas de agitation, syndrome confusionnel, état démentiel, mélancolie agitée.

Les antidépresseurs : dans les cas de tristesse, chagrin, état dépressif secondaire à une affection psychiatrique somatique ou d'origine iatrogène.

Le Lithium : dans les cas de maniaco - dépression et la schizophrénie dysthymique.

➤ **Grossesse, troubles psychiques et psychotropes**

La grossesse représente un moment de fragilisation potentielle pouvant aboutir à des compensations psychopathologiques d'expression symptomatique variable. Dans ces différentes situations, la prescription de psychotropes peut s'avérer utile voire nécessaire.

Les patientes psychotiques enceintes représentent à priori un groupe à risques.

La grossesse ne protège pas de la dépression unipolaire.

Les attaques de panique sont parfois améliorées pendant la grossesse.

La survenue des troubles obsessionnels compulsifs est quant à elle augmentée.

➤ **Situations médicales particulières**

Les prescriptions médicales seront adaptées dans les cas suivant :

Patient délirant agité, patient agité et confus, patient alcoolique agité, sevrage alcoolique, antabuse, sevrage aux amphétamines, sevrage aux opiacés, sevrage aux benzodiazépines.

Les maladies mentales

Tenant compte des différentes écoles et tendances pour la classification des maladies mentales, nous renvoyons le lecteur aux manuels de référence : Hey, Ajuaguerra, Deniker, Ellenberger- D.S.M. IV.,...

□ **L'âge avancé**

Le corps du vieillard

Plusieurs études ont abordé la notion d'image corporelle chez la personne âgée. L'atteinte de cette image y apparaît plus apparentée à l'implication de troubles somato gnosiques que à des éléments psychologiques associés au vécu corporel. Une explication de l'augmentation de la somatisation à l'âge avancé s'explique par le fait que la personne se sent diminuée, anxieuse, face à des sensations de dépersonnalisation, de morcellement, de pertes d'objet (habitat, conjoint, famille). Une autre explication de l'augmentation de la somatisation réside dans le fait que la personne peut déplacer un conflit d'un niveau idéique à un niveau somatique. Ainsi, on dit que la somatisation de la personne âgée peut traduire l'organisation défensive et narcissique du Moi ou bien représenter un choix défensif plus ancien. La démentalisation devient un mode de régression et le corps devient un lieu et un acteur de la sphère mentale.

Les troubles somatiques sont nombreux et liés au vieillissement corporel : troubles des sphincters, du métabolisme, de la neuro régulation, troubles sensori-moteurs.

Mais il est possible que l'énergie déployée pour investir des activités mentales s'épuise et qu'il n'y ait plus d'activités de représentation possibles. (le corps peut alors se figer et devenir un lieu inhabité : le corps est dit : mourant)

Le troisième âge peut être apparenté à un temps crépusculaire, une sénescence équivalente de la nuit. Même les vieillards les plus « beaux » n'échappent pas à ce que le Prophète écrit : « *Sans beauté ni éclat pour attirer nos regards, objets de mépris, abandonnés des hommes* » (Is. 53, 2-3).

Des dépressions peuvent se présenter de manière déficitaire (observées chez des patients atteints de démence) et de manière atypique (plus difficiles à cerner) .

En effet des dépressions atypiques peuvent passer à bas bruit (manifestation somatique, régression, opposition à l'expérience dépressive).

C'est pourquoi un diagnostic médical précoce est nécessaire devant des phases d'agitation, des idées hypochondriaques, des pertes d'intérêt.

□ **La névrose d'angoisse**

L'angoisse extérieure est anticipative, traumatique. Elle module les défaillances du Moi. Multiforme, cette névrose regroupe un cortège de manifestations de la crise de panique à la névrose cardiaque et d'autres appels à la difficulté de vivre.

□ **Trouble hystérique de la personnalité**

Animée par le conflit œdipien, cette névrose est cristallisée au niveau du corps. On parlera de névrose hystérique et de personnalité hystérique.

La parole donnée au corps prend ici une coloration narcissique. Les signaux corporels sont nombreux. Nous retiendrons des manifestations plus particulières comme l'amnésie, la mythomanie, la théâtralisation, l'immaturité affective.

□ **Les états dépressifs**

Ils s'expliquent par une diminution des activités mentales et physiques. Les déprimés se caractérisent notamment par un accroissement des mouvements d'auto - contacts (comme s'il s'agissait de gestes régressifs, de réconfort exprimant le manque d'aise et d'assurance). On dit que le déprimé est habité par une réponse physique et mentale.

Le classement des états dépressifs relève du parcours du combattant. Il faut tenir compte des critères culturels, génétiques, familiaux.

A-t-on à faire à une dépression réactionnelle, constitutive, névrotique, mélancoliforme ?

Pour le kinésithérapeute, ce qui est le plus intéressant à observer, c'est le champ de vie relationnelle réduit que l'on trouve chez les patients dépressifs. Les éléments les plus représentatifs de la réduction de ce champ de vie relationnel sont :

- l'apathie locomotrice (ou activisme le cas échéant)
- le tonus basal modifié
- la dévalorisation des fonctions relationnelles (mimiques, attitudes,

discours). L'aspect du visage du déprimé est ici très important à observer.

- l'imagination, la créativité, l'hygiène, l'esthétique corporelle sont des points de vie fortement diminués.

C'est pourquoi une norme thérapeutique de base nous fait dire que tout geste, tout mot émis, dans un champs relationnel défini, est déjà en soi un élément thérapeutique.

□ **Les états limites**

La catégorie des états limites pose des problèmes révélateurs des rapports de la nosographie et de la psychopathologie. Il est de fait actuellement que cette catégorie tend à grouper les cas qui échappent à la classification nosographique et mettent en échec une différenciation celle des névroses et des psychoses.

□ **L'épilepsie**

Toutes les épilepsies ne se ressemblent pas. Le développement de l'épileptologie a donné lieu à plusieurs classifications. La ligue internationale contre l'épilepsie a proposé une classification des crises en 1981 et des syndromes en 1989. L'interprétation d'un trouble épileptique est loin d'être simple. Il fait tenir compte des rôles respectifs de l'hérédité, la lésion, la crise, le traitement, l'environnement familial et professionnel. Dans les cas de traitement à apporter pour des troubles psychiques de l'épilepsie, il faut d'abord qu'un rappel cursif et synthétique de la partie « neurologique » de l'affection (crises, syndromes, examens complémentaires, traitements) soit fait pour resituer ces troubles psychiques dans leur contexte. L'objectivation d'un trouble avec son comportement souvent hystrionique n'est pas toujours en effet évident.

Pour plus d'approfondissement nous renvoyons à des littératures

spécialisées de chaque aspect de l'épilepsie.

□ **Les états périodiques maniaco-dépressifs**

Ces états s'expliquent par la courbe endogène cyclothymique.

Alternativement ou exclusivement, les patients peuvent présenter des accès maniaques ou mélancoliques.

Ce trouble fondamental de l'humeur est un état où toute forme d'expression ou tout type de comportement est excessif. Le panorama des illustrations passent de l'euphorie à la tristesse, de l'hypomanie à l'agitation, de la mélancolie à la phase maniaque.

Dans chacun des états de crises, nous assistons à une modification de la qualité de la psychomotricité.

(on parle de thymie modifiée liée à l'humeur).

Le kinésithérapeute sera attentif au discours du corps dans la phase mélancoliforme de la dépression et des troubles hypochondriaques associés (éléments de contre indications dans l'application de certaines méthodes d'introspection).

□ **Les phobies**

L'angoisse perçue est liée soit à des situations données, soit à des objets (lieux, personnes , animaux,...)

On parlera de phobies des espaces, des microbes avec ou sans rituels.

□ **La névrose obsessionnelle**

L'anxiété est canalisée vers des comportements spécifiques qui peuvent suffire à chasser du champ de la conscience le conflit de base.

Quand ces malades sont empêchés d'exécuter leur rituel, on constate qu'ils vivent une angoisse intense qui n'était que dissimulée derrière le symptôme. On y trouve des obsessions intellectuelles (folie du doute) , émotives (phobies) et de pulsions (impulsions).

L'énergie vitale est employée pour lutter contre les craintes imaginaires.

L'image de soi est déstructurée et souvent le corps de ces patients est lent, rigide, défendu. L'agressivité contenue est importante car le patient se trouve souvent en situation de conflit entre son vécu et sa culpabilité.

□ **Les états psychotiques**

Les états délirants développent des thèmes ondulatoires confusionnels, aigus, paranoïaques, hallucinatoires, schizophréniques.

Ces patients présentent une sensibilité exacerbée expliquée par leur défense constante contre les événements de la vie. Tous ces événements ont une signification menaçante sur l'intégrité psychique et corporelle. Ces malades se sentent menacés dans leur identité fonctionnelle et corporelle. Tout leur vécu peut être dispersé au gré de pulsions inconscientes. C'est pourquoi nous serons attentifs aux temps de morcellement de l'image du corps (dissociation, confusion, destruction).

Dans la communication avec ce type de patients, l'aspect infra Verbale nous apparaît très important.

□ **Les personnalités psychopathiques**

Ces types de comportements rassemblent, dans des proportions variables, l'inadaptation à la vie sociale, le passage à l'acte, l'instabilité caractérielle (avec ou sans troubles psychiatriques associés, psychotiques, pervers, toxicomaniaques).

Le comportement individuel est souvent inadéquat par rapport aux lois et aux buts de la vie sociale.

Aggressivité, intolérance à la frustration, difficulté à mener une responsabilité, sont des conduites régulières du comportement liées à des traits de personnalité et parfois même à un problème social.

□ Les troubles des conduites alimentaires

*L'intérêt pour les troubles du comportement alimentaire ne cesse de s'accroître. Cet engouement reflète probablement l'accroissement de fréquence de ces affections qui concerne surtout les formes associant la **boulimie** à l'**anorexie**, et plus encore le caractère provoquant et paradoxal de ces conduites.*

*L'**anorexie mentale** demeure à bien des égards une énigme qui fascine et irrite, et plus encore nous interroge quant aux rapports de l'homme avec la mort et quant à ses capacités de s'autodétruire. De telles conduites résonnent comme une interrogation sur le type de société dans lequel nous vivons, et ce d'autant plus que l'augmentation de fréquence de ces troubles est parallèle au niveau d'occidentalisation du mode de vie d'une société qualifiée de « société de consommation. » Ces troubles de conduites alimentaires se situent à un carrefour entre la psychologie individuelle, les interactions familiales, le corps dans son aspect le plus biologique et la société en général. Une pathologie essentiellement mentale peut ainsi avoir des conséquences somatiques graves qui à leur tour retentissent sur l'état psychique et contribuent à entretenir le trouble. En cela, ils apparaissent comme un modèle possible des enjeux de l'adolescence et plus particulièrement sous l'appellation des conduites d'addiction ou de dépendance.*

L'anorexique exerce sur le corps une sorte de contrôle mystique qui l'éloigne autant que possible du corps maternel. Ce type de malade « hésite » entre la névrose et la psychose pour s'accomplir.

Nous devons savoir que l'aliment joue un rôle sur trois plans :

- 1- physique
- 2- culturel
- 3- libidinal

L'aliment joue ainsi un rôle purement symbolique, appelé transitionnel, par lequel s'exprime la relation pathologique. De toute façon chaque patient est à considérer individuellement, au cas par cas .

Dans la prise en charge kinésithérapique, la découverte du corps et de ce qui s'y passe (et dans les relations à l'autre), constitue une prise de conscience du vécu corporel individuel (particulièrement de l'état tonique au sein du dialogue corporel).

□ **L'alcoolisme**

L'alcoolisme est une conduite proche des déséquilibres psychiques. Cette conduite peut se présenter avec ou sans dépendance physique. De toute façon un panorama psychosocial névrotique voire culturel entre en ligne de compte dans l'histoire de la maladie.

Il est important de connaître l'existence ou non d'une dépendance physique et/ou psychologique de l'individu à l'alcool.

Le contexte étiologique va permettre de son côté d'évaluer l'élément psychologique déterminant (alcoolisme d'entraînement, de compensation, toxicomaniaque progressif) afin d'y lire ou non une structure de personnalité particulière.

En effet, il n'existe pas de portrait type de patient, comme une correspondance à une structure pré établie constante.

Dans notre relation avec ce type de patient nous désirons dépasser toute forme de relation anticipée négative qui peut amener des sentiments de culpabilité, d'infériorité ou de passivité chez le patient.

Un cadre de prise en charge stricte est nécessaire ainsi qu'une analyse régulière de la situation empathique afin de mener à bien une bonne prise en charge.

Dans ce type de pathologie, nous retiendrons quatre points importants :

1. l'immaturation affective
2. la dépendance

3. l'agressivité

4. l'angoisse

□ **Les toxicomanies** (ou pharmacodépendances)

Elles sont le plus souvent associées à un problème psychique voire socio - culturel. On relève que des facteurs psychopathiques peuvent intervenir en regard du milieu extérieur mais aussi du produit consommé. Ainsi sur le plan psychopathologique, la toxicomanie, qui peut constituer soit une maladie, soit un épisode particulier, présente une photo propre au sujet (composante schizoïde, dépressive, agressive...)

Comme pour la prise en charge des sevrages alcooliques, nous serons attentifs au discours du patient sur ses perceptions corporelles. Des troubles du schéma corporel peuvent apparaître. Les plaintes corporelles peuvent être nombreuses et liées particulièrement aux douleurs musculaires (crampes, tensions « explosives »).

□ **Les états d'arriération**

Ils se retrouvent dans les insuffisances congénitales du développement mental (développement qui se fixe à un stade plus ou moins déficitaire). Ce déficit est difficilement quantifiable. Des facteurs extérieurs (socio - culturels) et des facteurs intérieurs (biologique, organique, test) font qu'une classification précise du degré d'arriération mentale et du niveau de fonctionnement professionnel et social est variable (A. P. A. - O. M. S... Retenons l'influence des problèmes émotionnels auprès de ces états d'arriération qui sont, plus est, passibles de désordres psychiatriques.

Chapitre VIII

Kinésithérapie des affections relationnelles

C'est moins le discours du patient que ses fantasmes qui est le révélateur de sa problématique consciente et inconsciente. Ainsi, l'analyse des fantasmes qui se trouve liée aux attitudes et aux expressions corporelles a permis l'élaboration de techniques particulièrement intéressantes. S. Freud.

A - Définition

C'est une approche, une sensibilisation, une éducation, une analyse du corps de l'autre, par des moyens passifs ou dynamiques, verbaux ou non verbaux . Les moyens employés reprennent la connaissance des systèmes

relationnels propres aux théories de la communication.

Les techniques envisagées permettent de mettre en évidence l'aspect relationnel psycho corporel de la prise en charge.

Il ne s'agit pas de stimuler ou de détruire, mais bien de réorienter la fonction du désir. Il est important de rendre à la personne une mémoire bienheureuse hors de l'oubli. La personne doit être réorientée dans le réel d'une façon harmonieuse (harmonie entre l'essentiel et l'existentiel).

C'est dire le fonctionnement dynamique du kinésithérapeute à la fois pédagogue et thérapeute, toujours empreint d'humilité et de discernement. C'est pourquoi nous insistons sur une formation spécifique du kinésithérapeute en psychiatrie et/ou en médecine psychosomatique, dans la pratique sportive et dans l'approche du poste de travail.

Cette formation peut être envisagée dans le cadre de la relation clinique, de la supervision individuelle et de groupe, de la formation psychothérapique individuelle ou de groupe, de la relaxation psychanalytique, des groupes Balint, de l'analyse corporelle, de la guérison intérieure,...

B - Rôle du kinésithérapeute

La kinésithérapie en pathologies relationnelles trouve ses applications dans des domaines variés comme le milieu institutionnel, le milieu clinique, les centres spécialisés, les écoles d'enseignement spécial.

Le rôle et la fonction du kinésithérapeute sont répondeurs du système thérapeutique rencontré et du fonctionnement personnel du kinésithérapeute à savoir :

- la compréhension des théories de la communication
- l'observation du non verbal
- l'élaboration d'un langage commun dans la perspective d'un travail d'équipe

Le kinésithérapeute va donc essayer d'aborder, dans les faisceaux de la communication humaine, le corps désinvesti, souffrant, morcelé. Cette approche peut se réaliser très tôt dès la prise en charge en passant par l'observation pour établir un programme de soins adéquat (importance d'établir une batterie d'observation et de bilans pour évaluer l'état moteur du patient et réaliser ainsi un programme de réadaptation).

Il faut savoir que le corps du patient exprime toute forme de souffrance lié à la pathologie.

En effet, toute émotion « dissimulée » apparaît dans des micro expressions du corps.

Le kinésithérapeute dans l'option relationnelle va donc être amené à travailler dans le temps. Son travail commence dans l'ébauche de la relation verbale et/ou non verbale et il ne se termine que quand le patient réussit à assumer son autonomie et présenter un bien être psycho corporel. Il nous semble aussi important de signaler l'importance de la situation d'intimité. En effet, quand nous demandons au patient de se dévêtir, nous ne savons jamais à l'avance comment ce dernier va pouvoir assumer affectivement et émotionnellement la situation de nudité. Le corps de la personne est mis sous le regard de l'autre et cette symbolique peut être liée à une histoire difficile voir perturbée.

Le geste kinésithérapique doit donc être et demeurer un geste respectueux de cette difficulté et notre regard posé doit être un regard neutre.

Dans cette présence respectueuse, la main qui touche ne sera jamais un acte banalisé.

C - Champs d'action de la kinésithérapie

Quelques points importants doivent être donnés pour illustrer le champs d'action du kinésithérapeute face à son patient :

- Etablir une relation de confiance qui soit toujours bien reconnue par le patient pendant toute la durée du traitement
- Maintenir un climat positif pendant le traitement pour favoriser toute guérison. Le climat montre ainsi au patient que son épreuve a une limite dans le temps et dans l'espace
- Considérer l'épreuve du patient non pas dans l'ensemble des jours passés à souffrir mais dans la quotidienneté de l'épreuve
- Toute souffrance comme toute épreuve que vit le patient

peut nous éduquer. Cela revient à dire qu'il ne faut pas considérer le patient comme un cas strictement pathologique

- Sentir ce qui est bon pour le patient. C'est en quelque sorte la voie pour avoir, garder, une attitude juste dans le traitement (ce qui paraît « bon » pour le patient ne l'est pas nécessairement pour nous)
- S'adapter régulièrement aux besoins du patient. Il s'agit d'être attentif à tout signe d'amélioration en considérant ce signe comme une étape dans une succession de temps.

D - Les techniques

▫ Les techniques traditionnelles

Elles respectent la pathologie médicale. Toutefois, les techniques douces comme la mobilisation passive s'inscrivent au même titre que les gymnastiques de type de rééducation dans le cadre du traitement individuel.

Nous sommes prudents dans l'indication de la vibrothérapie et de l'électrothérapie (un symbolisme relationnel de type magique peut être vécu par certains patients.)

▫ L'hydrothérapie

Cette méthode prépare le patient d'une façon douce à des traitements de lombalgie, dorsalgie, migraine (massage général sous eau). Le côté médiateur de l'eau joue un rôle très important comme support relationnel auprès de certaines personnes.

Pour certaines pathologies, ces séances peuvent s'inscrire dans des moments de régression et peuvent être préparatoires à une approche de détente.

La gymnastique dans l'eau, le « stretching », le jeu, ont également une place importante dans la progression de certaines prises en charge. (« *Sur le rivage de mondes sans fin, des enfants jouent* » Tagore).

▫ Les enveloppements humides (*Packs*)

Nous pouvons employer les enveloppements humides dans certaines

prises en charge de patients alcooliques ou toxicomanes, particulièrement en début de traitement et dans les hospitalisations à contrat. Ces techniques sont à considérer avec prudence dans certaines pathologies plus psychotiques ou dites états - limites. Le « *pack* » est une technique soignante avant tout.

Au-delà de l'acte d'activation du phénomène corporel qu'il représente, le « *pack* » est avant tout une possibilité d'écoute de la parole et du silence du patient.

▫ **Le massage**

Avec le massage, dialogue mains - corps, peau à peau, nous recherchons l'établissement d'un style de communication plus archaïque du genre fusionnel qui, dans certains cas, prend une valeur symbolique. Le massage peut ainsi produire un bien-être chez le patient mais aussi entraîner un rejet de la communication.

L'établissement d'une relation par le massage prend le sens de l'établissement d'un dialogue, d'une communication non verbale. C'est en partant de la situation régression - dégression maintenue dans des normes acceptables que nous pouvons évoluer dans un sens thérapeutique.

Les indications de massage sont parfois mesurées comme dans certains états limites mais elles trouvent toute leur importance dans la dépression, certaines névroses d'angoisse, les phases de sevrage, dans la conscientisation de méthodes de détente, la reconstruction de corps souffrant. Certaines méthodes d'approche par le toucher, comme le massage psycho – sensoriel, ont leurs indications et leurs contre-indications.

▫ **Les techniques psycho – motrices**

Les méthodes de psycho motricité d'une façon générale apparaissent comme des supports relationnels en vue d'aborder l'individu dans son ensemble. Les buts recherchés dans l'action motrice visent à développer l'autonomie et le processus moteur dynamique. Toute action motrice ne trouve son sens que dans la mobilisation des structures émotionnelles, mentales et motrices de l'individu.

Il n'est pas facile de parler de la psychomotricité. Un grand nombre d'auteurs dont Alexander, Scheleen, Romain, Camusat, Orlic, Le

Boulch, Pic, Vayer, Jacobson, Bobath, Winthrebert, Orff, Dalcroze, Kodaly, Martenet, ont apporté un esprit personnel dans l'approche des techniques qu'ils ont établies en deux groupes :

- Les techniques psychomotrices **éducatives** : celles qui interviennent dans le processus normal d'acquisition de l'individu. Dans ce sens, elles visent à épanouir au mieux l'individu tout en tenant compte de ses possibilités et de ses limites
- Les techniques psychomotrices **rééducatives** : celles qui sont appliquées comme thérapies et qui dans ce sens, tentent par une approche thérapeutique et pédagogique spécifique passagère, d'aborder les facteurs qui perturbent l'évolution normale de l'individu ainsi qu'à ramener le processus évolutif du comportement à une situation de normalité.

□ **Les aspects de la psycho – motricité**

1- Le schéma corporel

De nombreuses définitions de cette notion ont été données par Ajuaguerra, Piaget, Le Boulch, Bergès, Mucchielli.

La terminologie en soi se présente de plusieurs façons. On parle de schéma corporel, de modèle postural, d'image du corps. Nous retenons que les problèmes posés par une mauvaise installation de cette structuration corporelle se remarquent aussi bien chez le handicapé mental que chez l'adulte. Les problèmes principaux relevés se subdivisent en trois formes de troubles qui ont rapport avec la bonne ou la mauvaise relation de la personne avec elle-même et avec le monde extérieur :

- les troubles de la perception
- les troubles de la motricité
- les troubles de la relation avec autrui

Sur le plan de la pratique, les exercices tentent à amener le patient à définir son corps par rapport à l'extérieur, à comprendre la sensation d'unité corporelle et à percevoir la disponibilité des segments du corps. Les exercices portent sur des activités de la masse corporelle et de déplacement, du relâchement musculaire et de la structuration spatio temporelle.

Le vécu corporel, la qualité du jeu personnel et l'importance du langage

lors de l'activité sont des points importants de l'observation.

2- Le rythme

Il s'agit d'une structuration de phénomènes qui se déroulent dans le temps . Le rythme est spécifique à chacun d'entre nous. La structuration du rythme dans notre éducation détermine à travers le temps (durée et structuration temporelle), l'espace (forme et amplitude), la bonne ou la mauvaise harmonie d'un mouvement.

Un bon mouvement est celui qui se traduit par une continuité harmonieuse liée à une bonne structuration dans le temps. Une réalisation motrice réussie trouve effectivement une correspondance dans une parfaite synchronisation sensori motrice. La bonne acquisition d'un rythme permet un meilleur apprentissage moteur . Aussi, cette perception temporelle est-elle déterminée par trois niveaux d'actions :

- Le corps vécu : on s'intéresse à la perception globale de l'individu avec un ajustement corporel libre
- La perception fine : on étudie les durées, les structures rythmiques, les sonorités particulières liées à certains instruments de musique
- La représentation mentale : elle porte sur la mémorisation d'un air, d'un rythme ; l'étude de la cadence puis la reproduction motrice associée aux phénomènes sonores

Le travail du rythme comporte des exercices globaux et dirigés sur fond musical ainsi que des exercices d'expression libre (expression corporelle, rythme et structures rythmiques).

3- La structuration spatio temporelle

Cette terminologie reprend l'étude de l'orientation générale dans l'espace et dans le temps . Etant donné que le schéma corporel et l'image du corps se structurent et se modifient continuellement en regard l'un de l'autre, il est important d'aborder dans un premier temps le schéma corporel par des situations vécues et senties d'une façon dynamique.

En général, les perturbations liées à cette étape s'inscrivent et se retrouvent dans l'histoire de la personne. Pour travailler cette structuration spatio temporelle, nous considérons trois niveaux

d'action :

- Le temps et l'espace vécu : ici la notion de vécu est primordiale parce que tout se passe au niveau de l'expérience immédiate
- L'espace discriminé : il explique le stade de la discrimination perceptive de l'espace
- La représentation mentale : elle correspond à la véritable structuration spatio temporelle. C'est le stade de transposition des notions d'orientation et de temps

Dans la pratique, nous proposons des leçons avec des exercices de déplacements simples, de reconnaissance du lieu, de déplacement orienté dans un espace donné, d'occupation d'un espace, d'orientation spatiale, d'organisation spatiale, d'organisation spatiale du temps, de représentation mentale de l'espace et du temps, enfin des exercices qui considèrent la vitesse d'exécution et de déplacement.

□ **Le bilan kinésithérapique** (fiche du dossier kiné)

C'est toute une gymnastique de notre faculté d'observation intuitive et maturationnelle qui nous est demandée dans l'élaboration d'un bilan kinésithérapique. Il est important, pour le kinésithérapeute, de pouvoir présenter un bilan d'observation de son patient afin de l'inclure dans le dossier médical. Beaucoup d'éléments de type subjectif constituent l'élaboration de ce bilan. Il fallait donc articuler des données subjectives avec les scores chiffrés de bilans objectifs.

La fiche proposée permet de réaliser une vue d'ensemble de la dynamique psycho-corporelle à un ou à des moments d'une hospitalisation ou de tout autre moment d'une prise en charge.

Nous divisons la fiche de bilan ci-dessous en trois parties

- 1 -Le bilan objectif
- 2 -La gestualité et le comportement
- 3 -La communication

Le bilan objectif	Gestualité et comportement	Communication
Processus de production du Handicap -Défiscience (lésionnel) -Incapacité (fonctionnel) -Désavantage (situationnel)	Biomorphisme : -Chaînes post./ant./lat. -Typologie -Dynamique -Inhibition/repli/umvelt -Déshinhibition/ouvert/ausvelt	Qualité du dialoguetonique -contrôle gestuel -contrôle de la parole -contrôle du silence

--	--	--

▣ **Explication de la fiche de bilan.**

1. Le bilan objectif

- Le processus de production du handicap : inspiré du travail de P. Fougeyrollas, ce processus existentiel analyse la déficience (aspect lésionnel d'un handicap), l'incapacité (l'aspect

fonctionnel d'un handicap) et le désavantage lié au handicap (l'aspect situationnel).

Nous le cotons en oui ou en non.

- Le comité international des déficiences, invalidités et handicaps (CIDIH), nous permet d'évaluer l'intégration d'une personne ou son inadaptation (liée au système anatomique), la capacité ou son incapacité fonctionnelle (liée aux aptitudes), puis la validité ou le handicap (lié aux facteurs environnementaux).

Cotation : Nous prenons comme critère de cotation oui ou non.

- Le Quotient Moteur (voir explications en pages suivantes)
- Le Bilan Fonctionnel (idem)
- L'Expérience Motrice (idem)

2. La gestualité et le comportement

Nous regroupons, dans ce secteur, toutes les notions que nous lions à notre observation du patient (aspect, forme, couleurs, attitudes).

- Le biomorphisme :

Nous distinguons la lecture des chaînes musculaires de Madame Struyf (antérieures, postérieures, latérales), la typologie (Scheldon, Krechmer), la dynamique (notions reliées aux grilles d'observation psychomotrice).

Cotation : indiquer le type observé.

- La sphère des cinq sens :

-Le regard : franc, posé, fuyant, scrutateur, vide, qui traverse.
Y a-t-il un contact visuel avec le patient ou non.

-L'écoute : attention, mouvement associé à l'écoute.

-Le senti : sentir les choses, les reconnaître (au propre et au figuré)

-Le goûté : activité de la sphère buccale, goûter (au propre et/ou au figuré)

-La qualité de la peau : couleur, texture, température

-**Non verbal** : nous ajoutons une observation de l'activité non verbale à l'observation des cinq sens. Nous distinguons dans le non verbal :

A) les illustateurs (bâtons, idéographes, marqueurs spatiaux, kinéto-graphes, pictographes).

B) Les adaptateurs de soi : auto contact, mouvements autistiques, de l'autre (caractère des échanges qui peuvent influencer un comportement)

- La position de la tête : être vu, être lu, détournement de profil, position d'assentiment, position timide, inclinée...

□ Cotation pour a, b et c, le mouvement représentatif.

- Le visage : l'expression du visage est une lecture à livre ouvert. On utilisera pour cette lecture trois thèmes :

a) les actions instrumentales : mouvements des lèvres, jeu des sourcils

b) les actions emblématiques : mouvements qui composent des signaux de la conversation comme clin d'œil, froncement des sourcils.

c) Les phénomènes affectifs : le sourire, le rictus, les tics, l'aspect général.

□ Cotation : un mouvement représentatif.

- La régression : il est important de situer le niveau de régression (attitude générale, position de la tête, jeu des mains, balancements, jeux avec les cheveux).

On se questionne sur le « jusqu'où puis-je autoriser une régression ? ». Le symptôme régressif doit être un élément conditionnant la phase de dégression (dynamique du mouvement de retour).

□ Cotation : le sens de la flèche est marqué d'un pourcentage estimé. On signale le symptôme régressif par un mouvement représentatif.

3. La communication.

- La qualité du dialogue tonique : trois thèmes

1) On estimera la qualité du contrôle gestuel que le patient présente par rapport à son activité motrice et par rapport à l'autre.

2) On estimera la qualité du contrôle de la parole où la voix et le discours sont étudiés (rythme, intensité, débit, qualité) par rapport au message

exprimé par la patient lui-même ou le contrôle qu'il a par rapport à son propre discours et à l'autre.

3) On estimera la qualité du silence (temps d'arrêt, durée) que le patient glisse dans la communication verbale et par rapport au temps de silence de l'autre.

□ Cotation : un mouvement représentatif par thème.

○ Présence et mouvement : trois thèmes.

On estimera la qualité de la présence à l'autre dans ce qui se lie au geste locomoteur (mouvement d'aller, de retour, cadence, arrêt, rythme).

1) voir la qualité de la gestion du mouvement (inertie, emballement, déplacement, stupeur)

2) voir la qualité de l'éveil (élan, démarrage, frein, arrêt)

3) voir le contrôle locomoteur (instabilité psychomotrice, stabilisation rythmique)

□ Cotation : décrire l'action.

○ Contenant : contenu dans la communication verbale.

Ce sont des paramètres de la qualité des formes de la communication qui sont repris ici. A savoir :

- émetteur-récepteur
- contenant-contenu
- acceptation-rejet
- transfert-contre-transfert
- attitude-contre-attitude

□ Cotation : le mouvement significatif

○ La formulation intégrée

On évalue si les consignes pédagogiques et méthodologiques sont comprises oui ou non (et ce, jusqu'à l'intégration de celles-ci). Il faut prévoir des adaptations dans le déroulement des consignes si cela s'avère nécessaire.

□ cotation : Modification possible, expliquer. Positivation : nous devons évaluer si des consignes comportementales sont intégrées (positivation des actions progressives sur une journée) (coter en oui ou en non)

- L'harmonie des cinq sens

Évaluer si la communication verbale et non verbale s'inscrivent dans un développement associatif des cinq sens.

1) coordination de la symbolique :

Voir si la symbolique est exprimée en termes de reconnaissance, prise de conscience, autocritique.

Cotation : le mot significatif.

2) aspects de la sémantique :

Évaluer les aspects du discours dans la sémantique employée, la qualité, la représentativité, l'illustration.

Cotation : le mot indicatif.

3) coordination dynamique générale.

Évaluer les synergies de la communication verbale et non verbale pour la représentation d'une action ou d'un thème.

Cotation : oui ou non.

- La mémoire organisationnelle

Les trois étapes du développement de cette mémoire sont présentées par ordre d'acquisition assimilation-reconnaissance-rerproduction

Cotation : oui ou non.

- La dynamique de groupe

Évaluer l'intégration de la personne au sein de situations groupales.

Cotation : oui ou non.

- La catatonie

Voir si l'inhibition motrice exprimée est représentative d'un type de relation (relation interpersonnelle particulière).

Cotation : oui ou non.

- **L'évaluation motrice**

Il est important d'obtenir une image motrice d'un patient à un moment donné de son histoire.

La littérature en dehors de tests psychomoteurs ne donnent pas beaucoup d'exemples d'évaluations motrices en psychiatrie adulte. Van Rosenthal a proposé dans les années

septante, une observation de groupe et de l'individu au sein de ce groupe.

Toutefois nous préférons l'observation d'un individu isolé faite en début de prise en charge.

Nous avons ainsi établi une évaluation motrice afin de mettre sur pied un programme de rééducation et surtout de fournir un élément concret à inscrire dans le dossier médical suite à une observation kinésithérapique quantifiée.

Cette évaluation d'un quotient moteur consiste en un passage de différents exercices répertoriés en différentes classes motrice et psycho motrice : coordination, synchronisation, déplacement, équilibre, reproduction spatiale, écoute rythmique, adresse, vitesse, indice cardiaque, mémoire et comportement.

Le chiffre final obtenu tient compte de la moyenne de l'épreuve complétée par une cotation liée à l'expérience motrice de l'individu depuis sa naissance.

Nous tenons compte ainsi d'un pourcentage représentatif d'un profil moteur pour un temps donné.

Des déficits peuvent apparaître dans les classes observées. Ce sont eux qui bénéficieront du programme de rééducation adapté spécifique.

▪ Présentation de l'évaluation du quotient moteur

Fiche 1 :

Nom :	Prénom :
Âge :	Profession :
Diagnostic :	Médication :
Spécificités fonctionnelles :	
Biométrie :	
Date 1 ^{er} passage :	Date 2^{ème}.passage :
Résultats : /100	/100
Âge : / 18	Âge : /18
Âge fonctionnel : / 8	Âge fonctionnel : /8
Etat moteur (somme des différentes épreuves) :	
1 ^{er} passage : / 170	2^{ème}.passage : /170
Expérience motrice (questionnaire) :	
1 ^{er} passage : / 50	2^{ème}.passage : /50
Bilan fonctionnel : /100	
Profession : /10 (classement par profession, ergonomie)	
Quotient moteur: /100	/100

Fiche 2 : Âge : /18

18-20 ans :	/14	20-25 ans :	/18
25-30 ans :	/12	30-35 ans :	/10
35-40 ans :	/8	40-45 ans :	/6
50-60 ans :	/4	60-70 ans :	/2

Âge fonctionnel : /8

18-20 ans :	/7	20-25 ans :	/8
25-30 ans :	/6	30-35 ans :	/5
35-40 ans :	/4	40-45 ans :	/3
50-60 ans :	/2	60-70 ans :	/1

Pour le calcul final : **La côte âge se met en dénominateur**
La côte âge fonctionnel se met en numérateur

Fiche 3 Synchronisation et coordination

Membres supérieurs :

Oscill. Bs. av. 90°	/10
Oscill. Bs. av. 180°	/10
Oscill. altern. Bs. av. 90° - 180°	/10

Membres inférieurs:

Déplct. 1 P. lat. de 30 cm.	/10
Déplct. 1 P. au choix	/10
Déplct. 1 P. au choix	/10

Exercices combinés :

Stils. st. éc., élév. Bs. lat. 90° et retour	/10
Stils. st. éc., élév. Bs. obl. 135° et retour	/10
Stils. st. éc., élév. alt. Bs. 90° - haut et retour	/10
Stils. alt. 1 P. av. et puis l'autre	/10

Total sur 100 puis réduction /20 **/20**

Fiche 4 Equilibre

Marche sur sol avant – arrière	/10
Marche latérale sur sol aller et retour	/10
Marche sur ligne avant – arrière	/10
Marche latérale sur ligne aller et retour	/10
Marche avant sur pointes pieds yeux ouverts	/10
Marche arrière sur pointes pieds yeux ouverts	/10
Marche avant sur sol les yeux fermés	/10
Marche arrière sur sol les yeux fermés	/10
Marche latérale droite les yeux fermés	/10
Marche latérale gauche les yeux fermés	/10
Total sur 100 puis réduction / 20	/20

Fiche 5 Structuration spatio temporelle

Marcher dans la pièce en reproduisant en marchant les formes géométriques proposées. Raté ou réussi.

 o/n	 o/n
 o/n	 o/n
 o/n	
o/n	
 o/n	 o/n
Total : / 8	

Fiche 6 Ecoute rythmique

Le patient est assis sur tabouret, dos tourné, un bâton à la main. Il écoute les rythmes donnés par l'examineur et il les reproduit en frappant le bâton sur le sol. Raté ou réussi.

Un coup bref

1 coup bref + un long

2 brefs + 2 longs

3 brefs + 1 long

2 brefs+1long+2brefs+1long

Total: / 10

Deux coups brefs

2 coups brefs + 1 long

1 bref+1 long+1 bref+1 long

3 brefs+2 longs

2brefs+3longs+1bref

Fiche 7 Adaptation rythmique et spatiale

Le patient reproduit des consignes en marchant dans la pièce. Chaque signal est reproduit 4x et côté chaque fois s/ 4 points

Signal 1 - s'accroupir s/ 1 frapper Ms.

Signal 2 - faire demi-tour en marchant s/ 2 frapper Ms.

Signal 3 - s'arrêter de marcher s/ 3 frapper Ms.

Total : / 12

Fiche 8 Adresse et vitesse, gestes sportifs.

Tirer 5 paniers de basket sur cible	/5
Lancer une balle de tennis en tir javelot	/2
5 livrées de volley	/5
Frapper une balle sur un mur en cadence	/2
Faire rouler une balle de volley sur une ligne	/2
Renverser deux quilles avec une balle de tennis	/2
Frapper une balle en rebond sol- mur- sol(4 fois)	/2
Appréciation générale	/10
Total :	/30

Fiche 9 Indice cardiaque

Prise de pulsations au repos : P1

20 flexions de Js. : P 2

Prise de pulsations : P3

Indice : $P1+P2+P3 - 200 / 100$

Total : / 10

Fiche 10 Mémoire générale

Nommer les 6 parties du corps les plus importantes /6
(seuls sont considérés : T., Tronc., 2 Js., 2Bs. Les autres indications ne servent qu'à nous informer.)

Présenter des formes en bois, les mémoriser puis les compter de mémoire /6

Lancer une balle en l'air, T. haute (4 fois) /4

Regarder de plus en vite à dr., à g., ht., bas,... /4

Nommer les objets employés durant la séance /5

Total : /25

Fiche 11 Cotation de la force

L'étude des postes de travail a donné des classifications diverses. De 1 à

Aimez-vous les activités manuelles ?	/5
Jouez-vous d'un instrument de musique ?	/2
Avez-vous suivi des cours de musique ?	/2
Avez-vous suivi des cours de peinture ?	/2
Avez-vous appris à conduire une voiture ?	/4
Savez-vous aller à vélo ?	/5
Avez-vous appris la boxe ou un sport de combat ?	/4
Savez-vous nager ?	/5
Savez-vous patiner sur glace ?	/4
Savez-vous patiner à roulettes ?	/4
Avez-vous suivi des cours de gymn. à l'école primaire ?	/2
Avez-vous été membre d'un groupement sportif ?	/2
Avez-vous pratiqué d'autres sports en dehors de l'école ?	/2
Faites-vous encore du sport ?	/2
Avez-vous suivi des cours de danse ?	/3
Avez-vous des facilités pour les sports de plage ?	/2
Total / 50	

Fiche 13 Attitudes durant l'évaluation

Participation :	/3	Attention :	/ 3
Réalisation :	/3	Initiative :	/3
Précision :	/3	Adaptation :	/3
Organisation :	/3	Appréciation du comportement :	/4
Total :	/25		

Il est conseillé d'être deux examinateurs pour réaliser ce bilan du

quotient moteur. Cotation finale du Quotient Moteur

Cette cotation est sur 100.

Elle va tenir compte du résumé des cotations suivantes :

Etat moteur (résumé des fiches) : /170

Age fonctionnel : /8

Bilan fonctionnel : /100

(ce chiffre représente le taux de handicap donné pour chaque pays à un handicap physique)

Age : /18

Expérience motrice : /50

Profession : /10

Formule de cotation :

$$\text{QM} = \frac{\text{État moteur}(170) + \text{âge fonctionnel} (8)}{\text{b.fonctionnel}(100)+\text{âge}(18)+\text{exp.mot.}(50)+\text{prof.}(10)} = 100$$

Modalités d'application après le passage du quotient moteur.

1. Un premier passage d'évaluation correspond au début de la prise en charge.
2. On recherche dans les différentes fiches les cotations déficitaires.
3. On décide d'un plan de réadaptation motrice spécifique (3 séances par semaines pendant 3 semaines).
4. Le résumé de l'évaluation et le plan de traitement sont ainsi inscrits dans le dossier médical.
5. Ensuite, nous faisons passer une seconde évaluation. (Nous sommes, lors de ce second passage, particulièrement attentifs aux adaptations éventuelles du patient qui se rappellerait des situations et des exercices de l'épreuve précédente).

Les séances de réadaptation motrice spécifique que nous allons

proposer, vont stimuler l'ensemble de la motricité. Toutefois, des exercices plus ciblés pourront être ajoutés pour travailler le déficit relevé dans une fiche.

Méthodologie et didactique des séances :

- 10 leçons individuelle de rééducation en progression.
- 3 x par semaine pendant trois semaines.
- Chaque leçon comprend les niveaux d'exercices suivant :
 - Marche avec exercices respiratoires
 - Observation de la prise de contact
 - Exercices de coordination et de synchronisation
 - Exercices de spatialité
 - Exercices d'équilibre
 - Observation du temps libre (10 minutes de pause)
 - Exercices d'adresse
 - Exercices d'attention et de mémoire
 - Exercices de force
 - Relâchement et détente
 - Ecoute musicale

Au cours de ces séances nous faisons particulièrement attention à la qualité de la respiration.

Modèle de séance

- a) Marche avec exercices respiratoires
- b) Observation de la prise de contact
- c) Présentation de la séance : expliquer ce que l'on attend
(présence obligatoire mais participation libre) ainsi que le but final des séances
- d) Synchronisation et coordination : la personne prend une balle de volley et la fait rouler entre deux quilles. Il la réceptionne avant qu'elle n'atteigne un ballon de basket qui est posé sur le sol. Il bloque la balle de volley au sol puis prend la balle de basket et tire au panneau une fois
- e) Spatialité : sur un tableau noir, le kinésithérapeute dessine un plan de la salle. Il demande à la personne de partir du point de la salle indiqué sur le tableau et de représenter en marchant une ligne droite suivie

- d'un cercle
- f) Equilibre : marche en avant sur banc renversé et sans aide, yeux ouverts
 - g) Temps libre : observer le comportement. La personne va-t-elle vers un objet, une personne, ... Que fait-elle ?
 - h) Exercice cardio-vasculaire : marche de canard sur 5 mètres puis course latérale sur une largeur de salle
 - i) Adresse : une canne de criquet est dressée verticalement sur le sol. La personne est de face à 2,50 mètres. Elle lance 10 volants autour du manche du criquet
 - j) Attention - mémoire: Prendre un ballon de volley. Renverser deux quilles à un minimum de 2,50 mètres. Remettre les quilles en place puis partir en rebond avec la balle vers le mur puis faire 3 passes mains- mur- mains.
 - k) Force : lancer un medecin – ball de 1kg. le plus loin possible des deux mains.
 - l) Relâchement : couché dorsal sur tapis, inspirer profondément en contractant les muscles et expirer en relâchant les muscles.
 - m) écoute
musicale : écouter passivement une musique. Demander à la personne de se représenter librement mais passivement le rythme et/ ou un mouvement.

Ce type de séance est une indication pour une prise en charge. La complexité des exercices est à voir en progression pédagogique et méthodologique.

Il est certain que le matériel et le local sont fonction de l'institution. Voilà pourquoi le facteur d'adaptation et l'imagination font partie de la pratique professionnelle du kinésithérapeute.

□ **Communication non verbale**

Dans l'objectif d'une rééducation à la relation, il est important d'avoir à l'esprit que tout acte, tout geste, est chargé d'affects et de symbolisme. La communication non verbale va nous permettre de par les situations proposées d'accéder à l'expression de ce symbolisme du geste au sein

d'un groupe.

Avec le développement psycho moteur, avec l'âge, la réponse verbale a en effet progressivement absorbé la charge énergétique et affective de l'élan du corps. La spontanéité, le geste créatif, le cri, sont devenus contrôlés, voir interdits.

L'intellectualisation et/ou la rationalisation du geste expressif cadennassent également l'élan créatif.

On comprend dès lors la place et l'importance d'une éducation ou d'une rééducation à la relation non verbale.

En effet, chaque geste, chaque objet, possède en soi un investissement au sein de l'inconscient et cette valeur d'investissement peut être placée au niveau de la représentation verbale.

Lors de certaines activités, les objets présentés peuvent être vécus et porteurs de charges affectives propres à chaque individu selon son vécu. Ainsi, toute parole, toute expression verbale, peut être associée à une représentation symbolique de type non verbale (qu'elle soit libre ou dirigée).

La communication non verbale nous permet ainsi d'observer la personne en rapport avec son propre corps, de l'observer en rapport avec la chose (l'objet) et d'observer son comportement avec les autres. Nous proposons au cours de cette activité, des exercices de mimes, de danse, de rythmique, de communication par l'objet (bambous, foulards, balles,...).

Tous les exercices peuvent être proposés dans un cadre musical pour lancer les évolutions d'expressivité corporelle. Mais toutes les musiques ne sont pas bonnes à proposer. Aussi conseillerons-nous des évolutions dans l'espace dans des structures musicales très rythmées et structurées. Concrètement, nous organisons les séances de la façon suivante :

- exercices de mise en condition rythmique
- exercices de préparation à la relation par l'objet
- exercices de rencontre de l'autre
- exercices de reconnaissance de l'autre
- exercices d'expression libre et de créativité rythmique

Chaque séance peut s'ouvrir et aboutir à des exercices d'expression verbale (cris, interjections,...liés à l'expression du corps). Mais ces derniers exercices demandent une bonne connaissance des pathologies

présentes dans le groupe.

(Des techniques théâtrales, avec ou sans textes, ainsi que des techniques d'improvisation, peuvent venir enrichir des groupes où l'orientation verbale est plus conseillée. Mais nous pensons que ces techniques sont à privilégier dans une pédagogie à long terme).

En fin de séances, le report du vécu peut être exprimé verbalement.

Nous serons alors très attentifs et d'une façon prudente, au message verbal exprimé même s'il se limite à un ou deux mots.

En effet dans son rôle d'observateur et de rééducateur, le kinésithérapeute doit éviter l'attrait de l'interprétation.

Méthodologie et didactique :

Au-delà d'une rééducation rythmique de l'espace de vie et de l'espace moteur, nous travaillons la relation au monde par l'objet.

Les groupes sont constitués de 6 à 8 personnes dont le choix résulte d'entretiens individuels préliminaires.

L'activité se déroule pendant une heure dont quinze minutes de verbalisation peuvent être réservées en fin de séance.

Nous employons des objets comme bambous, foulards, cerceaux. Nous renvoyons également aux méthodes Orff, Dalcroze et Kodaly.

Modèle de séance :

Les exercices marqués de * se déroulent sur fond musical.

- a)* Laisser écouter au groupe un choix musical établi avant la séance
- b)* Sur cercle, frapper les mains sur musique puis varier les cadences
- c)* Sur cercle, frapper un ballon en cadence sur le sol (varier les cadences)
- d)* Marcher dans la salle et occuper l'espace sur des cadences variées
- e)* Station debout, exercices de fermeture et d'ouverture du corps
- f)* En marchant dans l'espace, fermeture et ouverture du corps
- g)* Station debout fixe, mouvements de bras et jambes sur rythme dirigé
- h)* Deux par deux, face à face, se passer un ballon en rebond sur cadence
- i)* Sur cercle, se passer un ballon, puis deux ballons en rebond sur cadence

- j) Sur cercle, se tourner le dos. En frappant dans les mains, établir une cadence commune au groupe
- k) Idem, mais en frappant un ballon au sol, rechercher une cadence commune au groupe
- l)* De face sur cercle, chacun donne un exercice à réaliser en cadence en restant sur place
- m)* Idem, en se déplaçant dans l'espace
- n)* Par deux, travail avec un bambou qui est maintenu entre l'index d'une main pour chacun. On tente de sentir les mouvements de l'autre et on essaie de partir dans l'espace de la salle en se déplaçant avec le bambou. Les personnes sont les yeux fermés et travaillent en silence. A la fin de l'exercice qui dure deux minutes, on dit au partenaire un mot qui illustre la qualité de ce qui vient d'être fait (s'il est possible pour la personne de dire ce mot). Le silence éventuel est respecté
- o)* Idem, mais chaque membre du groupe est relié à un voisin par un bambou. Tout le monde travaille
- p)* Sans bambou. Se tenir les mains en cercle, puis se déplacer en cadence sans se lâcher les mains
- q)* Continuer l'exercice précédent en ouvrant les yeux .
- r) Placer les personnes deux par deux, face à face. Leur demander de se rencontrer uniquement dans le contact du bout des doigts, sans bouger et en silence. Puis il faut qualifier la qualité de l'échange et deviner avec qui on a travaillé (bien sûr sans ouvrir les yeux. Respecter le non dit éventuel).
- s) Même exercice. Mais ici on demande à chacun de partir les yeux fermés en marchant dans la salle. Quand on rencontre quelqu'un, communiquer avec lui du bout des doigts à l'arrêt. Après une minute, repartir en marchant pour une autre rencontre.
- t)* Diviser le groupe en deux. Faire écouter une musique pendant une minute. Ensuite demander à chaque groupe de créer dans l'espace un mouvement de groupe pendant 30 secondes.

Tous ces exercices sont bien sûr libres de progression et fonction du type de personnes présentes dans le groupe.

□ **Les techniques psychomusicales** (musicothérapie)

Dans le cadre de certaines séances de détente ou d'expressivité corporelle, la musique peut jouer un rôle inducteur à certains états psychocorporels. L'impact psychophysiologique favorise l'hypotonie et la régulation par exemple des rythmes biologiques.

L'importance de la musique est en effet inéniable dans le cadre d'acquisition d'un contrôle tonico émotionnel ; de la réceptivité et de la communication dans un sens général.

Au cours de ces séances, nous sommes attentifs aux jeux des associations psychomusicales (choix du morceau, durée, technique envisagée...) En pensant aux associations tonico affectives et émotionnelles que l'écoute de certaines musiques peut établir chez certaines personnes (souvenirs), ces techniques psychomusicales sont toujours encadrées par une équipe pluridisciplinaire (cothérapie).

Nous associons lors des séances, des techniques d'écoute passive, des techniques d'écoute en vue d'une activation rythmique, des techniques de reproduction rythmique, des reproductions dansées, des percussions corporelles, des percussions instrumentales, d e s m o m e n t s d'expression conduite et d'expression libre.

L'expression vocale et le chant peuvent être également envisagés dans ce cadre d'activités.

Certains groupes peuvent bénéficier de l'écoute de morceaux musicaux divers, et ce d'une façon passive. Cette écoute est alors suivie d'échanges verbaux qui porte sur la réceptivité générale de l'écoute.

On peut demander également des expressions sous formes d'écriture (poésie, textes, dessins) qui illustreront l'ensemble du vécu de la séance.

▫ **Les techniques d'expression par la danse**

La danse, qu'elle soit folklorique ou moderne, comporte une part de mime et de rythme en musique.

La technique de toute danse consiste en effet en la reproduction d'un ensemble musical en un langage corporel.

L'importance des phrases musicales reçues est intraductible en soi et

liée à l'histoire individuelle. La danse peut ainsi rappeler les premières expériences auditives de la vie (sein maternel, bercements, mélodie). Car de la même façon que le langage renferme le vécu du mot, la musique le traduit par le son et l'expressivité corporelle.

La danse peut être ainsi assimilée au langage primitif de notre communication avec le monde.

Méthodologie et didactique

Nous divisons les séances en deux niveaux :

- La perception temporelle : reconnaissance des différents cadences, synchronisation des déplacements, recherche des possibilités d'expression gestuelle.
- La structuration de l'espace : organisation de l'espace, respect des structures de groupe.

Toute danse peut être envisagée qu'elle soit folklorique, de jazz, de tap. Les indications de ces techniques auront pour certaines pathologies un rôle socialisant important comme dans la psychose, l'anorexie mentale, les états dépressifs.

□ Les techniques de détente et de relaxation

La parole qui reste dans ton ventre est l'enfant de ta mère.

La parole qui sort de ta bouche est l'enfant de ton père. Proverbe.

Nigritien – Bambara.

Accompagnées ou non de passages musicaux, de massages locaux, de placements de la colonne lombaire, ces techniques envisagent la sensibilisation ou l'éducation de l'individu à une prise de conscience respiratoire, à une redécouverte du schéma corporel, à un travail de l'image corporelle, à une préparation mentale.

Ces séances ont leurs indications individuelles et de groupe. Les techniques envisagées sont variées et peuvent se classer en **techniques de détente** plus pédagogiques comme le Winthrebert, l'Eutonie, le Jacobson, le Feldenkrais et en **techniques de relaxation** plus psychothérapeutiques comme le Schultz, l'approche Sophronique, la

relaxation psychanalytique (techniques pour lesquelles on parle le plus souvent d'indications de cure de relaxation).

□ Psychopédagogie adaptée

Le vocable « se détendre » est devenu « se relaxer » de par un mauvais usage du mot lié à une mauvaise adaptation de la traduction du terme anglo saxon « *relaxation* ».

Sur un plan puriste, se détendre n'est pas se relaxer et inversement, se relaxer ce n'est pas se détendre. Dans la détente, il n'y a pas bien sûr un temps établi et défini entre le fait de répéter un mouvement d'une façon lassive et la déconnexion mentale qui peut s'en suivre. Une déconnexion mentale consécutive à une répétition régulière peut en effet entraîner le sujet vers une sensation et un sentiment de bien-être où le psychisme « profite » du bien-être du muscle. Il peut se faire donc dans une séance de détente classique une déconnexion mentale automatique due à la situation de bien être physique.

Nous tenons à préciser notre point de vue car il nous semble fondamental de resituer l'action juste kinésithérapique dans un moment juste de la prise en charge.

Certaines personnes, comme certaines pathologies, profiteront bien plus d'une approche douce et pédagogique comme c'est le cas dans l'esprit d'une relation élève -enseignant (Eutonie de Gerda Alexander) que d'une situation de relaxation au sens stricte du terme.

D'un côté, le champ d'action pédagogique permet en effet d'envisager une proximité corporelle, un dialogue à deux, où le soignant peut contrôler une tension, conduire un mouvement, dans l'éducation lente et progressive. Certains patients par une telle approche se sentent plus respectés.

De plus, l'application d'une méthode plus active sur le plan physique peut permettre une dynamique corporelle de conscientisation sans danger et vécue avec un moindre risque pour le Moi.

D'un autre côté, les techniques de relaxation vont envisager plus une approche psychothérapique où les enjeux relationnels considèrent la personne dans la relation thérapeutique traditionnelle et où se retrouvent les notions de transferts

(psychanalytique et corporel).

La distance entre le soignant et le soigné est un élément fondamental de ce

que nous appellerons la cure de relaxation. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre sur le moi corporel, un espace est nécessaire pour que le patient puisse projeter dans cet espace, la dynamique fantasmatique liée à la situation de relaxation et aux mots induits. Chaque mot émis dans le discours du relaxateur a un sens. Chaque mot est chargé de symbolique. Chez le patient, la mémoire, les associations tonico affectives et émotionnelles sont bien souvent ravivées tout au long de la séance et cela, souvent à notre insu. C'est pourquoi, moduler la régression est donc important.

Il convient également d'être attentif au langage du corps du patient, comme les soupirs, les petits gestes, les bruits, les grimaces, les mimiques, autant de langages qui peuvent être des appels à la séduction, à l'expression d'un malaise ou d'un mal être. Car le corps qui se replace dans la dynamique gestuelle, peut montrer à tout moment l'inconfort psychologique dans lequel le Moi du patient se trouve.

Quand nous pouvons comprendre et contrôler ces choses, il nous faut également apprendre à ponctuer le silence. Dans le silence, la projection imaginaire dans l'espace est plus forte encore et beaucoup d'évolutions thérapeutiques peuvent y être rattachées.

Maintenant, le moment du retour à « la situation d'éveil » est un moment privilégié pour l'observation. Comment le patient va-t-il s'étirer ? Quelle partie du corps le patient va-t-il bouger en premier lieu ? Où le patient va-t-il poser la main ? Quelle partie du corps va-t-il protéger ou montrer ? Autant d'éléments d'observation rassemblés en une seule phase, celle du « retour ».

La façon de s'étirer est une grille de lecture concrète pour évaluer un contenu de séances.

Certaines techniques peuvent également s'inscrire dans le cadre d'une thérapie comportementale ou d'un projet d'entraînement au **biofeedback** (rétroaction biologique).

Les impacts de tout traitement par la relaxation peuvent nous amener à être conscient d'éléments qui peuvent dépasser le cadre d'une fonction habituelle du kinésithérapeute.

Ainsi, quand le **transfert corporel** apparaît, quand le patient réalise des associations de type verbale, quand le patient éprouve le besoin de

verbaliser son vécu, il nous faut demeurer fidèle à notre fonction et à notre rôle.

Cela veut dire que nous devons à tout prix éviter le piège de l'interprétation facile et souvent gratuite.

Aussi, l'aspect, le côté pédagogique de l'approche thérapeutique, nous permet toujours de demeurer plus spontané, de demeurer un bon professeur, celui qui sent les choses sans les compliquer, sans avoir envie de les analyser.

Maintenant, si notre situation professionnelle nous y amène, si nous choisissons de travailler dans une orientation plus psychothérapeutique, il nous faut savoir qu'une formation de qualité est la première référence d'un relaxateur.

Car n'est pas relaxateur qui veut ! Il est bien vrai qu'il est facile de faire vivre des émotions par le truchement de notre statut professionnel. Mais il est bien plus difficile de contrôler chez l'autre, les manifestations non verbales et la parole que nous avons libérées !

En restant sur ce conseil de prudence, il nous faut entretenir une perspicacité suffisante afin de prévoir si une technique de relaxation ne sera pas trop intrusive pour l'un ou l'autre participant.

On comprend d'autant mieux par ces remarques générales, combien il sera important de suivre une formation encore plus complète si nous désirons appliquer les méthodes en groupe.

Attentif à tous ces problèmes de communication, le kinésithérapeute renverra les contenus de séances importants à un collaborateur ou à une équipe si tel est le cas.

Autrement, si son activité professionnelle le porte à pratiquer en cabinet privé, nous ne pouvons que conseiller de partager certaines situations professionnelles dans le cadre de supervisions.

□ Les techniques de contrôle

Les pulsations cardiaques, le mouvement respiratoire, la tension artérielle, la température cutanée, sont les moyens, malheureusement trop souvent subjectifs que nous avons à notre portée pour évaluer les « réponses » de la personne suite à nos séances.

Il existe toutefois un moyen de contrôler qualitativement et quantitativement l'acquisition d'une méthode de détente et/ou de relaxation. Ce moyen existe en psychophysiologie et porte le nom de **potentiels évoqués (P. E)**.

Les potentiels évoqués vont fournir, grâce à un enregistrement particulier, l'analyse du seuil de vigilance dans lequel se trouve le patient pendant l'examen.

Explication :

D'une façon générale tout phénomène qui se déroule dans le temps peut être représenté dans le domaine temporel soit dans le domaine fréquentiel. L'enregistrement E. E. G. dans le domaine temporel peut être représenté dans le domaine fréquentiel par une transformation appelée « transformation de Fourier » (F. F. T.)

Par cette analyse quantifiée de l'E. E. G., on peut détecter d'éventuels troubles de la vigilance et se faire une idée des modulations du niveau d'éveil d'un individu pendant un examen. Ces techniques de contrôle font partie de l'examen psychophysiologique appelé : **Potentiel Evoqué** .

Cet examen nous permet d'espérer la lecture d'une quantification de l'assimilation d'une méthode de relaxation. Pour ce faire, il faut considérer des paramètres neurophysiologiques, des paramètres de relaxation et des paramètres cliniques.

Actuellement, la difficulté de lecture réside dans l'analyse spectrale et ses rapports avec des générateurs de P.E. Pourtant, le kinésithérapeute a besoin de savoir si un patient a acquis une méthode d'entraînement sur un plan qualitatif comme quantitatif.

La recherche dans le domaine des potentiels évoqués n'est qu'à son début, mais il est certain que ces techniques de contrôles vont acquérir une place particulière dans l'analyse d'acquisition de score et de performances (qu'elles soient

motrices, sportives ou professionnelles).

□ Intérêt des activités graphiques

A côté de l'expression verbale, le contenu des séances peut être orienté vers les activités graphiques comme le dessin, l'écriture, et ce par quelque moyen que ce soit.

Projectives, ces techniques peuvent déborder le cadre d'un contenu de séances et devenir plus une création artistique.

Les résultats obtenus reflètent le vécu, le malaise actuel du patient et peuvent ainsi devenir une aide précieuse à l'établissement ou la confirmation d'un diagnostic, voir d'une progression thérapeutique.

Ce qui nous intéresse, c'est de lire au travers la forme, la couleur, la technique employée, les cénesthésies montrées, les états d'âme du patient à « *ce moment là* » d'une séance ou de la cure. Il peut arriver que des situations familiales soient exprimées.

Grâce à l'observation de la conduite du geste graphique et des mécanismes de relation mis en jeu lors de cette activité, notre programme kinésithérapique pourra s'inclure le cas échéant dans un cadre institutionnel.

En effet, les aides au diagnostic alternent par ce type d'activités, et, liées à nos séances, elles intéressent toute équipe de soins ou toute cothérapie. Nous insisterons encore sur un point : il ne nous appartient pas de réaliser des analyses picturales ou graphiques. Tout élément projeté dans le cadre d'une séance demande en effet un arrêt éthique de réflexion pour chaque poste de spécialité.

□ La thérapie comportementale

Elle s'adresse directement au comportement actuel de l'individu.

Ainsi caractérisée, elle permet de détecter des symptômes assez rapidement et de respecter les théories de l'apprentissage. Le milieu envisagé peut être sportif, clinique, éducatif, professionnel.

Il convient de considérer l'action du patient dans son milieu et son comportement lié à cette action. Les objectifs du traitement sont précis en

insistant sur des symptômes psychologiques précis. Ainsi on enseigne au patient les principes de l'apprentissage en vue de la réussite, à contrôler ou à modifier lui-même son comportement et à savoir ce qu'il désire modifier et comment il faut le faire.

Nous mentionnons la technique de désensibilisation progressive qui consiste à présenter une relaxation musculaire accompagnée d'une représentation progressive des situations anxiogènes.

L'autocontrôle et l'affirmation de soi sont des finalités vers l'autonomie et principalement la décision.

La rétroaction biologique (ou biofeedback) est notamment un moyen de contrôle dans l'apprentissage d'une méthode.

Nous pensons qu'une association de détente Jacobson avec le contrôle biofeedback est particulièrement bénéfique dans le traitement de situations de stress, les troubles migraineux, l'inquiétude du sportif,...)

▫ **L'activation progressive**

Cette forme d'activité intéresse plus particulièrement l'emploi de l'énergie vitale et sa résolution par l'introspection ou le geste moteur canalisé. Nous pensons aux tensions relevées chez le patient et explicables notamment par:

- le sentiment d'agression ressenti par rapport à un objet extérieur et retourné contre soi
- l'inhibition continuelle d'une tension à projeter vers l'extérieur

Ce type d'activité a une place de choix dans le cadre d'hospitalisation en phase de sevrage et dans le cadre d'hospitalisation dite « à contrat », quand les tensions avec risques d'explosion violente deviennent apparentes, quand une tension physique liée à un contexte d'expression ou de la canalisation de l'agressivité doit être envisagée pour tel patient.

Les séances, d'une durée moyenne de 45 minutes, portent sur des groupes de 2 à 4 personnes (deux fois par semaine).

Ces séances sont constituées d'exercices liés au réentraînement à l'effort et toujours suivis d'une séance de

relaxation dynamique où le geste expressif est conduit pour une décharge la plus adéquate possible.

Nous conseillons pour structurer au mieux la progression des temps de travail et de repos, la prise des pulsations cardiaques et l'application d'une formule d'évaluation du temps de travail. Soit :

$P1+P2+P3-200 / 100$.

Il est certain que la connaissance de techniques de défense peuvent permettre au kinésithérapeute d'enrichir la conduite de son activité.

▫ **La créativité corporelle**

Ce type d'activité reprend une série de techniques inspirées du jeu théâtral, du mime et de l'expression corporelle.

La créativité corporelle considère toutes les facettes du jeu à travers une technique bien précise que ce soit la diction, l'improvisation, la mise en scène.

L'expression corporelle permet de travailler le corps avec toute sa disponibilité motrice dans une reconnaissance de certains symboles.

Le mime s'avère comme l'exemple le plus parfait du geste intentionnel qui porte une signification. Mais il exige une connaissance des techniques assez étendue car toute expression n'est pas toujours bonne à « lever » et certaines personnes et pathologies peuvent y « fleurir » d'une façon dangereuse.

Ce type de séances rassemble 6 à 8 personnes après un entretien individuel préalable.

La durée de chaque séance est plus ou moins d'une heure une fois par semaine.

Si on travaille avec un support de textes, il est toujours conseillé de bien considérer les textes choisis par tel ou tel participant. Certains choix peuvent très vite illustrer un fonctionnement spécifique du vécu d'une personne ou du groupe. Alors ce type de développement peut très vite s'associer à une technique de psycho drame.

□ Le coatching

Cette méthode d'accompagnement qui existe depuis 1980, va aider à la réalisation d'objectifs et l'amélioration du bien-être par un accompagnement général de la personne. Il est certain que la limite d'intervention est souvent floue entre le coaching proprement dit et la thérapie. Une grande réflexion se joue sur base de la maïeutique ou art d'accoucher qui consiste en une dialectique dont Socrate usait déjà pour «accoucher les esprits» de la vérité pour que l'individu porte en lui, à l'aide de ses questions. Dans le coaching, on travaille une demande clairement identifiée sur le «ici et maintenant» orientée vers une durée courte par rapport à la psychothérapie qui travaille sur le passé et sur une durée plus longue.

Le coach se situe normalement aux côtés de la personne coaché et dans une position d'égalité. Mais le coach peut passer très vite en position haute au cours du processus de changement. Ainsi en position basse, le coach va considérer le contenu du matériau amené pour aider la personne à progresser vers l'autonomie. Dès que la position arrive chez le coach, il prendra la position d'un guide, d'un soignant qui, en fonction du cas, pourra employer des méthodes d'accompagnement de la sphère plus «psy», comme la PNL (programmation neuro linguistique), l'analyse transactionnelle, la gestalt thérapie, les techniques Rodgériennes.

Voilà une frontière bien délicate entre les deux positionnements dans le coatching d'accompagnement. Un coatching qui s'appliquera différemment selon l'aspect choisi: travail en entreprise, existentiel, sportif et autres.

Mais attention! Le coaching est plus à remettre au rang d'une « aide » apportée à une personne, une aide qui ne relève absolument pas de la psychothérapie si on la définit comme une démarche thérapeutique apportée à une personne présentant une souffrance psychologique.

□ L'éducation physique

L'éducation physique dans le cadre de la kinésithérapie psychiatrique vise à la **démédicalisation** de la prise en charge (soit que nous préparons le patient à une autonomie, soit à une indépendance face au groupe, soit que nous préparons le patient à une activité type "club" sportif extrahospitalier).

L'éducation physique instaure de par ses situations diverses et structurées, une complexité de relations de chacun avec les autres et une sollicitations sensori motrice des grandes fonctions de l'organisme.

Le cadre de référence peut être sécurisant, rappeler des souvenirs d'enfance, mais surtout il peut offrir des perspectives d'évolution dans les niveaux de l'échec, de la compétitivité par rapport à soi et face au groupe. C'est particulièrement dans le cadre de cette activité que l'on peut lire les troubles moteurs liés à une médication. Nous serons donc attentifs à ce dernier point.

L'activité gymnique doit être considérée (tant sur le plan pédagogique que dans la progression méthodologique) avec des critères bien définis comme :

- Régularité dans le programme de soins
- Perspective éducative pour le groupe
- Limitation de l'activité dans sa durée : une heure.
- Respects des groupes musculaires en fonction : exercices d'échauffement, exercices de communication par l'objet, assouplissements, musculation, sauts, moments de détente et de jeux).

Dans le cours de l'activité, l'expression de certains souvenirs doit être respectée comme les souvenirs liés à l'enfance, au lieu où des situations proposées sont aujourd'hui résolues et réussies.

Dans cette activité, chaque individu peut trouver la possibilité de maîtriser son corps par rapport à autrui et par rapport aux engins. Bref la salle de gymnastique est un lieu de finalités en soi.

Le kinésithérapeute fera preuve d'une bonne méthodologie. Il connaîtra la portée de chaque exercice, il en appréciera l'impact

tant individuel que de groupe.

Car gymnastique et pathologies doivent s'intégrer dans un processus éducatif commun où des points de repères dans la progression didactique serviront de temps de progression de séance en séance.

Le contenu des séances peut être le suivant :

- Exercices de mise en condition physique (échauffements)
- Travail au sol (en cercle, en miroir, en échange croisé)
- Temps libre de récupération (expression de possibilités motrices spontanées)
- Travail aux engins (situations qui permettent à l'individu d'exprimer une décision finale et le pouvoir de la volonté)
- Jeux d'équipe (création d'une décharge ludique satisfaisante pour chacun tant corporelle que relationnelle)
- Détente et retour au calme (exercices de respiration, prise de pulsations, exercices d'étirement)
- Un temps de verbalisation peut clôturer la séance. Chaque participant pouvant s'exprimer sur la réalisation, l'objectif, le comportement, le groupe, la réussite, la tension ressentie.
- Il ne faut pas négliger de parler de **l'échec**.

Il faut en effet, avant de quitter la salle, pouvoir laisser libre toute expression de situations d'échec et les comprendre autant pour un individu en particulier que pour le groupe en général.

La signification de l'échec va pouvoir nous aider à adapter notre méthodologie pour la séance suivante. Aussi, devons-nous connaître les trois niveaux d'expression de la situation d'échec :

- 1 L'échec est-il le résultat d'une attitude inadéquate ?
- 2 L'échec actuel est-il la résultante comportementale d'un échec antérieur ?
- 3 L'échec traduit-il un comportement spécifique individuel ?

▣ **Le jeu sportif**

Le jeu sportif est un domaine d'observation et d'investigation de l'individu au sein d'un groupe.

L'individu y est approché dans des situations spécifiques où la libération motrice en vue de la réalisation d'un but précis à satisfaction individuelle ou groupale est envisagée.

Le jeu est une action. Une action qui répond à une demande ou à une formulation du moment (parfois envisagée en situation de crise).

Il existe un apprentissage des conduites motrices propres au volley-ball, au basket-ball, au handball, au football, à la natation, à l'athlétisme,...

La compétition ainsi que l'arbitrage peuvent être une finalité du jeu sportif.

Des problèmes relationnels peuvent apparaître quand le jeu aborde l'aspect compétitif. C'est pourquoi, une action sportive engendre des besoins comme l'organisation de séances de dynamique de groupe pour gérer d'éventuels conflits ou des phases de jeu difficiles.

Le jeu sportif est de toute façon un domaine d'observation du comportement individuel dans une situation particulière donnée, dans la forme d'une libération motrice pour la réalisation d'un but précis à satisfaction individuelle ou à responsabilité au sein d'un groupe.

□ **Le jeu sportif adapté**

Sur le plan éducatif, le jeu est chez l'enfant, la méthode privilégiée pour observer et explorer la coordination physique générale.

Le côté pédagogique du jeu en fait un instrument de choix pour « modifier » un comportement et aider l'enfant dans ses problèmes d'adaptation. Le jeu conçu comme un moyen d'orientation et de rééducation, trouve toute son application au sein de la relation envisagée.

L'enfant vit son corps sur un mode symbolique en relation avec autrui et certains jeux peuvent « drainer » certains types de comportements quand ils sont adaptés.

Nous tiendrons compte dans le jeu, du sens relationnel de l'objet employé. Car un mouvement issu de la relation avec un objet, possède une qualité que ne possède pas le mouvement analytique. Le jeu permet ainsi grâce à son aspect d'orientation, que l'individu soit abordé sur un plan global.

Une tension motrice peut toujours survenir dans le déroulement d'une phase de jeu . Nous y serons donc attentifs même s'il s'agit d'un simple moment d'impatience.

Car toute tension peut être significative d'une difficulté relationnelle ou comportementale particulière et/ou momentanée qu'il nous faudra résoudre (seuil de tolérance, seuil de frustration, ...)

Tous les différents seuils de « réactivité » à l'action proposée nous renseignent toujours sur le moment de vécu de chaque personne.

Le jeu sportif est ainsi un mode d'expression de l'individu dans ses facilités ou ses difficultés relationnelles avec lui-même ou avec les autres. Sa place est donc grande lors de l'enseignement du sport adapté (pour handicapés mentaux, sensoriels, moteurs).

Une formation pédagogique et méthodologique spécifique est conseillée pour les éducateurs, les moniteurs et les entraîneurs qui désirent travailler dans le domaine du handicap. C'est pourquoi nous insistons sur une formation de qualité en méthodologie et en pédagogie adaptées.

▣ **Les activités physiques adaptées**

L'approche fonctionnelle dynamique et ludique du déficient s'est fortement développée ces 25 dernières années. En effet, l'altération des aptitudes physiques sensorielles, mentales, motrices, nécessite pour son approche, un matériel, des techniques et un personnel adaptés.

L'éducation du patient, par le biais de ces activités, tient compte de processus rééducatif et socialisant. C'est pourquoi, l'approche pédagogique de la déficience, tient compte de périodes d'apprentissage plus ou moins

courtes (encadrées de temps de renforcements psychomoteurs : notions d'espace, de temps, de durée).

Dans la perspective d'organisations sportives plus élaborées, comme la préparation de compétitions, les J.O. pour handicapés, on adapte la pédagogie en regard des finalités et des disciplines.

Les modes de communication sont variés en regard de l'activité (individuelle ou de groupe) et des facteurs nouveaux évoqués (finalités, espace, environnement...)

Nous estimons qu'il faut tenir compte de 7 aspects pédagogiques spécifiques à la situation envisagée:

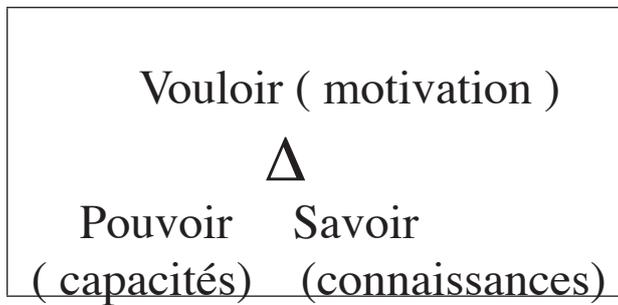
- 1) Connaître le Q. I . ou les tests psychomoteurs éventuels antérieurs.
- 2) Est-il possible de réaliser une structuration progressive des informations (organiser des consignes compréhensibles) ?
- 3) En regard du type de déficience, comment peut-on faire passer une information (mémorisation, restitution des situations réussies) ?
- 4) Comment la personne comprend-elle les informations données ?
- 5) Faut-il répéter l'action motrice ?
- 6) La personne nous donne-t- elle la preuve de posséder une mémoire motrice ?
- 7) Peut- on observer et analyser la réponse motrice obtenue ?

Organisation de séances adaptées

Tous les sports sont concernés par une pédagogie et une méthodologie adaptées.

➤ **D'une façon générale**, les points suivant doivent être considérés pour l'organisation d'une séance :

- un concept de base :



□ des modalités d'applications régulières et systématiques :

- la dynamique de groupe
- l'équilibre et la coordination
- les déplacements : marche , course, endurance
- les réceptions : la mesure du temps et l'addition gestuelle
- les lancers
- l'orientation spatiale : le temps pour parcourir, la distance à parcourir, le moment juste, l' inversion spatiale
- la numérotation

➤ **D'une façon spécifique propre à une technique**

Pour le football

- La dynamique de groupe : les facteurs de difficulté sont principalement liés à l'importance du groupe et à la surface de déplacement. Ils sont liés au lieu, au moment et aux circonstances de jeu.
- L'équilibre : son amélioration doit devenir une adresse pour un rendement le meilleur possible. Ensuite l'amélioration de l'équilibre doit permettre de stabiliser les attitudes du corps (éducation posturale, éducation de la chute, rééducation de l'amplitude des mouvements, concentration visuelle sur un point de repère pendant l'effort).
- La coordination : elle se perfectionne par la répétition de l'exercice. Les mouvements coordonnés considèrent la sensation d'une tension, l'appréciation intéroceptive du travail musculaire et

la conduite du mouvement.

Ici dans le football on insistera sur la conduite de mouvements coordonnés lents et rapides qui permettent d'améliorer la qualité du geste et non la quantité gestuelle.

- Les déplacements : marche, course, endurance, sont à privilégier. L'organisation temporelle est importante car il convient d'adapter le saut à l'espace, et particulièrement la translation verticale.
- Les réceptions : l'éducation du geste moteur se fait sur sol et sur ligne. Il faut travailler la vitesse de déplacement de la balle et le moment de réception (mesure du temps de réaction et de réception de chacun et du groupe).
Il faut apprendre l'addition gestuelle (combiné de plusieurs types de réception de balle) et la réception éduquée (balle en direct, en rebond, en cloche).
- Les lancers : frapper la balle d'un pied est un geste moteur spécifique qui conçoit un bon contrôle de l'équilibre. Lancer une balle entre deux partenaires demande de la synchronisation gestuelle. Les lancers demandent donc pour leur réalisation une bonne maîtrise de soi.
- L'orientation spatiale : pour ce point, il faut pouvoir distinguer l'étude de la surface de jeu et la représentation mentale qui y est liée.

On travaille sur un tableau, de mémoire, sur points de repères spatiaux, le tout sans balle, puis avec balle.

La synthèse du geste se retrouve lors de l'enseignement de la numérotation et de la distance juste à parcourir (distance juste et moment juste dans la bonne numérotation conduisent au geste final).

Pour le volley ball

- La dynamique de groupe : elle tient compte du nombre restreint de joueurs, de l'inversion du plan de jeu (filet écran), de la présence d'un obstacle (filet), et de la limitation kinesthésique liée au jeu.
- L'équilibre : les exercices considèrent à la fois l'aspect statique

et l'aspect dynamique de l'activité. Le geste de livrée, de frapper et de passe demande de solutionner l'équilibre postural gestuel et postural dynamique.

- La synchro coordination : les exercices visent à un contrôle de l'équilibre qui soit dynamique.

Il faut envisager les temps de chute et la concentration visuelle sur un point de repère pendant et sans effort.

- Les déplacements : les déplacements se font en regard des exercices de marche, de course et d'impulsion.

Cinq facteurs sont importants à retenir pour enseigner les déplacements dans le volley ball : l'obstacle- la surface de jeu restreinte- le rythme de jeu- la mémoire- le déplacement de la balle.

L'écran filet conditionne l'espace de déplacement et divise la trajectoire spatiale de la balle : demi terrain pour les déplacements et terrain complet pour les passes.

- Les réceptions : les gestes de réception doivent toujours considérer 3 notions : l'équilibre- la coordination occulo manuelle et le frapper lancer. Les réceptions se font également sur deux plans rythmiques différents : en statique et en mouvement. Il y a des réceptions basses et des réceptions hautes, vers la balle et en attente de la balle.

- Les lancers réceptions : il y a le lancer à une main qui demande de l'équilibre postural et de la coordination en vue d'un geste précis mais aussi une bonne orientation et de force pour vaincre l'obstacle (filet).

La progression occulo manuelle est ici nécessaire que ce soit pour lancer à une main ou à deux mains.

La passe demande de son côté une bonne acquisition de l'équilibre et de l'orientation spatiale.

Enfin la notion de jonglage va intéresser les lancers verticaux où joue la coordination fine et où se regroupent les notions de contrôle postural : inhibition motrice- attente- équilibre.

- L'orientation spatiale : nous devons considérer l'espace restreint et l'obstacle à situer. Cet obstacle représenté par le filet est statique et il demande donc une compréhension de 3 niveaux :

la représentation graphique- le déplacement rythmé- l'inversion spatiale.

- La numérotation : la fixation motrice se limite à la 3^{ème}. passe, au rythme et à l'orientation spatiale.

Le temps de traduction motrice est travaillé par le rythme et la stimulation visuelle.

C'est le moment juste qui est visé pour un geste optimal.

Pour le basket ball

- La dynamique de groupe : le plan de jeu est élargi en situation horizontale (terrain) et en situation verticale (panneau). Les consignes à enseigner sont pour ce sport multiples et complexes.

On retiendra particulièrement :

- la représentation spatiale
- la coordination gestuelle
- la vitesse de déplacement
- la précision.

- L'équilibre et la coordination : qu'il s'agisse d'exercices de réception, de lancer, tout est basé ici sur l'ensemble « équilibre-coordination ». La qualité de l'équilibre individuel interfère sur la qualité de l'équilibre de groupe. Un bon équilibre individuel améliorera l'adresse.

- Les déplacements : on considère les déplacements avec ou sans balles, avec ou sans notions de placement et/ou de jeu d'équipe. Vitesse et mode de déplacements sont ici à travailler avec beaucoup de persévérance. Tout déplacement sera enseigné avec une stimulation visuelle et par rapport à l'espace groupe.

Les exercices d'impulsions et de précision, en considérant une cible au sol, puis progressivement de plus en plus haute, seront répétés.

Les techniques de course sont toutes ici considérées aussi bien avant- arrière que latérales.

- Les lancers : ils seront enseignés en fonction de la vitesse, du démarrage dans le moment juste, de l'équilibre postural et dynamique, de l'impulsion et de la situation inversée du plan de jeu : le panneau.

- L'orientation spatiale : on travaille sur tableau, puis sur sol, en

marchant, en courant, en arrêt- départ, seul et en groupe. On insiste sur les représentations petit côté de jeu et longueur de jeu.

Les 3 points importants sont :

- la situation du but des tirs
- la rapidité du déplacement
- la rapidité de décision.

Il est important d'apprendre au joueur à évaluer la vitesse de déplacement d'un partenaire sur la longueur de jeu en regard d'une passe qui se fait sur la largeur de jeu.

- La numérotation : l'évaluation de la vitesse est ici prédominante. Vitesse du rebond de la balle, longueur du lancer, vitesse de déplacement des partenaires de jeu.

Toutes les techniques sportives comme le tir à l'arc, l'athlétisme, la natation, le hands ball,..., sont susceptibles de recevoir une approche d'enseignement adapté.

Les applications pédagogiques et méthodologiques peuvent être reprises de formations psycho motrices et d'écoles pour entraîneur.

□ **L'analyse corporelle**

□ Définition

L'analyse corporelle permet de retrouver son histoire oubliée et refoulée à travers la reprise de conscience de son corps. Il faut réussir la possibilité de créer sachant qu'il n'est d'histoire de la personne hors de son vécu corporel.

□ Développement

L'être humain a besoin de points de repères pour se construire comme pour se retrouver.

La sensorialité, l'affectivité, les images de l'enfance, et le miroir de ce que nous sommes aujourd'hui, constituent un « **ensemble** » unique.

Ce mot « ensemble » est fondamental à la compréhension de toute analyse car il permet de sortir

l'individu de l'état de dispersion, d'éclatement, dans lequel il s'est placé lui-même dans la plupart des cas, suite à la perclusion des pensées, des pulsions, des affects.

Retrouver son histoire individuelle et donner un sens à cette histoire, voilà la finalité d'un chemin de soins. Il faut permettre à la personne d'exister en déposant en elle au bon moment et au bon endroit le mot qui délivre.

L'histoire de chacun est liée au temps et à l'espace et à un nombre indéfini de relations – évènements.

Une multitude de connexions existent donc en nous, universelle, naturelle, et génétique. Ces connexions permettent à chacun des actes de création, des choix de relations nouvelles, des pensées liées à la vie.

Tant d'actes possibles reliés entre eux par l'invisibilité d'un fil d'or, lui-même identifié dans le principe de la mémoire.

Faire mémoire de ce qui est en nous et vers où nous allons, constitue le principe même de l'analyse corporelle.

En effet, toute histoire personnelle a une signification pour nous-mêmes et pour les autres. Et quand cette signification n'est pas évidente ou est absente, il faut la rechercher à partir du sens blessé de la personne, l'ouïe, la vue, l'odorat, la saveur, le toucher.

Dans l'analyse corporelle nous établirons donc les liens invisibles de ces blessures des sens (plan du psychisme, plan de la souffrance) avec leurs manifestations concrètes corporelles.

Une formation spécifique est demandée au praticien afin de maintenir la technique d'analyse corporelle dans son niveau psychothérapeutique respectueux de la personne.

○ **Projet thérapeutique**

Il faut permettre à chaque participant de se retrouver dans le temps de « avant le tomber malade »

○ **Le but espéré**

Sachant que toute personne possède un potentiel, sachant que chacun garde en lui une petite graine, un diamant, une perle, c'est à nous de lui

permettre de la resituer et de l'exploiter. C'est pourquoi :

- Il faut prendre conscience en toute liberté de tout événement
- Il faut déposer en la personne : bonheur, espérance, autonomie, amour, dynamique de vie, réassurance, la réconciliation avec soi-même.

: toujours apporter un projet pour la séance suivante.

○ **La durée**

Un entretien préliminaire est nécessaire avant toute ébauche de soins. On estime qu'un travail d'analyse corporelle doit comporter des heures d'applications et des temps de repos.

C'est pourquoi nous organisons les rencontres en deux journées de 6 heures, une fois par mois et ce pendant 9 mois. Une même personne ne bénéficiant bien sûr qu'une seule fois de la méthode.

Des orientations individuelles diverses seront toujours à envisager à la fin des séances (psychothérapie, ateliers divers,...avec des professionnels de la santé.)

○ **Plan des séances** : sous forme de cours

- **Niveau pédagogique** :

enseignement sur le fonctionnement de la personnalité en général

- **Niveau didactique** : exercices corporels :

Introspection (relaxation), Régression (relaxation)

Expression corporelle, danses, chant, massage

- **Niveau psychologique** : (**techniques d'association verbales sur le matériau employé**)

Ecriture - Peinture - Ecoute musicale

- **Niveau spirituel** : liens avec l'histoire familiale -

l'histoire du monde - l'histoire personnelle

Chapitre IX

Kinésithérapie adaptée aux différentes pathologies psychiatriques.

Les attitudes, les techniques et les modalités envisagées portent sur le domaine de la psychiatrie adulte. En ce qui concerne la psychiatrie infantile, le travail du kinésithérapeute intervient plus dans une perspective institutionnelle ou éducative et ce dans le cadre d'une prise en charge en équipe élargie pluridisciplinaire (éducateurs, enseignants.)

▫ **Névrose d'angoisse**

Attitudes

- Canalisation de l'anxiété soit par le biais d'une dynamisation à base sécurisante, soit par l'intermédiaire de techniques corporelles de type régressives.
- Permettre au patient de concrétiser une réassurance dans le temps.

Activités

○ Individuelle :

Au début :

- Sensibilisation aux méthodes de détente en général : massage, hydrothérapie, techniques psychomusicales, Jacobson, Eutonie. Permettre toute verbalisation .
- Natation

Progressivement :

- Relaxation de type sophronique (acceptation prolongée), travail de déconditionnement.

○ Travail en groupe :

- Rythmique, communication non verbale, créativité corporelle, danses folkloriques (groupes en progression)

○ Contre-indications:

- Eviter des situations où le pôle anxiété peut resurgir des conduites proposées ou vécues
- Eviter une prise en charge non régulière.

Modalités

Individuelle :

- 3 x par semaine

Durée: 45 minutes

En groupe :

- 1 à 2x par semaine (à évaluer)

Durée: 60 minutes.

Dans la perspective d'une prise en charge extra - hospitalière : -

Relaxation individuelle ou de groupe (1 x par semaine - durée: 45 minutes.)

□ **Alcooliques**

Attitudes

1. Etablir un contrat de prise en charge
 2. Etablir un programme structuré avec conduites directives
 3. Eviter les jugements de valeur
 4. Donner la possibilité d'extérioriser et de canaliser l'agressivité
 5. Permettre l'amélioration des contacts sociaux, dans la perspective d'un travail de groupe
 6. Etre attentif à toute plainte d'ordre somatique qui réalimenterait un cycle de dépendance
 7. Par un biais fonctionnel, réaliser une mobilisation du patient en vue d'une autonomie progressive
-

Activités

- Indications: entretien préliminaire
 - Dans un premier temps, individuelles :
 - Evaluation psychomotrice
 - Enveloppements humides
 - Hydrothérapie : gymnastique et « *stretching* »
 - Sensibilisation aux méthodes de détente (Jacobson, Eutonie)
 - Massage de zones douloureuses (crampes)
 - Méthodes d'entraînement en fin de programme (Schultz)
- et/ou psychothérapie de relaxation (en cothérapie avec un médecin alcoologue ou un psychothérapeute), d'une durée au moins de 6 mois en individuel et 6 mois en groupe
- Dans un second temps en groupe:
 - Activation progressive
 - Orientation sportive

Attitudes

1. Etre attentif avant toute prise en charge à la structure psychopathologique névrotique, psychotique ou perverse
 2. Dans un cadre psychothérapique, renforcer l'image corporelle (chez un patient psychotique le délire et le lieu du délire peuvent être le corps lui-même)
 3. Etre plutôt directif dans la prise en charge étant conscient du facteur d'auto - agression de la recherche du perfectionnisme pour soi
 4. Eviter d'être trop fonctionnel et d'exiger le mouvement chez un patient où le métabolisme général est totalement perturbé et où le désir de bouger, d'être hyperactif, peut menacer une fonction organique déjà diminuée
 5. Le discours sur le corps doit nous interpeller. Comment le patient parle-t-il de lui, comment se montre-t-il ? Nous devons pouvoir rassurer le patient sur l'expressivité du corps par une approche très passive, très réfléchie, sur le plan des techniques (séduction et érotomanie ne sont jamais bien loin dans le jeu relationnel)
-
6. Apprentissage progressif du contrôle tonique et émotionnel
 7. Attitudes non directives de la part du soignant qui permettent au patient de retrouver dans le champ de conscience des cénesthésies oubliées
 8. Restructurer le schéma corporel par une analyse des tensions et des résistances qui font suite à la relaxation

Activités

- Individuelle :
 - Massage : pression, contact, effleurage
 - Mobilisation passive : conduite du mouvement (technique de travail souhaitée : Kabat
 - En groupe :
 - Etre attentif à l'image corporelle vécue par le patient et donnée à montrer aux autres
 - Penser à l'aspect socialisant de l'activité envisagée
 - Se rappeler l'importance du facteur dépense énergétique:
 - danses folkloriques (à évaluer)
 - rythmique et communication non verbale (à évaluer)
-

Activités

En tenant compte de la pathologie psychiatrique présente éventuelle, nous pensons à des activités socialisantes individuelles (massage, écoute musicale, rythmique) et de groupe (danses et promenade en groupe). Nous devons être disponible tant sur le plan non verbal que verbale lors de la rythmique et de l' écoute musicale. Il nous faut réaliser une approche du patient vers une mobilisation active légère !

Modalités

Individuelle :

- Séances tous les jours. Durée au cas par cas

En groupe :

- Petit groupe de 5 personnes. Durée 30 minutes.

□ **Dépression**

Attitudes

- Evaluer le plan thymique du patient

- Restructurer l'image de soi

- Permettre les décharges de type agressives

- Permettre au patient de s'extérioriser, de réinvestir dans des actes de la vie extérieure

- Réassurer le patient dans des niveaux de relation personnelle

○ Indications:

- Sensibilisation aux méthodes de détente (individuelle et/ou de groupe)

- Rythmique et communication non verbale

- Créativité corporelle (en fin de prise en charge)

- Spécifications : massage, hydrothérapie, techniques psychomusicales

○ Contre-indications:

- Eviter des situations de compétition dans les activités de groupe (sauf en fin de prise en charge)

- Eviter des situations pouvant induire des préoccupations morbides

- Toujours se montrer compréhensif
- Permettre au patient de libérer d'éventuelles tensions agressives

Modalités

Individuelle :

- Séances de 45 min. (sensibiliser à la détente, relaxation, hydrothérapie, techniques psycho - musicales, éducation physique)

De groupe: Une heure, une fois par semaine.

- **Troubles hystériques de la personnalité**

Attitudes

- Ferme et assez directive
- Restituer les niveaux de réalité hors de l'imaginaire (hors d'un personnage)
- Ne pas encourager le théâtralisme, éviter la verbalisation excessive en dehors d'une activité spécifique
- Viser à ce que le patient gagne une certaine forme d'autonomie sans vedettariat, améliorant sa tolérance à la frustration et le niveau de dépendance
- Etre attentif aux plaintes diverses et aux
manifestations somatiques , notamment dans le cadre
d'activités du groupe

Activités

○ Indications:

- Entretien préliminaire
- Orientation sportive
- Rythmique et communication non verbale et créativité corporelle dirigée (jeu théâtral)

○ Contre – indications :

- Relation individuelle préférentielle

Tenir compte du personnage de l'hystérique qui peut être tantôt stimulant pour tel type de groupe, tantôt élément perturbant pour tel autre groupe.

Modalités

- Planification des activités
 - Horaire fixe
 - Durée maximale par activité: une heure
-

▫ **Etats maniaques (agitation)**

Attitudes

- Pouvoir proposer un programme varié, dynamique, dans un cadre fermé (en fonction de l'instabilité psychomotrice, de la verbalisation, des décharges agressives éventuelles, d'une créativité excessive)
 - Ne pas renforcer l'état compétitif, ou toute forme de dualité
 - Dans les phases de récupération, pouvoir canaliser l'agitation au sein d'un groupe restreint avec des consignes précises
-
- Neutraliser tout accès à un leadership
-

Activités

- Suivre le niveau thymique du patient dans une série d'activités comme le cross - promenade, le réentraînement à l'effort
- En progression: individuelle et en groupe
- activation progressive
 - éducation physique
-

Modalités

Individuelle :

- Au début, jusque deux fois par jour si nécessaire mais toujours dans un cadre défini (espace, temps)
 - Durée par activité: 15 minutes
- Progressivement: 30 minutes

De groupe:

- 1 à 2 x par semaine
 - Durée: à évaluer.
-

▫ **Etats mélancoliques (inhibition psycho - motrice)**

Attitudes

- Dans un premier temps :
 - Accepter la régression et la recherche d'une sécurisation
 - Revaloriser l'image corporelle
 - Réaliser une approche verbale et non verbale en individuel dans un cadre structuré
 - Dans un second temps :
 - Ne pas perdre de vue le niveau excessivement bas du tonus musculaire, et dans ce sens penser à un programme dynamisant
 - Ne pas induire dans le cadre de l'activité une préoccupation morbide
 - Repenser l'expressivité corporelle dans le sens d'un retour au "plaisir" du corps (désir de vivre dans son corps)
-

Activités

- Individuelle et en progression au cas par cas :
 - massage avec mobilisation passive
 - promenade
 - gymnastique douce de type eutonique
 - sensibilisation aux méthodes de détente avec réactivation respiratoire (Winthrebert, Bronson Hospital, Jacobson)
 - En groupe: aspect socialisant
 - créativité corporelle
 - éducation physique de type rythmique essentiellement
 - hydrothérapie
-

Modalités

Individuelle : Séances à programmer au cas par cas

Durée à évaluer

De groupe : Séances 2 x par semaine

Durée: 45 minutes à une heure

▫ **Névrose obsessionnelle**

Attitudes

- Tenir compte du manque d'initiative, des rituels, des contrôles excessifs, que ce type de patients ont sur eux-mêmes et sur leur entourage
 - Ne pas brusquer l'approche du patient
 - Eviter de renforcer tout fonctionnement ou comportement rigide
 - Eviter toute ambiguïté dans les consignes
 - Etre répétitif dans un même cadre, mais donner la possibilité au patient, pendant quelques instants, d'être expressif, voire créatif. Ce moment de libération sera renforcé pour amener doucement le patient à travailler à un rythme plus élevé, à augmenter la tolérance aux situations nouvelles proposées
 - Participation progressive à des groupes
-

Activités

- Indications :
 - Entretien préliminaire de mise en confiance
 - Education physique traditionnelle
 - Progressivement:
 - Activation progressive
 - Rythmique et communication non verbale (passage dans des groupes de plus en plus grands)
 - En fonction du patient: groupe d'expression théâtrale.

 - Contre-indications :
 - Sensibilisation trop hâtive aux méthodes de détente (le patient peut à tout moment contrôler excessivement la sémantique du discours)
 - Techniques psycho - musicales en début de traitement
-

Modalités

obstacle à la relation. »

- Savoir que les perturbations toniques s'inscrivent soit dans une dynamique névrotique, soit dans des manifestations hypochondriaques et mélancoliques
- Savoir que la situation de solitude du vieillard modifie la notion de plaisir (*moins le corps est le lieu du dialogue et de l'échange, plus il devient une instance narcissique*)
- Savoir que le corps du vieillard peut devenir un corps sans paroles. Il faut dans ce cas envisager des techniques de dialogue tonique comme la détente
- Préserver une dynamique profonde entre soignant (qui définit son identité) et soigné (qui retrouve son corps)
- Offrir un contact chaleureux
- Aider le patient à prendre conscience de son état et à l'accepter
- La séance kinésithérapique sera très stimulante (séances courtes, mais nombreuses dans un langage concret)
- Vigilance aux situations dites transférentielles (comme dans les relations parents- enfant)
- Il est important de considérer la revue de vie du patient comme un élément de la progression thérapeutique (« *life review* » où pleurs et deuils sont à écouter)
- Travail en cothérapie

Techniques envisagées

- Accompagnement – présence : donner la main , la promenade.
- Massage doux de zones faciles d'accès (épaules, nuque, bras).
- Détente : méthodes Bergès et Winthrebert.

Horaire et prise en charge

Individuelle :

Au cas par cas, quotidiennement.

De groupe :

Activités socialisantes (musique, danses, rythmique) à durée variable tous les deux jours.

□ Personnalités psychopathiques

Attitudes

- Préconiser des activités à but socialisant et augmenter progressivement le seuil de tolérance.
 - Modeler toute participation au groupe en regard des facteurs d'agressivité et de l'incapacité à supporter des frustrations ou des situations conflictuelles.
 - Proposer progressivement une responsabilité.
 - Dans toute forme de prise en charge, être conscient du facteur éventuel dépressif souvent sans anxiété, du contact agréable voire séduisant, de la moindre frustration, qui pourrait modifier toute suite de traitement ou tout contact avec le patient.
 - Ne pas assumer seul une prise en charge (notion de cothérapie).
Il faut pouvoir assumer une relation ferme et durable.
-

Activités

- Permettre l'établissement d'une relation individuelle dans l'activité physique en général (enseignement du geste sportif).
En groupe :
 - Activation progressive
 - Education physique
 - Orientation sportive (jusqu'à la compétition, jusqu'aux notions d'arbitrage)
-

Modalités

Individuelle :

- Quotidienne. Durée ± 20 minutes

De groupe :

- Séances 2 x par semaine. Durée 45 minutes

Etats d'arriération

Attitudes

Il faut tenir compte de toute une série d'éléments : âge, niveau d'arriération, troubles associés, infirmités éventuelles, type de prise en charge. L'approche de ce type de "pathologies" se fait dans un contexte élargi : milieu de vie, ateliers, école...)

Activités

- *Pédagogiques* :

- Tout ce qui est corporel dans un sens éducatif.

- *Thérapeutiques* : (individuel et/ou en groupe)

- Thérapies psychomotrices, rythmiques musicales

- Education aux techniques de détente (Winthrebert)

- Relaxation thérapeutique (Bergès)

L'analyse du dessin du corps est ici importante (report en travail d'équipe).

Modalités

Individuelle :

- Durée 45 minutes (à évaluer)

De groupe :

- Séances 2 x par semaine (à évaluer)

- Durée 45 minutes.

MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

« La psychanalyse n'oublie jamais que les processus psychiques reposent sur l'organique et que sa tâche consiste à aller jusqu'à ce niveau et pas au-delà. » Freud.

Présentation

Les maladies psychosomatiques se définissent généralement comme un brassage de symptômes physiques associés à des facteurs émotionnels. Les émotions vécues par une personne peuvent refléter des conflits internes souvent inconscients. Ces émotions s'expriment dans un langage neurovégétatif et psychosomatique.

La médecine psychosomatique s'intéresse ainsi aux modes d'attitudes et de réactions d'une personne face à son conflit mais elle peut aussi nous parler dans des cas où la pathologie est plus « organisée » (personnalité psychosomatique).

Eneffet,desémotionscontenuespeuvententraîneruneactionphysiologique de type neurovégétative mais aussi une perturbation fonctionnelle plus psycho - organique.

Le champs d'expression psychosomatique est essentiellement corporel et le langage verbal y est peu représenté.

Le trouble et les maladies psychosomatiques peuvent toucher:

- *Le système cardio-vasculaire (syndrome d'effort, infarctus du myocarde, hypertension artérielle)*
- *Le système digestif (ulcère gastrique, colite)*
- *L'appareil respiratoire(apnée, pneumothorax spontané,...)*
- *Le système endocrinien*

D'autres symptômes s'inscrivent en cortège divers à savoir les affections dermatologiques, les céphalées, les migraines, l'obésité, les lombalgies, les dorsalgies, les cervicalgies (dites souvent atypiques).

Nous tenons toutefois à signaler qu'il existe aujourd'hui une tendance à élargir ce champs de la médecine psychosomatique en présentant tout un ensemble de situation de vie comme des amplifications de situations psychologiques difficiles pour l'individu.

*Ainsi, le vocable « **psychologie de liaison** » gagne progressivement ses lettres de noblesse.*

On y retrouve des situations de vie difficile comme le deuil, l'échec, le cancer.

La douleur

*Le phénomène douloureux réfléchit une situation réactionnelle spécifique à un trauma ou à un ensemble perceptif - affectif. En médecine, il convient de différencier la **douleur aiguë** (douleur symptôme) et la **douleur chronique** (douleur maladie). De nombreuses hypothèses se confrontent aujourd'hui pour expliquer la neurophysiologie de certaines douleurs chroniques.*

De plus, le psychisme peut influencer le vécu douloureux: des maladies psychiatriques comme l'hystérie, l'hypochondrie et certains états dépressifs trouvent leur compte en pathologie somatique.

Il semblerait exister également une personnalité particulièrement apte à récupérer le phénomène douloureux pour une illustration de son comportement.

□ **Le traitement de la douleur**

L'étude clinique de la douleur permet d'envisager des traitements divers :

- pharmacothérapiques

- psychologiques : psychothérapie de soutien, thérapie du comportement par renforcement positifs

- somatiques : éducation au relâchement, entraînement à la rétroaction biologique, la stimulation transcutanée, bio - feedback, P. E . par la F. F. T.

Rôle du kinésithérapeute

Deux points nous semblent importants dans l'approche du patient psychosomatique :

Le discours de la douleur (écoute de la plainte) et **l'agressivité** (ou revendication)

1- **Le discours de la douleur** chez le patient stigmatise souvent l'impuissance du praticien à soulager la douleur et la recherche de bénéfices secondaires qui en résulte.

2- **L'agressivité dans la relation** exprimée par le patient illustre souvent la difficulté pour ce dernier à "vivre" une relation thérapeutique. On parle ainsi de « *relation blanche* », vide et pleine à la fois, pour expliciter cette incapacité du patient à parler de lui hors du champs de son corps.

Aussi, est-il essentiel dans un premier temps de la prise en charge, de permettre au patient de retrouver et d'assumer une forme de plaisir (le désir de bouger sans douleur). Que ce soit le simple plaisir de respirer, de bouger, d'être touché, cette redécouverte de soi va permettre le rétablissement progressif de types de communications constructives pour le patient.

Ecouter le corps souffrant, localiser les messages, travailler dans une direction de non souffrance, c'est pour le kinésithérapeute une voie d'accès à l'aide au patient.

La relation interpersonnelle subjective est importante à établir entre soignant et soigné. Le kinésithérapeute ne juge ni la plainte ni la personne. Il est attentif à ce que le patient lui dit, exprime, au jour le jour, en connotant le positif de tout acquis.

La finalité du traitement est donc de faire vivre des émotions au patient, des émotions qui seront connotées positivement.

Prise en charge

➤ Conduite du traitement

pédagogie :

- Eviter de cristalliser l'attention du malade sur la focalisation d'une tension
- Cerner l'ennui de la stéréotypie du discours
- Structurer l'introspection par la relaxation

Après un entretien préliminaire, le traitement s'établit par une prise en charge individuelle. Progressivement, au cours de cette période, le kinésithérapeute prépare le patient à un travail éventuel de groupe.

Ces groupes de détente d'une moyenne de 6 personnes, fonctionnent sur base d'un contrat préalable établi pour une durée minimale de 3 mois.

Nous serons attentifs au type de verbalisation employée par chaque personne car à tout moment la possibilité d'enclencher dans un processus verbal de type psychothérapique peut se faire.

L'approche corporelle est alors réorientée et partagée avec d'autres soignants.

➤ **Techniques**

- L'hydrothérapie (médiation par l'eau)
- Le massage (support musical)
- Les méthodes d'entraînement par la relaxation (l'Eutonie est privilégiée vu la qualité de son approche pédagogique). L'entraînement au contrôle par le biofeedback est conseillé particulièrement dans les situations de douleurs chroniques.
- La créativité corporelle (l'expression du vécu peut se faire par le dessin du contour du corps)

Il est conseillé d'orienter le programme kinésithérapique vers une démedicalisation du traitement. Le patient est ainsi préparé à des prises en charge extra - hospitalières et sportives.

➤ **Approches spécifiques**

Souvent, sur la prescription médicale, l'indication d'une pathologie se fait avec le mot « atypique ». C'est chose courante de lire, cervicalgie

atypique, dorsalgie atypique, lombalgie atypique.

Le mot « atypique » veut tout dire et ne rien dire à la fois. La difficulté est donc réelle pour le kinésithérapeute d'adapter un traitement kinésithérapique qui soit juste pour le patient et cautionnable pour le médecin.

Nous proposons sept situations particulières qui demandent une considération spécifique pour l'élaboration d'un programme de rééducation :

- **Lombalgie** : souvent un traumatisme ancien est présent. Les patients sont ici hypertendus. Une grande difficulté à exprimer l'agressivité est relevée ainsi qu'un discours à connotation symbolique lié souvent à l'impuissance du rachis à fonctionner.
- **Cervicalgie, dorsalgie** : On relève ce type de douleur chez des patients qui éprouvent des difficultés « à faire face » . Les épaules sont ici relevées. Le port de la tête est un élément observable (responsabilité à assumer une fonction , mauvaise appréciation de sa valeur personnelle, soustraction au regard des autres, retrait émotionnel par rapport au monde extérieur et aux autres). Des troubles automatiques associatifs par contraction de groupes musculaires proches peuvent entraîner des cervico - braccialgies.
- **Dystrophie réflexe de l'Epaule** : Des traumatismes affectifs importants peuvent entraîner des dystrophies de type réflexe touchant globalement l'épaule. Il s'agit dans ces cas d'extériorisation d'un dérèglement neuro végétatif réflexe. Des tendinites traumatiques peuvent trouver leur résolution et donner des dystrophies réflexes globales associées.
- **Manifestations cardiaques** : Des symptômes cardiaques névrotiques peuvent soudain se transformer en troubles coronariens conséquents. L'enjeu est ici l'anxiété exprimée, la colère, l'activité performante, souvent en association avec un profil psychologique particulier appelé « pattern A » (profil lié à la performance, à la compétition, à la rigidité).
- **Manifestations respiratoires** : Il s'agit souvent de manifestations liées à un processus de régression (psychologique et physique) où se lit un besoin de passivité et de dépendance. Ici le patient montre

que c'est son être tout entier qui est souffrant. Souvent ce type de patients éprouvent des difficultés à assumer toute opposition ou désaccord dans une relation qu'ils appréhendent de perdre.

- **Colite:** Ce type de patients montrent des sentiments de culpabilité et de dépendance. La personne tente ici de compenser son désir de dépendance par une activité importante. La personne est inquiète par rapport à l'exécution de certains devoirs ou obligations. Souvent l'expression verbale est ici difficile à contenir.
- **Migraine :** Les patients vivent des impulsions hostiles à l'égard d'autrui. Mais ces impulsions retombent très vite sur eux ce qui les place dans un sentiment de culpabilité. Ils sont en général maniaque, obsessionnel, vivant sous une tension psychologique et physique continues. Trois phases d'observation existent dans le fonctionnement de ce type de plainte :
 - 1- La phase d'attaque dite *conceptuelle* : Si les inhibitions entre en jeu dès le début de la phase alors une crise apparaît.
 - 2- La phase d'attaque dite *végétative* : Si la phase végétative est inhibée, alors on a de l'hypertension.
 - 3- La phase d'attaque dite *musculaire* : Si la phase musculaire est inhibée, nous assistons alors à des syncopes, des manifestation arthritiques.

Chapitre XI

SPORT ET PSYCHISME

L'approche du sportif et de son psychisme tient compte des besoins et des techniques propres à la discipline pratiquée soit dans le sport individuel, soit dans le sport collectif.

Cette approche tient compte de la motivation qui a poussé le sportif au choix de telle ou telle discipline, de sa personnalité et de sa sensibilité individuelle des systèmes neurophysiologiques et biochimiques.

Un sportif peut vivre des moments difficiles sur le plan familial, dans sa relation avec l'entraîneur, lors d'un échec.

Il peut vivre une perte de confiance en soi et de ses capacités et performances lors d'une maladie ou d'une blessure.

Une telle situation d'« *arrêt* » dans un processus sportif peut amener un état de doute appelé « **trauma du sportif** » lié ou non à un *état de terreur*.

A - Rôle du stress dans l'acte sportif

Lors de la pratique d'un sport, la mise en jeu d'un mécanisme de défense peut refléter une difficulté liée à un niveau ou à un moment de la phase d'entraînement. Une situation de stress par exemple peut toujours survenir pour toute phase de jeu ou d'entraînement.

L'attitude alors présentée par le sportif (souple, rigide, inhibée, agressive) peut justifier la mise en latence nécessaire de la vie affective (imaginative) pour que le geste sportif continue à être efficace. Or, comme l'activité imaginative distille les émotions, on comprend qu'une composante anxieuse inhabituelle peut jouer un rôle actif dans l'apparition d'une situation difficile appelée "trauma".

Il convient donc de bien connaître le sportif (notamment son profil de personnalité appelé également **pattern** psychologique).

Il convient d'être attentif à la façon dont ce dernier résout la composante anxieuse liée à la situation d'entraînement.

D'autre part, sachant que des désordres somatiques peuvent accompagner des situations difficiles (notamment en pré compétition), on établit une prise en charge du moment pour amener à l'intégration de la composante anxieuse (apprentissage, préparation mentale).

Plusieurs formes de facteurs liés à la situation sportive doivent être cités. Ils interviennent dans la considération de toute discipline constitués d'ensembles

- cognitifs
- fonctionnels
- affectifs
- relationnels
- structurels.

➤ Les facteurs liés à la personnalité de l'athlète et à l'entraînement se mêlent à ceux liés à la compétition, la famille, le profil psychophysiologique, l'organisation locale du sport (fédération, pays...).

Sachant que certains types de personnalité sportive sont plus attirés que d'autres vers certains sports, on comprend l'importance d'une dynamique comportementale et fonctionnelle individuelle et de ses retombées dans la considération d'une dynamique groupale.

Le comportement particulier d'un sportif peut donc s'avérer unique pour

un moment donné. La considération de ce moment est primordiale (avant - pendant – après, l’effort).

L’introversion est correspondante du niveau d’effort recherché.

Les résolutions individuelles de comportements momentanés peuvent se réaliser en regard des ressources de chacun : compétitivité, ambition, ressources intellectuelles, richesse psychomotrice.

➤ **Les facteurs intervenant dans la considération de la situation performante**

Il existe une inter - relation constante entre l’individu et son environnement. Le sportif placé dans une situation particulière et momentanée peut montrer des signes d’anxiété parfois importants.

Il convient d’espérer l’élaboration, face à des éléments parasites, d’un contrôle cognitif positif ou l’assumance d’une neutralité affective efficace. La faculté de contrôler le stress peut être conjointe à des indicateurs comportementaux spécifiques.

La **motivation**, par exemple, est un moteur important d’élan individuel. Elle augmente en regard de la performance attendue et peut, associée à une mise en tension énergétique de la volonté, contrecarrer tout effet inhibiteur issu d’une situation “trauma” (douleur, contraintes, fatigue).

➤ **Les facteurs déclencheurs de stress**

- Instabilité de l’environnement
- Explication des résultats post-action
- Analyse des gestes sous-évalués (passes, services) et des gestes surévalués (attaques, tirs, agressivité...)
- Manque de technique
- Manque de condition physique - risque traumatique
- Qualité de la relation entraîneur entraîné
- Importance des facteurs liés à l’entourage

! A côté de ces facteurs spécifiques, il faut savoir qu’une situation dépressive peut survenir dans une phase particulière de l’entraînement

(plateau de performances, accès panique, maladie).

Il faut donc toujours être attentif à la médication prescrite, par exemple:

- Les antidépresseurs : ils agissent sur le système noradrénergique et peuvent diminuer l'activité motrice.
- Les bêta – bloquants : ils peuvent agir dans les accès de panique. Nous serons attentifs aux tremblements.

□ Modes (tests) d'évaluation d'adaptation au stress

Les méthodes d'analyse de données qui peuvent contribuer à l'exploration de différents profils de personnalité sont nombreuses. En voici quelques unes :

- Echelle d'autoévaluation de Bortner
- IPAT Anxiety Scale de Cattell
- Sport Competition Anxiety Test (SCAT) de Martens
- Théorie de l'apprentissage social de la personnalité J.B.Rotter.

□ Conseils didactiques

- Filmer le retour au calme
- Noter la position d'efficiace
- Observer l'espace de jeu
- Retenir les pulsions agressives, les moments d'attention diffuse
- Observer la relation entraîneur - entraîné (moment de régression éventuel, moment de rupture)
- Analyser la concordance schéma image (accord avec son corps, sa voix, son mouvement)
- Analyse du milieu (milieu naturel, artificiel, aquatique).

Préparation mentale

La préparation (ou l'entretien mental) tient compte de cinq facteurs:

- l'image de soi
- la situation familiale
- la situation sexuelle
- la situation de solitude
- la rétroaction biologique

Les facteurs psychologiques et somatiques sont à considérer dans un ensemble. Une attention particulière doit être portée sur la façon dont le sportif comble un déficit sur le plan du Moi car les images anticipatives se travaillent par la répétition mentale dynamique (on observe donc les solutions amenées). L'image motrice doit ainsi être accordée à l'image du Moi. C'est pourquoi les procédés cognitifs axés sur la performance sont fondamentaux (rappel des contrôles d'acquisitions par les potentiels évoqués).

Il faut toujours encourager l'activité, mais il faut demeurer attentif à tout décalage possible pouvant survenir entre la représentation mentale et l'action elle-même (imagination, peur,...).

S'il y a action, il faut qu'il y ait toujours harmonie et concordance entre la représentation du geste et le geste lui-même.

Notre programme de préparation se divise en deux orientations :

1- La sensibilité individuelle

2- La sensibilité de groupe

1- TRAVAIL DU DÉRANGEMENT DE LA SENSIBILITÉ INDIVIDUELLE

1^{er} temps :

- a) définition de soi
- b) définition de l'activité
- c) stimulation des zones toxico - émotionnelles dans l'activité
- d) verbalisation

2^e temps :

- a) acceptation passive
- b) stimulation des zones conflictuelles
- c) idéation

d) verbalisation de la finalité de l'activité

3^e temps :

a) schéma corporel - acceptation - image du corps

b) définition écrite de la finalité personnelle de l'activité

c) redéfinition de soi et de sa famille

d) monnayer la démarche par rapport à soi, à sa famille, à l'acte gratuit dans l'effort.

2- TRAVAIL DU DÉRANGEMENT DE LA SENSIBILITÉ DU GROUPE

1^{er} temps :

a) définition du groupe

b) définition de l'activité

c) que désire-t-on ensemble?

2^e temps :

a) description de la situation conflictuelle

b) quelle relation d'aide?

c) évocation du couple positif et sa fonction dans le groupe ensemble
(puis du groupe négatif et sa fonction)

3^e temps :

a) redéfinition individuelle (soi par rapport à chaque membre du groupe)

b) interaction positive entre effort et action dans la finalité du groupe

c) temps groupe, temps famille

d) élaboration d'un effort commun pour l'assimilation de l'image individuelle à l'image groupe (fonction d'homéostasie, notions de corps - groupe)

Le risque psychosocial

L'analyse du risque psychosocial chez le travailleur est considéré comme une politique en soi. Cette politique est appelée : *Politique du bien être*.

Chaque pays possède ses lois et ses conventions propres, et on considère d'une façon générale, dans la politique du bien-être, deux niveaux d'analyse :

Un système dynamique de gestion du risque : protection de la santé du travailleur

- 1 sécurité au travail/ charge psychosociale occasionnée par la fonction
- 2 ergonomie
- 3 hygiène au travail
- 4 embellissement des lieux de travail
- 5 mesures qui touchent à l'environnement.

Une analyse des risques :

- 1 Identification des dangers
- 2 Evaluation des risques.

D'importantes directives européennes s'intéressent aujourd'hui aux aspects psychosociaux liés à la fonction du travailleur.

□ Diagnostic du risque psychosocial

De nombreux questionnaires portent sur l'étude des conditions de travail : Occupational Stress Indicator de Cooper et al- 1988/ Occupational Stress Questionnaire de Elo et al-1999/ WOCCQ – Working Conditions and Control Questionnaire- Univ. Liège 2000. Ces questionnaires reprennent des items factuels pour la plupart:
- Quelles sont les ressources disponibles chez la personne ?

(cognitives, informationnelles, relationnelles)

- Existe-t-il des exigences contradictoires liées à la gestion de la tâche ?
- Une planification du travail est-elle possible ?(maîtrise de la charge de travail)
- Des contraintes corporelles apparaissent-elles ? (liées à la qualité du travail)
- Le travailleur peut-il établir des perspectives dans le temps ?
(stabilité dans l'emploi)

Le stress au travail

□ Définition

« *Le stress psychologique est une réponse du travailleur devant les exigences pour lesquelles il doute de disposer des ressources nécessaires, et auxquelles il estime devoir faire face.* » (De Keyser et Hansez- 1996)

Cette définition est directement liée à la notion de l'environnement de travail lui-même lié à la satisfaction au travail et à la qualité de celui-ci.

En effet, dans le milieu professionnel, les causes de stress sont principalement de deux types :

- intrinsèque (lié au contenu de la tâche)
- extrinsèque (lié au contexte de travail)

Le stress peut apparaître dans les discordances possibles entre les aspirations de la personne vis-à-vis de son poste de travail et les réalités issues des conditions même du travail.

Or, ce sont justement les conditions de travail qui rassemblent des données spécifiques importantes comme :

- la perception de l'environnement
- la répercussion psycho - émotionnelle à l'approche d'une fonction
- la satisfaction ressentie dans une fonction
- l'implication pour une fonction
- le degré de défi
- l'adaptabilité motrice

▣ **Confirmation du stress**

La confirmation du stress est faite à travers différents repères comme :

- Le relevé des situations à problèmes
- Le lien établi entre stress et travail
- Les évènements existentiels qui constituent les volets de cette confirmation.

Le stress se marque par un effet cumulatif progressif sur les plans physique et mental. Ce cumul peut s'ajouter au profil de personnalité déjà présent et aux modes de communication avec la famille et/ou le milieu social.

Dans un premier temps l'impression de stress est furtive, puis l'individu commence à « décrocher ».

Il peut tomber en dépression et présenter des lésions organiques franches (par exemple sur un plan cardiaque, la thrombose).

L'image de soi peut être atteinte et dévalorisée.

▣ **Mesure du stress**

On peut mesurer l'intensité du stress par différents moyens

(rating scales, MSP,...).

Le MSP (mesure du stress psychologique), est un questionnaire qui met au point une mesure représentative de la conception du stress en tant qu'indicateur de la tension adaptative, conception nécessitant une mesure qui soit indépendante des sources (agents stresseurs) et des manifestations pathologiques (maladies).

Epuisement professionnel : le *Burnout*

Si le stress est « ressenti » comme un élément perturbateur d'une fonction psychosociale, il n'en n'est pas de même du « **burnout** » dont

le fonctionnement plus insidieux se fait souvent dans les soubassements mêmes de la personne et donc à son insu.

Freudenberger en 1974 s'est penché sur un constat d'épuisement de la société américaine (New York) puis sur la classe enseignante. Il nous donne une définition très riche et très complète du « burnout » : « **Mal de l'âme en deuil de son identité.** »

En rendant conscientisé le fonctionnement du « burnout », Freudenberger fait apparaître l'importance du concept existentiel dans le mal être du travailleur.

Plus tard C.Maslach présentera un concept d'épuisement professionnel qui s'articule autour de trois dimensions :

- l'épuisement émotionnel (manque d'énergie)
- la dépersonnalisation (l'individu devient insensible, l'autre devient un objet)
- la diminution de l'accomplissement personnel (tendance à s'évaluer négativement)

Et la kinésithérapie dans tout cela !

Il faut d'une manière générale, **revoir l'idéal du soignant !**

Au-delà d'une action concrète, le kinésithérapeute doit être présent au bien ou au mal – être de son patient. Autrement dit, l'observation d'une personne en difficulté psychosociale doit établir chez le soignant le questionnement suivant : « le travail définit-il la personne ou bien la personne est-elle identifiée à son travail ? »

Nous devons observer si l'image corporelle du patient correspond à la fonction du Moi psychologique. Existe-t-il un décalage psycho - moteur dans l'adaptation corporelle de l'individu à son poste de travail ?

Nous devons observer si la personne performante (par idéale, par nécessité, par harcèlement), comble « l'inflation du moi » ou adapte « l'hypertrophie du moi » dans sa vie personnelle.

En cela, par ces regards posés et ces interrogations, nous voyons que l'approche et l'étude du comportement leader ou du poste à responsabilité recourent celle du sportif en plusieurs points.

□ **Méthodologie adaptée**

Si la situation professionnelle performante ou l'activité sportive performante se ressemblent la personne sera définie par son activité.

Dans notre programme de soins, nous sommes attentifs à un accompagnement thérapeutique associé : concertation avec le médecin , le/la psychologue.

En équipe nous considérons :

- La peur de la perte du travail et le sentiment d'échec qui y est associé
- La peur de la perte des relations
- La peur de la perte du regard positif
- La peur de voir sa propre définition mise en cause
- La systémique familiale et/ou sociale

Techniques envisagées

Nous insistons particulièrement sur les aspects suivants:

- a. Importance de l'imagerie mentale vers la tâche et l'organisation (une sous - question s'entend: est-ce en accord avec l'énergie motrice ?)
- a. Travailler la respiration et le placement de la voix
- b. Importance d'une technique pédagogique : l'Eutonie
- c. Privilégier l'action sportive: athlétisme, natation et tir à l'arc
- d. Dessin du corps (association mentale, image et schéma corporels)
- e. Préparation mentale : Sophronisation – techniques comportementales – cure de relaxation psychanalytique
- f. Psychothérapie verbale associée

Conclusion

Nous voici arrivés au terme de cet ouvrage.

Mais nous n'aimons pas ce mot conclusion. Car rien n'est jamais terminé, rien ne peut être clôturé en regard du lien établi au cours de nos soins. Le lien ne doit pas être défendu comme un terme psychothérapeutique mais bien comme une dynamique liée à la guérison de toute mémoire.

Le cordon ombilical est coupé par un acte médical à la naissance, mais je vous pose la question : Comment, avec cette coupure physique, sommes-nous capables de construire notre lien existentiel ? C'est comme si la coupure physique du lien cordon réalimentait une autre dimension du lien.

C'est pourquoi nous aimons l'exemple du travail de la terre. La terre possède sa structure propre à chaque lieu, elle nous donne un parfum qui lui est associé et quand nous la travaillons, elle nous donne sa structure à découvrir, unique pour chaque jardin.

Chaque patient est ainsi un jardin à découvrir et une terre à considérer. Notre action de soignant doit devenir une graine aux variétés multiples. Nous la semons au gré du temps et de l'espace. Ensuite, quand nous nous retirons, quand le soin se termine, quand la terre a retrouvé sa parure, la graine peut commencer à mûrir, dans le secret, pour devenir un plan nouveau.

C'est pourquoi le lien n'est jamais rompu, car il ressemble à une essence fine, un souvenir, une racine, identifiée et saine. L'acte de soulager et de guérir est un acte de véritable conversion.

Il va transformer le matériau dans sa forme, dans sa nature. Notre acte de soins déposé dans l'espérance de la guérison, peut devenir un acte de conversion pour des changements d'opinions, de résolution, de procédure, pour que l'existence de chaque personne puisse devenir active, constructive, le point d'appui pour une nouvelle naissance.

Tout cela rejoint tout ce qui n'est plus visible à nos yeux.

Car la chaleur et la lumière qui font germer la graine dans le sein de la terre ne sont pas visuellement représentable dans leur action sur la graine semée.

Toute notre action kinésithérapique est marquée de ce mystère, car elle est le mystère de toute rencontre.

Index alphabétique

Acte créateur 56
Activités graphiques 131
Activation progressive 132
Activités physiques adaptées 139
Adaptation 67
Age avancé 81
Agitation 158
Agressivité 170
Alcoolisme 89 / 151
Alpha 48
Ame 189
Analyse corporelle 56 / 146
Angoisse 25
Anorexie mentale 88 / 153
Anti dépresseurs 80
Anxiété 23 / 25
Anxiolytiques 79
Arriération 90 / 167
Asthme 19
Autonomie 57
Basket ball 144
Besoin 12
Bien être 185
Bilan kinésithérapique 100
Bilan moteur 110
Biofeedback 24 / 128
Boulimie 88
Bulle 18
Burnout 74 / 188
Cadre 46
Cancer 19
Catatonie 107
Cercle 69 / 71
Cervicalgie 174
Choix 46
Corps du vieillard 81
Colite 175

Communication 62 / 64 / 101
Communication non verbale 119
Compétition 12
Comportement 12 / 64
Conflit 12 / 60
Confusion morale 27
Connaissance 62
Constante de mort 59
Constante de vie 58
Contenant 104
Contenu 104
Création 55
Créativité corporelle 133
Crise de panique 23
Danse 124
Dégression 105
Démences 155
Dépression 83 / 156
Dessin 131
Détente 125
Dialogue tonique 61 / 105
Dialysés 20
Disfonctionnement professionnel 184
Distance 12 / 65 / 127
Distance transitionnelle 13
Dorsalgie 174
Douleur 169
Dynamique corporelle 66
Dynamique de groupe 69
Dynamique du choix 46
Dynamique transférentielle 63 / 65
Dystrophie réflexe 174
Echec 136
Education physique 134
Empathie 72
Emotion 21
Energie 39 / 44
Ensembles 27 / 49 / 63 / 146
Enveloppements humides 96
Epilepsie 85

Epuisement professionnel 186
Espace identitaire 13
Espace potentiel 13
Essence 35 / 39 / 44
Etat dépressif 83
Etats limites 84
Etat maniaque 158
Etat mélancolique 159
Etre 51
Evaluation motrice 107
Existentiel 46 / 54
Faire mémoire 56 / 146
Football 141
Frustration 12
Gériatrie 80
Gestalt 61
Gestion du risque 101
Grossesse 80
Groupes 67
Harmonie des 5 sens 106
Homéostasie 72
Humeur 79
Hydrothérapie 95
Hypnotiques 79
Hystérie 83 / 157
Identité 55 / 188
Illustrateurs 67
Image du corps 4 / 61
Invasion du Moi 29
Jeu sportif 137
Jeu sportif adapté 138
Liberté 55
Libre choix 8 / 44 / 54
Lumière 41
Lombalgie 174
Main 4 / 74
Maladie mentale 11 / 76 / 81
Maniaco dépression 85 / 178
Manifestations cardiaques 175
Manifestations respiratoires 175

Massage 96
Maturité émotionnelle 72
Mécanismes de défense 29
Mémoire 41
Mémoire des cinq sens 56
Méthodes d'entraînement 77
Migraine 175
Modèle cognitif 24
Moi 29
Moi corporel 14 / 17 / 51
Moi existentiel 51 / 53
Moi névrotique 30
Moi peau 17
Moi psychologique 14
Moi psychotique 30
Mot 51
Motivation 179
Musicothérapie 123
Néant 54
Neuroleptiques 78
Névrose d'angoisse 83 / 149
Névrose obsessionnelle 86 / 160
Nœud 69
Non verbal 104
Nudité 82
Objet 60
Objet transitionnel 16
Observation 64
Oméga 48
Packs 96
Pattern 178
Peau 18
Pensée opératoire 171
Personnalité 76
Personnalité névrotique 30
Personnalité psychotique 31
Peur 22
Pharmacothérapie 78
Phobies 86
Plaisir 12

Potentiel évoqué 129
Préparation mentale 181
Projection dans l'imaginaire 14
Psycho gériatrie 162
Psychologie de liaison 169
Psycho motricité 97
Psychopathies 87 / 166
Psychose 87 / 164
Psychothérapies 77
Psychotropes 78
Quotient moteur 109
Référent 46
Référent observateur 64
Référent universel 48
Régression 105
Relation 64
Relation blanche 170
Relation d'objet 14
Relation événement 52
Relation interpersonnelle subjective 171
Relationnel 93
Relaxation 125
Risque psycho social 185
Rond 69
Rythme 98
Schéma corporel 19 / 61 / 98
Scrupule 43
Self 16
Sens 15 / 34 / 35 / 56 / 104 / 147
Signaux 66
Situation performante 179
Souffrance 25 / 33
Souffrance des sens 37
Spirituel 25 / 48 / 148
Sport 177
Sport adapté 140
Stress 22
Stress professionnel 186
Stress sportif 177 / 179
Structure spatio temporelle 99

Systemes 63 / 71
Systemique 57 / 71
Techniques de contrôle 129
Techniques psycho motrices 97
Techniques psycho musicales 123
Techniques traditionnelles 95
Therapies comportementales 24 / 131
Tomber malade 12
Toucher 7
Toxicomanies 90
Transfert corporel 66 / 128
Trauma du sportif 177
Travail 184
Trouble 32
Trouble alimentaire 88
Trouble hystérique de la personnalité 83 / 157
Trouble psychique 31
Visage 36 / 105
Voile 33
Volley ball 143
Yeux 38

Table des matières

Introduction	4
Avant propos	8
Chapitre 1	
Petite synthèse psychopathologique	11
L'espace identitaire	13
Le moi corporel et le Moi psychologique	14
Le self	16
Troubles du schéma corporel	19
Chapitre 2	
De l'émotion à la pathologie	21
L'importance du stress	22
Pathologie de l'anxiété	24
L'angoisse, la souffrance inexprimable	25
Chapitre 3	
L'invasion du Moi	29
Chapitre 4	
Le trouble psychique	32
La souffrance des cinq sens	37
Alimentation des cinq sens	38
Chapitre 5	
Blessure des sens et manifestations corporelles	41
Liberté de choix et énergie	44
Essence personnelle, référence et dynamique du choix	46
Un modèle théorique pour la kinésithérapie	49
Modèle théorique du Moi existentiel	51
Le Moi existentiel	53
Création et liberté	55
La kinésithérapie face à la mémoire des cinq sens	56

Chapitre 6

Concepts pour une kinésithérapie relationnelle	60
L'observation du patient	60
Les théories de la communication et la kinésithérapie	62
Comportement et communication	64
Dynamique corporelle	66
Notions sur le groupe	67
Terminologie	72
La main dans le soin kinésithérapique	74

Chapitre 7

Psychopathologie psychiatrique	76
La personnalité	76
Les traitements	74
La pharmacothérapie	78
Les maladies mentales	81

Chapitre 8

Kinésithérapie des affections relationnelles	92
A- Définition	92
B- Rôle du kinésithérapeute	90
C- Champs d'action de la kinésithérapie	94
D- Les techniques	95

Chapitre 9

Kinésithérapie adaptée aux différentes pathologies psychiatriques	149
-------------------------------------------------------------------	-----

Chapitre 10

Médecine psychosomatique	168
La douleur	169
Rôle du kinésithérapeute	170

Prise en charge	171
Chapitre 11	
Sport et psychisme	177
Rôle du stress dans l'acte sportif	177
Préparation mentale	181
Chapitre 12	
Travail et psychisme	184
Réflexion	185
Le risque psycho social	185
Le stress au travail	186
Et la kinésithérapie dans tout cela !	189
Techniques envisagées	190
Conclusions	191
Index alphabétique	193
Bibliographie	199

Bibliographie

- ABECASSIS A. *La lumière dans la pensée juive*. Paris : Berg International, 1988.
- ABREZOL R. *Sophrologie et sport*. Paris : Chiron, 1985.
- AGMAN G. *Evaluation du trouble des conduites alimentaires*. Paris : Encycl.Méd.Chirurgicale, 1994.
- AGMAN M. *Les prises en charge psychologiques de l'anorexique* SRLF 2011
- ALEXANDER F. *La médecine psychosomatique*. Paris : Payot , 1970.
- ALEXANDER G. *Le corps retrouvé par l'Eutonie*. Paris : Tchou, 1970.
- ANDREOLI P. *Eros et changement*. Paris : Payot, 1981.
- ANZIEU D. *Le groupe et l'inconscient*. Paris : Dunod, 1999.
- ANZIEU D. et al. *Psychanalyse et langage du corps*. Paris : Dunod, 1977.
- ARCHAMBAULT JC. *Comprendre et traiter les alcooliques*. Paris : Frison - Roche, 1992.
- ARVEILLES J. *Des musicothérapies*. Paris : Ed. E.A.P., 1980.
- AUCOUTURIER B. et al. *La pratique psychomotrice*. Paris : Doin, 1988.
- AURIEL B. *Introduction aux méthodes de relaxation*. Toulouse : Privat, 1979.
- BALINT M. *Le médecin, son malade, sa maladie*. Paris : Payot, 1976.
- BARAL J.P. et ARMAND H. *Comprendre les messages de votre corps* Albin Michel 2005
- BARON E et al. *Détente et mouvement en psychothérapie*. Paris : E. S. F. , 1981.
- BECK P et al. *Echelles d'anxiété de manie, de dépression, de schizophrénie*. Paris : Masson, 1989.
- BERGERET J. *Abrégé de psychopathologie*. Paris : Masson, 1974.
- BERGES J., BOUNES M . *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris : Masson,1974.

- BERGSON H. *La pensée et le mouvement*. Paris : PUF, 1975.
- BERNARD M. *Le corps*. Paris : Ed. Universitaires, 1972.
- BERNARD M. *L'expression du corps*. Paris : J. P. Delarge, 1976.
- BERNARD P. *Sémiologie psychiatrique*. Paris : Masson, 1977.
- BERNE E. *Analyse transactionnelle et psychothérapie*. Paris : Payot, 1971.
- BISSONIER H. *L'adulte handicapé mental*. Paris : Fleurus, 1977.
- BORDEAU J.M. *Infirmité et inadaptation sociale*. Paris : Payot, 1977.
- BOSSU M. *L'expression corporelle*. Paris : Centurion, 1974.
- BOUREAU F. *Contrôlez votre douleur*. Paris : Payot, 1991.
- BRIEGHEL-MULLER G. *Eutonie et relaxation*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé, 1972.
- BROWN B. *Stress et biofeedback*. L'étincelle: Montréal, 1977.
- BRUN J. *La main et l'esprit*. Genève : Sator, 1986.
- BRUNET F. *Corps et psychiatrie*. Rennes : ENSP, 1995.
- BRUSSET B. *Diagnostic psychiatrique et différencié du normal et du pathologique*. Paris : Enc. Méd. Chir.,1999.
- BRUTTI-SCOTTI. *Réussir la psychiatrie alternative*, Paris : E. S. F., 1988.
- CALANCA A. BRYOIS C. BUCLIN T. *Vade Mecum de thérapeutique psychiatrique*. Médecine et Hygiène, 2011
- CALZAA. *Le système psycho somatique, un langage du corps à décoder*. Ellipses Marketing. 2002
- CAMILLI C. *Massage sensitif et psychosomatismes*. Paris : Maloine, 1979.
- CAMUSAT P. *La formation psychogestuelle*. Paris : Gamma, 1968.
- CAXENAIRE M. *La rencontre psychologique du médecin*. Paris : ESF, 1980.
- CHARON J. *L'être et le Verbe*. Monaco : Ed. du Rocher,1988.
- CHARON J. *J'ai vécu 15 milliards d'années*. Paris : Albin Michel, 1983.
- CHEVALIER J.F . et al. *Aspects neurologiques de l'épilepsie*.

- Paris : Enc. Méd. Chir. ,1992.
- CHITTY D. *Et le désert devint une cité*. Bégrolles-en-Mauges : De Bellefontaine, 1976.
- CORBIN H. *L'homme de lumière dans le soufisme iranien*. Sisteron : Présence, 1971.
- COTTRAUX J. *Psychosomatique et médecine comportementale*. Paris : Masson, 1981.
- COTTRAUX J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson, 1997.
- DACOS J. P. *Techniques kinésithérapiques en psychiatrie*. Paris : Maloine, Bruxelles : Prodim, 1984.
- DACOS JP. *Kinésithérapie des pathologies relationnelles*. Braine le Château : Éditions ATM, 2004.
- DE AJURIAGUERRA J. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson, 1971.
- DECLERCQ M *Les troubles schizophréniques*. Bruxelles : De Boeck, 2000.
- DENIKER P. et al. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris : Masson, 1990.
- De SOUZENELLES A. *Le symbolisme du corps humain*. St.J.De Braye : Dangles, 1989.
- DE SOUZENELLES A., MOUTTAPA. *La Parole au cœur du corps*. Paris : Albin Michel, 1993.
- De VITRAY – MEYEROVITCH E. *Anthologie du Soufisme* . Paris : Albin Michel,1995.
- De WAELHENS A. *La psychose*. Louvain : Nauwelaerts, 1972.
- DOLAN J, ARSENAULT A. *Stress, santé, rendement au travail*. Montréal : Ecole des relations industrielles de l'Université de Montréal, 1982.
- DOLTO B. *Le corps entre les mains*. Paris. Herman : 1988.
- DOLTO Fr. *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil, 1984.
- DONGIER M. *Personnalité, angor et anxiété*. Paris : Borel, 1970.
- DROPSY J. *Vivre dans son corps*. Paris : E. P. I., 1980.
- D.S.M.IV. *Critères diagnostics*. Paris : Masson,1996.
- DUGUAY R, ELLENBERGER HF et al. *Précis pratique de psychiatrie*.

Paris : Maloine, 1981.

DUYKAERTS M. *Le lien sexuel*. Bruxelles : Dessart, 1970.

ELBAZ Fr. *Une approche psychosomatique: la Bioénergie*. Ellebore 1996

EPHRAIM F, MARDON-ROBINSON. *Le chemin des nuages*. Mortain : éd. du Lion de Juda, 1988.

ESPOSITO R. et coll. *Sophrologie Lexique des concepts*. Masson 2010

EY H. et coll. *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson 2010

FAUCHE S. *Du corps au psychisme*. Paris : PUF , 1993.

FELDENKRAIS M. *La prise de conscience du corps*. Paris : Laffont, 1973.

FERNANDEZ L. *La préparation psychologique de l'athlète*. Paris : Amphora, 1986.

FILLIOZAT A.M. et GUASCH G. *Aide-toi, ton corps t'aidera*. Albin Michel 2006

FORESTIER R. *Tout savoir sur la musicothérapie*. Favre 2011

FOULKES Sh., KADIS A. *Guide du psychothérapeute de groupe*. Paris,EPI, 1971.

Fr.EPHRAIM, Dr.MARDON-ROBINSON. *Le chemin des nuages*. Mortain : Ed. du Lion de Juda,1988.

FREUD A. *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF, 1973.

FREUD S. *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris : PUF,1972.

GADDINI R. *Transitionnal object and the process individuation*. J. Am. Acad. Psychiat. : 9, 347.365, 1970.

GALLI CARMINATTI G. *Retard mental, autisme et maladies psychiques chez l'adulte*. Montréal : Médecine et hygiène, 2000.

GALLI CARMINATTI G. *Retard mental, autisme et maladies psychiques chez l'adulte*. Montréal : Médecine et hygiène, 2000.

GAUTHIER J.M. *Le corps de l'enfant psychotique*. Dunod 1999

GEISSMAN P. et al. *Les méthodes de relaxation*. Bruxelles : Dessart, 1968.

GENTIS R. *Les leçons du corps*. Paris : Flammarion, 1979.

GILLET B. *L'homme et son travail - Traité de psychologie ergonomique*. Paris : E.A.P., 1986.

GINESTET D. *Chimiothérapie psychiatrique*. Paris: Masson, 1984.

GLASSER W. *La Reality Therapy*. Paris: E P I , 1971.

GORI R. *Wolfson ou la parole comme objet*. Paris : Nouv. Psychiatriques, 3, 19-27, 1972.

GRASSE P.P. *La défaite de l'amour ou le triomphe de Freud*. Paris : Albin Michel, 1976.

GUEIBE R. *L'alcoolisme au quotidien*. S. Arslan 2008

GUELFY J.D. et al. *Anxiété et angoisse*. Paris : Substantia, 1980.

GUILLOT – JOST A. *La musicothérapie et les méthodes nouvelles d'associations et des techniques*. Paris : E.S.F., 1973.

GUIMON UGARTECHEA J. *Corps et psychothérapie : les psychothérapies à médiation corporelle*. Montréal : Médecine et hygiène, 1999.

GUYARD J.C. *Kinésiologie relationnelle*. Paris: Dangles, 2001

GUYTON C. *Précis de physiologie médicale*. Philadelphie : Ed. Piccin, 1992.

HAYNAL A., PASINI W. *Médecine psychosomatique*. Paris : Masson, 1978.

HALL CA, PONGRAC J. *Movement imagery questionnaire*. London Ontario: University of Western Ontario, 1983.

HENRY M. *Philosophie et phénoménologie du corps*. Paris : P. U. F., 1965.

HIRSCH S. *Au cœur des thérapies*. Cahors : Relations Erès, 2001.

HULSEGGE J., VERHEUL A. *Snoezelen, un autre monde*. Bruxelles : Erasme, 1988.

ISRAEL L. *Le médecin face au malade*. Bruxelles : Dessart, 1968.

JACOBSON E. *Progressive Relaxation*. Chicago: Chicago Press, 1938.

Jeu B. *Le sport, l'émotion, l'espace*. Paris : Ed. Univers., 1977.

JUNG C. *Dialectique du moi et de l'inconscient*. Paris : Gallimard, 1973.

KAPSAMBELIS V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique

de l'adulte. Paris: P.U.F., 2012

KLEIN M. *La haine et l'amour*. Paris : Payot, 1986.

KLINKHAMMER H.J. *La psychothérapie par le jeu*. Bruxelles : Dessart, 1968.

KEMOUN G., PELISSIER J. *Réentraînement à l'effort*. Paris : Frison - Roche, 1999.

KESTEMBERG E. *La faim et le corps*. Paris : P. U. F., 1972.

KREISLER L. et al. *L'enfant et son corps*. Paris : P.U.F., 1974.

KUBLER – ROSS F. *Les derniers instants de la vie*. Genève : Labor et Fide, 1975.

LA SAINTE BIBLE. Paris : Desclée de Brouwer- éd. Du cerf, 1955.

LACOURT E. *La pratique de la musicothérapie*. Paris, E. S. F., 1977.

LE BOULCH J. *L'éducation par le mouvement*. Paris : E. S. F., 1973.

LEBOVICI et coll. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF, 1995

LECOURT E. *La pratique de la musicothérapie*. Paris : E.S.F., 1977.

LELOUP J. Y. *Prendre soin de l'être*. Paris : Albin Michel, 1999.

LEMYRE L. et al. *Mesure du stress psychologique (MSP) : se sentir stressé*. Revue Canadienne des Sciences du comportement, 20(3), 302-321.

LIENARD G. et MEYER R. *Les somatothérapies*. Simep 1992

LINEHAN, MARDSHA M. *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité limite*. Montréal : Médecine et hygiène, 2000.

LLORCA F. *Kinésiologie: Mémoire et intelligence du corps*. Paris: Dangles, 2009

MAC DOUGALL I. *Théâtre du corps*. Paris: Gallimard, 1989.

MACKENZIE M. *The metaskills model of sport counseling*. Teachers College Columbia University, 1983.

- MAGEROTTE G. *La personne déficiente mentale : Apprentissage et activités physiques et sportives*. Paris : P. U. F. , 1984.
- MALHERBE J.F. *Souffrance humaine et révérence de Dieu*. L.L.Neuve : Recherche, 1991.
- MARC E., PICARD D. *L'école de Palo Alto un nouveau regard sur les relations humaines*. Paris : Retz, 2000.
- MARTY P. *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : P. U. F. , 1990.
- MELZACH R, WALL P . D. *Le défi de la douleur*. Paris : Maloine, 1982.
- MENDLEWICZ J. *Manuel de psychiatrie biologique*. Paris : Masson, 1987.
- MEUNIER J.M., SHVALOFF A. *Neuro transmetteurs*. Paris : Masson, 1992.
- MEYER R. *Les thérapies corporelles*. H.G. 1986
- MIHAESCU G. *Précis de thérapies comportementale et cognitive*. Montréal : Médecine et hygiène, 1999.
- MILLAR S. *La psychologie du jeu*. Paris : Payot, 1972.
- MISSOUM G, LAFORESTRIE R. *Tests projectifs pour le sportif- Les déterminants de la réussite sportive*. Paris : E.A.P., 1985.
- MISSOUM G. *La psychologie du sport de haut niveau*. Paris : P. U. F. 1986.
- MONTAGU A. *Le toucher et la peau*. Paris : Seuil, 1979.
- MORAUULT P. *Electrophysiologie cérébrale en psychiatrie*. Paris : Masson, 1992.
- MOUCHET P. *Transmission des messages nociceptifs et physiologiques*. Paris : Masson, 1988.
- OBERLE M. *Le plaisir et l'ivresse*. Paris : Le Hameau, 1987.
- ONNIS L. *Les langages du corps: la révolution systémique en psychosomatique*. ESF 1999
- OUAKNIN M.A. *Mystère de la Kabbale*. Paris : Assouline, 2000.
- PANKOW G. *Image du corps et médecine psycho -somatique*. Paris : Evol.Psych. tome 38, fasc. 2: 1973.

- PANKOW G. *L'homme et sa psychose*. Paris : Aubier, 1969.
- PARGMAN D. *Stress and motors performance - understanding and coping movement publications*. New York: Ithaca, 1986.
- PICHOT P. *L'anxiété*. Paris : Masson, 1987.
- PICK P., VAYER P. *Education motrice et arriération mentale*. Paris . Doin : 1972.
- QUILLET. A. *Dictionnaire de la langue française. : méthodique* . Paris : A. Quillet, 1948.
- RAYNAUD M, LOPEZ A. *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie*. Paris : Frison - Roche, 1994.
- REICH W. *L'analyse caractérielle*. Paris : Payot, 1973.
- RICHARD J. et al. *De l'application et du rôle de la relaxation en gériatrie*. Paris : Revue de Méd. Psycho - somatique, tome 16, 1974 (nr.3).
- RICHTER HE. *L'angoisse aujourd'hui*. Paris : Frison - Roche, 1994.
- RIVOLDER J. *Psychologie du sport de haut niveau*. Paris : P. U. F. , 1987.
- RIoux G, THILL R. *Compétition sportive et psychologie*. Paris : Chiron, 1983.
- ROGERS C. *Les groupes de rencontre*. Paris. Dunod : 1973.
- ROUSSEAU P. et al. *L'alcoolique en famille*. Bruxelles : De Boeck, 1996.
- SAMI-ALI. *Corps et image*. Paris : Dunod, 1984.
- SAMI-ALI. *Penser le somatique*. Paris : Dunod, 1987.
- SAMI-ALI. *Corps, espace, temps*. Paris : Dunod, 1990.
- SAPIR M. et al *La relaxation. Son approche psychanalytique*. Paris : Dunod, 1975.
- SAVALL H., ZARDET V. *Ingénierie stratégique du Roseau*. Paris : Economia, 1995.
- SCHEPENS, Prof. DEMYTTENAERE. *Vade Mecum de psychopharmacologie clinique*. Bruxelles: Solvay Pharma, 1999.
- SCHEPENS P., LALLEMAND A. *Les nouvelles défonces*. Paris : Grasset, 2002.

- SCHERMAN D. *La biologie du stress*. Montréal : Le Rocher, 1987.
- SCHILDER P. *L'image du corps*. Paris : NRF Gallimard, 1973.
- SCHNEIDER B. *Psychologie médicale*. Paris : Masson, 1984.
- SCHULTZ H. *Le training autogène*. Paris : P. U. F., 1958.
- SEVE – FERRIER N. *Neurophysiologie corporelle, visuelle et gestuelle: du trouble à la rééducation*. Paris : Masson, 1995.
- SIVADON P., GANTHERET J. *Rééducation corporelle des fonctions mentales*. Paris : E. S. F. :1969.
- SPITZ A. *De la naissance à la parole*. Paris : P. U. F., 1968.
- STRUYF – DENYS G. *Les chaînes musculaires et articulaires*. Paris : SBO – RTM Maloine, 1982.
- STRUYF – DENYS G. *Manuel du Mézeriste*. Paris : Frison-Roche, 1995.
- SYER J., CONNALLY Ch. *Le mental pour gagner*. Paris : Laffont, 1990.
- TOMATIS A. *Vers l'écoute humaine*. Paris : ESF, 1974.
- TREICHLER M. *Psychopathologie et vie quotidienne. Crises et maladies du corps et de l'âme. Comment les surmonter?* Aethera 2005
- UGER L. *Psychiatrie : Tome 2, Troubles neuropsychiatriques de la personne âgée et déficiences mentales*, Estem, 2005
- VERDEAU PAILLES. *Techniques psychomusicales actives de groupe et leur application en psychiatrie*. Paris : Doin, 1978.
- VANDER P. et al. *Physiologie humaine*. Chenelière : MC Grax – Hill, 1995.
- WALLON H. *L'importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant*. Paris : Enfance, nr.9, tome 1, 1956.
- WARDAVOIR H. *Réflexologie et kinésithérapie*. Paris : Frison- -Roche, 1997.
- WATZLAWICK P. et al. *Une logique de la communication*. Paris : Seuil, 1972.
- WEIL S. *La pesanteur et la grâce*. Paris : Plon, 1998.
- WILDLOCHER D. *Le ralentissement dépressif*. Paris : P. U. F. , 1983.
- WILDLOCHER D. *Traité de psychopathologie*. PUF 1994

WINNICOTT D.W. *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1971.

ZWANIKKEN W. Psychothérapie des personnes âgées. NCd.J. : Geronto, 1977.

Copie et reproduction interdites sous toute forme que ce soit.
Manuscrit terminé le 15 août 2003.© copy- right 2003