



**HAL**  
open science

## Corps et addictions : réflexions autour des enjeux psycho-corporels en addictologie

Justine Raffegau

► **To cite this version:**

Justine Raffegau. Corps et addictions : réflexions autour des enjeux psycho-corporels en addictologie. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274252

**HAL Id: dumas-02274252**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274252>**

Submitted on 29 Aug 2019

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

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

Institut de Formation en Psychomotricité de  
la Pitié Salpêtrière  
Médecine Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital  
75013 PARIS



## **Corps et addictions**

### Réflexions autour des enjeux psycho-corporels en addictologie

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'État de  
psychomotricien par Justine Raffegau

Référent de mémoire :  
Christophe AROULANDA

Session de juin  
2019

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Amélie PETIT, ma maître de stage, pour m'avoir soutenue et encouragée à me dépasser, que ce soit dans ma réflexion ou dans ma pratique. Merci de m'avoir aidée à penser, ton regard a été précieux dans mon évolution et dans la rédaction de ce mémoire.

Merci également à l'ensemble des professionnels du service d'addictologie pour leur accueil chaleureux et leur écoute bienveillante.

Sincères remerciements à Christophe AROULANDA, mon maître de mémoire, pour m'avoir accompagnée tout au long de cette troisième année. Nos temps d'échanges ainsi que votre œil avisé ont été très étayants dans la réalisation de ce travail.

Je remercie mes parents et mon grand frère pour leurs nombreuses relectures et leurs encouragements sans faille tout au long de ma formation, et plus particulièrement durant cette dernière année.

J'exprime également toute ma gratitude à Sophie LEMAHIEU, pour m'avoir accordée du temps, vos conseils avisés ont été très enrichissants pour moi.

Merci à Mylène MADIN, pour m'avoir fait partager sa riche expérience tout au long de l'année. Ton engagement auprès des patients et tes valeurs viendront nourrir ma pratique future.

Je tiens aussi à remercier toutes les psychomotriciennes qui m'ont accueillies sur leurs lieux de travail durant mes trois années d'études. Ces stages instructifs ont tous participé à enrichir ma pratique et à affiner mon regard de future psychomotricienne.

Un grand merci enfin à Amarande, Ambre, Justine, Elsa et Chloé, qui n'ont rendu que plus savoureuses ces trois années. Merci pour tous ces beaux moments partagés.

*« C'est l'entrée en fanfare de la bonne drogue, de la chère compagne qui vient  
dans le lit de vos veines, caressante, prête à toutes les amours que votre  
imagination réclame, bénéfique, douce, merveilleuse, celle qu'on attendait  
fébrilement, sans laquelle la vie n'est pas la vie.  
L'indispensable nourriture qui vous tyrannise adorablement. »*

C. DUCHAUSSOIS, *Flash ou le grand voyage*

# Sommaire

REMERCIEMENTS.....	2
INTRODUCTION.....	6
PARTIE CLINIQUE .....	8
I – L'institution.....	8
A) L'hôpital de jour.....	9
B) Unité temps plein d'hospitalisation en addictologie.....	10
C) Autres services.....	11
D) Le soin en psychiatrie adulte.....	11
a. L'empathie.....	11
b. La juste distance .....	13
c. Le toucher .....	14
E) La place de stagiaire.....	17
II – Vignettes cliniques.....	19
A) Madame G.....	19
B) Madame M.....	21
C) Madame L.....	23
PARTIE THEORIQUE.....	25
I – Représentation de soi .....	25
A) Les interactions précoces.....	25
B) L'acquisition du Moi.....	27
C) Construction des enveloppes .....	29
D) L'image du corps.....	30
II – Le mécanisme des addictions.....	32

A) Les différents types d'addictions.....	33
B) L'attachement.....	36
C) La sensorialité.....	38
D) Les angoisses.....	40
III- Psychomotricité en addictologie.....	42
A) La place du corps.....	42
a. Les traumatismes corporels.....	42
b. L'étayage de la psychomotricienne.....	44
c. Un corps abandonné.....	45
B) L'entretien psychomoteur .....	46
C) Le cadre.....	47
D) Transfert et contre transfert .....	48
E) Le projet de relaxation.....	49
a. Les indications.....	49
b. Structuration de la séance.....	51
c. Effets de la relaxation .....	52
DISCUSSION.....	53
I – Le psychomotricien à l'œuvre .....	53
A) La prise en charge psychomotrice.....	53
B) La prise en charge à court terme.....	56
C) De la rencontre au toucher .....	59
D) Un corps à corps.....	61
II – Tricotage – détricotage .....	64
A) Les limites de la relaxation .....	64
B) Un modelage au patient.....	66
C) Madame V., représentation d'une constante adaptation.....	68

D) Le temps de la séparation.....	71
CONCLUSION.....	73
GLOSSAIRE.....	78

## INTRODUCTION

La prévalence des conduites addictives est en constante augmentation depuis une dizaine d'année, constituant un problème de santé publique majeur. C'est particulièrement le cas pour les produits psychoactifs (alcool, tabac, drogues) dont les français, notamment les jeunes, font partie des plus grands consommateurs en Europe. La limite entre un usage occasionnel, récréatif et la dépendance se rétrécit progressivement. Moins connues, mais également de plus en plus fréquentes, les addictions sans objet ou comportementales regroupent, pour les formes classiques, l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie.

Qu'elles soient avec ou sans objet, les addictions touchent le sujet dans sa globalité, à différents niveaux : somatique, psychique, affectif, social. La place accordée à l'objet de l'addiction est considérable et le fonctionnement du sujet s'oriente presque exclusivement autour de ce pôle addictif. De multiples recherches ont été effectuées et continuent d'être menées, afin d'identifier les causes de ce fonctionnement pathologique. Il s'avère qu'elles sont multiples et propres à chacun, relevant de facteurs internes et externes au sujet.

Il semble donc urgent de mettre en œuvre des moyens visant à soutenir les sujets touchés ainsi que leur entourage. Un nouveau plan national de lutte contre les addictions a d'ailleurs été mis en place en décembre 2018 et sera effectif jusqu'en 2022.

Les professionnels du médical et du paramédical en sont des acteurs majeurs et interviennent tant dans la prévention que dans la prise en charge thérapeutique des personnes dépendantes. Effectivement, dans un contexte de prise de toxiques ou de restriction alimentaire par exemple, le corps est particulièrement mis à mal dans ces pathologies. L'articulation entre soma et psyché est complexe chez ces patients, il semble donc important que la prise en charge soit plurimodale.

Lors de mon stage en service d'addictologie, j'ai pu rencontrer des patients aux problématiques très variées et avec des parcours de vie divers. Toutefois, un élément semblait être commun à de nombreux patients, celui d'un défaut de contenance psychique et corporelle au cours de leur histoire passée. C'est sur la richesse de cette clinique que s'est appuyée ma réflexion et je me suis alors demandée **comment s'organisent les enveloppes corporelles et psychiques du sujet autour du pôle addictif ?**

En repartant du développement psychomoteur de l'enfant, j'ai effectué une analyse des divers

mécanismes entrant en jeu dans les pathologies addictives.

Dès lors, quel rôle joueraient les interactions précoces entre l'enfant et ses parents dans la constitution d'une représentation de soi stable ? Comment un traumatisme peut venir fragiliser la sécurité interne de l'individu ? L'objet de l'addiction peut-il être utilisé par le sujet afin de ressentir les limites corporelles qui lui font défaut ?

De ces différentes interrogations en est ensuite émanée une autre, à savoir, quel peut être l'apport de la psychomotricité dans ce domaine ? Et, plus particulièrement, en quoi la relaxation pourrait être une méthode permettant de recréer un espace contenant, limitant les angoisses ?

Pour tenter d'éclairer ces questionnements, je vais dans un premier temps présenter le fonctionnement du service d'addictologie, en appuyant mes propos avec la présentation de trois patientes. Dans un second temps, je retracerai les différentes étapes menant à l'émergence de l'individuation, la façon dont elles s'intriquent avec les mécanismes de l'addiction et la place de la psychomotricité dans le processus de soin. Enfin, j'aborderai plus spécifiquement la façon dont le psychomotricien proposera un suivi adapté à chacun des patients, en leur offrant la possibilité d'effectuer de nouvelles expériences corporelles, ouvrant alors de nouvelles perspectives, notamment dans la façon de réguler leurs états émotionnels.

## PARTIE CLINIQUE

### **I – L'institution**

J'effectue mon stage au sein d'un service hospitalo-universitaire de psychiatrie, non sectorisé, pour adultes, qui comporte :

- Trois unités d'hospitalisations : l'une dévolue aux troubles du comportement alimentaire, une unité pour les troubles de l'humeur et une unité d'accueil de patients suicidants et d'addictologie

- Un Hôpital de jour pour les troubles du comportement alimentaires et l'addictologie

- Une consultation de psychiatrie générale et des consultations spécialisées dans les domaines suivants :

- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles de l'humeur, dépressions récurrentes résistantes au traitement et dépressions saisonnières
- Troubles liés à l'usage d'alcool
- Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité
- Troubles anxieux
- Psychiatrie générale

La psychomotricienne qui m'accueille sur ce lieu de stage intervient au niveau de l'hôpital de jour et de l'unité d'hospitalisation à temps plein pour les troubles du comportement alimentaire et addictologie.

#### A) L'hôpital de jour

L'hôpital de jour a une mission d'évaluation, de soins, de recherche, d'orientation thérapeutique et d'optimisation de l'insertion socioprofessionnelle. Au sein de cet HDJ, les patients souffrants de trouble du comportement alimentaire avec d'éventuelles comorbidités et/ou troubles liés à l'utilisation de l'alcool y sont accueillis une fois par semaine, sur une période allant de six mois à un an, renouvelable si l'état du patient le nécessite.

Les soins sont réalisés par une équipe pluridisciplinaire : psychiatres, médecins spécialistes, étudiants hospitaliers, infirmières, aides-soignantes, neuro-psychologues, psychothérapeutes, psychomotricienne, ergothérapeute et assistantes sociales.

Le projet de soins en HDJ, proposé par l'équipe, ne peut se mettre en place qu'avec un réel engagement et une adhésion du patient aux objectifs proposés. Les journées du lundi et du jeudi sont réservées aux patients souffrant d'addiction à l'alcool, sur les autres jours, ce sont les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire qui sont accueillis. Chaque patient a, au sein de l'HDJ, une infirmière et/ou une aide soignante ainsi qu'un interne de référence. Les professionnels se répartissent les patients selon leurs disponibilités, pour que chacun ait environ le même nombre de patients à charge.

Pour le patient, la journée débute par un entretien avec l'infirmière pour faire le point sur la semaine passée et redéfinir les objectifs pour celle à venir. Il y a également une vérification des constantes, du poids, des consommations alimentaires et/ou en alcool selon la problématique du patient, des prélèvements sanguins et/ou urinaires si besoin. Le patient rencontre en temps normal l'interne tous les quinze jours, sauf si besoin particulier. Pour le reste de la journée, différents ateliers sont prévus, certains sur prescription et d'autres ouverts à tous. Ils sont proposés par différents professionnels : infirmières, ergothérapeute, psychomotricienne, aide-soignante... Il y a également des prises en charge individuelles, selon les besoins, avec les médecins, psychologues, professionnels du paramédical ou encore les assistantes sociales par exemple. Un repas thérapeutique encadré par les infirmières est prévu le midi pour tous les patients.

Outre le fait que l'hôpital de jour ait une fonction thérapeutique, c'est également un lieu de socialisation. Les patients isolés socialement sont nombreux, l'HDJ leur offre ainsi des temps de partage et de rencontre avec d'autres patients. C'est particulièrement le cas pour les patients ne travaillant pas, qui expriment très bien le fait que la journée à l'HDJ rythme leur semaine et c'est souvent un moment qu'ils attendent, qui « les fait tenir ». L'hôpital de jour permet ainsi de concilier prise en charge thérapeutique, vie privée et vie professionnelle. « L'hospitalisation de jour [...] évite ainsi des ruptures trop longues avec l'environnement familial, scolaire, universitaire, voire professionnel, et pallie l'isolement et la marginalisation du patient ».<sup>1</sup>

---

1 DODIN V. *Anorexie, boulimie en faim de conte*, 2017, p. 299

## B) Unité temps plein d'hospitalisation en addictologie

Cette unité non sectorisée de 10 lits propose des hospitalisations libres pour les patients dépendants à l'alcool ou pour un sevrage de boulimie et/ou anorexie, lors d'hospitalisations contractuelles, à durée déterminée. Les patients doivent venir avec une lettre de recommandation d'un médecin. Pour les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, trois jours d'évaluation au centre expert sont nécessaires pour les orienter, soit dans l'un des services de l'hôpital, soit dans une structure externe. Pour les patients venant pour une addiction à l'alcool, une seule journée d'évaluation est nécessaire pour les primo-arrivants. Pour les patients ayant déjà effectué une hospitalisation dans le service, ces journées d'évaluation ne sont pas effectuées une seconde fois, il y a seulement un entretien de pré-admission ainsi qu'une rencontre avec le cadre de santé qui explique au patient le fonctionnement du service et les modalités de l'hospitalisation. Ces hospitalisations courtes durent en moyenne deux ou trois semaines. A son arrivée, le patient s'engage à mener son hospitalisation jusqu'au terme prévu mais il arrive que certains patients décident d'écourter leur séjour, même contre avis médical.

L'équipe pluri-professionnelle propose un suivi clinique adapté, pensé conjointement avec le patient et sa famille. Dès l'arrivée du patient les objectifs sont tournés vers sa sortie et l'organisation du projet de soins en ambulatoire, en concertation avec l'unité des consultations et l'hôpital de jour.

En fonction du projet et des besoins spécifiques du patient, différentes investigations pourront être menées (évaluation psychopathologique, indication de psychothérapie, etc). De même, durant l'hospitalisation, différents ateliers thérapeutiques et prises en charge diverses pourront être indiqués.

## C) Autres services

Les deux services décrits précédemment sont ceux dans lesquels intervient ma maître de stage. Il en existe d'autres, que je vais brièvement présenter, qui n'entrent pas dans les termes de son contrat. On retrouve ainsi :

- Une unité d'hospitalisation temps plein des troubles du comportement alimentaire anorexie / anorexie-boulimie, dont le temps moyen d'hospitalisation est de trois mois.
- Une unité d'hospitalisation des troubles de l'humeur, qui accueille des patients consentant aux soins, présentant un épisode de trouble de l'humeur (dépression et

manies, avec ou sans symptômes psychotiques).

- Une unité d'accueil de patients suicidaires ou ayant réalisé une tentative de suicide, ayant donné leur accord pour des hospitalisations courtes

#### D) Le soin en psychiatrie adulte

En psychiatrie adulte, la psychomotricienne dispose d'outils spécifiques à cette clinique, qui sont notamment des outils relationnels. Ceux-ci favorisent la mise en place d'une relation thérapeutique ajustée.

##### *a. L'empathie*

L'empathie, consistant « à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions, comme lorsque nous anticipons les réactions de quelqu'un »<sup>2</sup> est l'un des fondements de la relation soignant/soigné. Dans le cadre thérapeutique, elle correspond à « la capacité de ressentir, en soi, les états affectifs de l'autre, les signes visibles d'une émotion vécue chez lui me permettant de vivre cette même émotion, mais sans me laisser submerger par elle afin d'être en mesure de poser des actes de soin ».<sup>3</sup>

En santé mentale, il peut parfois être difficile d'avoir de l'empathie pour le patient que l'on rencontre. Certains de ses agissements peuvent rendre son contact insoutenable.

*J'ai ainsi rencontré en entretien psychomoteur une patiente d'une quarantaine d'années, Madame R., hospitalisée pour trouble du comportement alimentaire (boulimie) et addiction aux benzodiazépines\*. Elle évoque avec froideur le plaisir qu'elle ressent à la vue du sang qui perle à ses poignets lorsqu'elle se scarifie, soulageant ses angoisses. Elle ajoute par ailleurs que le fait de penser à ses enfants n'est plus un frein au passage à l'acte suicidaire.*

L'impassibilité de cette patiente lors de son récit provoque chez moi de l'effroi et me donne la nausée, j'ai alors hâte que l'entretien se termine. Sortir de la sidération passe par la mise en jeu du corps et de sa sensorialité, ainsi que par un travail de représentation (Exposito, 2011). Envisager une prise en charge avec cette patiente, en lui proposant une indication en psychomotricité, permettra de passer de la stupeur à l'élaboration et favorisa la naissance

---

2 BERTHOZ A, JORLAND G. *L'Empathie*, 2004, p. 20

3 MERKLING J. *Le soin en santé mentale*, 2014, p. 42

d'une relation thérapeutique plus paisible. Pour que la relation de soin soit possible, il est alors opportun de garder en tête l'histoire passée du patient et de le considérer dans sa globalité, pour ne pas être seulement confronté aux émotions négatives qu'il nous renvoie au moment présent (Merkling, 2014). Il faut toutefois connaître ses limites pour ne pas se laisser déborder et envahir par le patient et son histoire. Savoir distinguer son propre vécu de celui du patient est donc primordial pour le soignant, quel qu'il soit.

Dans le cadre de mon stage en service d'addictologie, la dépendance est une notion que les soignants gardent toujours en tête. Cette dernière intervient forcément dans la relation entre le soigné et le soignant. Si elle est inévitable, il faut savoir travailler avec, en préservant toujours les notions de différenciation et d'individualité pour éviter la fusion.

Par exemple, lors des entretiens psychomoteurs, nous nous retrouvons régulièrement face à des patients qui s'effondrent en pleurs lorsqu'ils racontent leurs parcours. Même s'il est tentant de consoler le patient pour l'apaiser, il est souvent préférable d'inhiber cette envie pour que le patient puisse s'assumer seul. L'objectif est que le patient trouve en l'institution un soutien se substituant au réconfort qu'apportait l'objet de l'addiction, mais qu'il soit en mesure de tenir seul après sa sortie.

### *b. La juste distance*

« La distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Selon l'étymologie latine il s'agit de « se tenir debout », en étant séparé de l'autre par un espace plus ou moins important ».<sup>4</sup> Une certaine distance est à respecter dans toutes les relations interpersonnelles, mais elle varie selon les liens que nous entretenons avec notre interlocuteur. Dans « La dimension cachée » (1971), E. T. Hall décrit ainsi quatre types de distances :

- La distance intime (de 0 à 40 cm) : relation d'engagement proche, l'autre entre dans notre sphère intime. On peut ressentir les odeurs, la chaleur, qui émanent de notre interlocuteur. Le contact physique est très présent dans ce type de distance.
- La distance personnelle (de 45 à 125 cm) : sphère ou bulle protectrice permettant de s'isoler des autres. C'est la distance utilisée lors d'un échange verbal avec des personnes proches.

---

4 PRAYEZ P. *Distance professionnelle et qualité du soin*, 2006, p. 9

- La distance sociale (de 1,20 à 3,30 m) : distance propre à une relation professionnelle, dans laquelle les détails visuels intimes du visage ne sont plus perçus et les contacts corporels sont rares.
- La distance publique (de 3,60 à plus) : en cas de présence de nombreuses personnes autour de soi. Le contact corporel n'intervient plus.

Dans une relation thérapeutique, il est primordial de connaître cette notion de distance, elle déterminera notre positionnement face au patient. Dans le cas d'une prise en charge en addictologie, elle est particulièrement importante, afin d'éviter la reproduction d'un schéma de dépendance du patient vis à vis de son soignant. L'objectif pour le soignant est de trouver la juste distance lui permettant de se protéger pour ne pas se laisser envahir par le patient, sans pour autant être dans une posture trop défensive qui empêcherait la création d'une alliance thérapeutique. Cette juste distance favorisera l'affirmation du patient en tant que sujet, et l'encouragera à prendre des décisions par et pour lui-même, ce qui n'est pas toujours évident pour un public dépendant. Un recul suffisant du soignant laissera place à une certaine liberté pour le patient, avec une possibilité de choix, le rendant acteur de ses soins. Ceci contribuera à l'indépendance du patient et constituera le socle d'une relation thérapeutique solide. Il faut en effet que le patient se sente écouté et respecté. L'une des premières conditions à la naissance d'une relation thérapeutique est l'émergence d'une demande de la part du patient et une bonne compréhension de l'intérêt d'une prise en charge en psychomotricité (ou autre domaine du médical). Si le patient est contraint, il va difficilement adhérer à ses soins, ce qui va généralement entraîner un échec de la prise en charge.

*C'est par exemple le cas de Monsieur D. jeune homme d'une vingtaine d'années, hospitalisé en unité de sevrage. La psychomotricienne l'a rencontré seule en entretien et lui a proposé une indication en relaxation. Lorsque nous sommes allées le chercher le jour de la séance, il a refusé de participer. Après lui avoir expliqué le déroulé de la séance et les bénéfices qu'il pourrait en tirer, nous n'avons pas insisté voyant qu'il ne changeait pas d'avis. Quelques jours plus tard j'ai été amenée à participer à un atelier encadré par deux psychologues. Monsieur D. a été contraint, par l'équipe soignante de l'unité, à y participer. Au début de la séance, il n'a pas masqué son agacement concernant le fait qu'il n'était pas venu de sa propre volonté, et a demandé à repartir, ce que les psychologues ont accepté.*

Le cadre est alors perpétuellement à moduler, même si cela doit mettre en échec le projet thérapeutique préalablement pensé.

### *c. Le toucher*

Le toucher est le sens le plus important du corps humain, et le premier à se développer chez l'embryon.

Dans ses études sur le comportement animal, A. Montagu (1979) découvre l'importance du contact tactile entre la mère et son petit dans le développement harmonieux de ce dernier. Dans les sociétés humaines, selon les cultures, le toucher est plus ou moins investi dans la relation mère bébé. Or, il semblerait que cette fonction soit indispensable au bien-être de l'enfant : « pour s'épanouir l'enfant a besoin d'être touché, pris dans les bras, caressé, cajolé ; [...] Nous voulons insister ici sur l'importance du toucher, des caresses, des étreintes, car même si bien d'autres choses lui manquent, il semble que ce soient là les sensations sécurisantes dont il a besoin fondamentalement pour survivre et avoir un minimum de santé ».<sup>5</sup> C'est en touchant son bébé que la mère va pouvoir ressentir les émotions qui le traversent et les besoins auxquels elle devra répondre. De la même façon, la psychomotricienne prend, de façon imagée, le patient dans ses bras pour s'ajuster au mieux à son vécu corporel. Le patient a besoin que sa douleur soit reconnue. Or, nombreux sont ceux ayant recours à l'agir comme défense face à une réalité interne menaçante, sans passer par la symbolisation. Le psychomotricien, par une compréhension des manifestations corporelles du patient, l'aide à mettre en mots ses ressentis. Le toucher permet ainsi de revenir à un mode de communication plus archaïque, avec une importante utilisation du dialogue tonico-émotionnel et une prise en compte des mécanismes de transfert et contre-transfert. Par les représentations apportées par le thérapeute, le patient aura accès à une meilleure compréhension de ses affects. Le toucher facilite la liaison entre les sensations et les représentations. « Le toucher est différent des autres sens, car il implique toujours la présence conjointe et inséparable du corps que l'on touche et de notre propre corps, avec lequel nous touchons. Contrairement à la vue et à l'ouïe, le toucher nous fait ressentir les choses à l'intérieur de nous-mêmes ».<sup>6</sup>

Le toucher induit également une modification du tonus musculaire et par conséquent, des émotions. Tonus et émotions sont effectivement étroitement liés : une émotion engendre des manifestations toniques et inversement, agir sur l'état tonique peut modifier l'état émotionnel. « Bien que le toucher ne soit pas en soi une émotion, ses éléments sensoriels induisent des changements d'ordre nerveux, glandulaire, musculaire et mental, qui l'apparentent à une émotion ».<sup>7</sup> On ressent ainsi tous par moments des zones de tension en cas

---

5 MONTAGU A. *La peau et le toucher*, 1979, p. 69

6 *Ibid*, p. 84

7 *Ibid*, p. 86

d'événement stressant. Les patients que nous rencontrons dans le service nous font souvent part d'un état de stress quasiment permanent, qui s'accompagne d'un recrutement tonique important.

*Madame T. est une jeune femme hospitalisée pour crises de boulimie. Elle explique que les crises sont le seul moment où elle n'est pas angoissée, qu'elle est tendue le reste du temps. J'ai pu confirmer cette verbalisation à l'aide d'un examen du tonus. Lorsque je demande à la patiente de tendre les bras à l'horizontal devant elle, puis de les relâcher à mon signal, il y a peu de ballant observable, les bras s'arrêtent net. Je lui propose ensuite de déposer totalement le poids de ses bras sur les miens. C'est très difficile au départ, je sens qu'elle est dans la maîtrise. J'imprime quelques mouvements de balanciers au niveau de ses bras, et je sens alors que progressivement, quelque chose se pose en elle. Elle se dévoile d'ailleurs plus verbalement après cet exercice et exprime son incapacité à ressentir les émotions. Elle dit être perpétuellement dans l'intellectualisation et ne pas avoir de ressenti avec son corps, elle doit lui dicter les émotions à ressentir selon la situation vécue. Elle ne sait d'ailleurs pas mettre de mots sur les sensations perçues avant, pendant et après la crise. La rencontre avec cette patiente laisse envisager un lien entre son hypertonicité et sa difficulté à percevoir et nommer les émotions. On pourrait ainsi penser que la tension musculaire permanente serait un frein à la libre circulation des émotions. Une indication en relaxation avait été proposée à Madame T. lors de ce premier entretien, mais elle n'a pas pu expérimenter cet atelier car elle a fait le choix d'interrompre son hospitalisation, contre avis médical. Après la première ébauche de relâchement lors de l'examen du tonus, il aurait pourtant été intéressant de voir quels auraient été les effets d'une exploration corporelle plus approfondie.*

La peau est par ailleurs une surface disposant de nombreux récepteurs sensoriels, réagissant aux informations thermiques, de douleur et de contact. Les messages produits par ces récepteurs permettent au cerveau de les intégrer et de les associer à une sensation particulière. Le toucher permet donc l'éveil ou le réveil des sensations corporelles. Après une première séance de relaxation avec l'utilisation de tissus comme médiateur, Madame V., une patiente de l'HDJ, exprime que le passage du tissu sur son corps a convoqué chez elle des images de mer et de sable. Lorsque nous nous retrouvons la semaine suivante, elle relate qu'en allant dehors peu de temps avant la séance, le souffle du vent sur sa peau lui avait rappelé les effleurements proposés avec les tissus. Il semblerait alors que le toucher favorise la prise en compte de l'environnement et les interactions avec celui-ci.

Avec le toucher, qu'il soit proposé directement avec les mains ou par le biais d'un objet médiateur, le thérapeute dessine les contours du corps du patient, favorisant ainsi la perception des limites du corps. Cette dimension du toucher peut se révéler particulièrement pertinente en addictologie, notamment avec des patients souffrants de dysmorphophobie\*. Ceux-ci pourront progressivement évaluer, d'une façon se rapprochant plus de la réalité, la place de leur corps dans l'espace, modifiant ainsi de façon favorable la perception de leur image corporelle.

Toutefois, l'utilisation du toucher doit être maniée avec précaution et proposée de façon progressive pour ne pas que ce soit une expérience violente pour le patient comme pour le thérapeute : « S'il peut être l'occasion de contenir des angoisses archaïques, le toucher doit être amené avec prudence car il peut aussi être intrusif, « effracteur » du pare-excitation, en provoquant des sensations trop envahissantes. Il risque aussi de favoriser une érotisation de la relation »<sup>8</sup>

#### E) La place de stagiaire

En cette troisième année de formation, les stages longs prennent une place importante dans le cursus, ils constituent une sorte de pré-professionnalisation. Par rapport aux stages effectués les années précédentes, les attentes de nos maîtres de stages sont majorées et les responsabilités qui nous sont confiées sont également de plus grande importance.

Ainsi, partagée entre l'envie de m'affirmer en tant que future professionnelle et la nécessité de respecter ma posture d'apprentie placée sous le regard de ma maître de stage, je me suis rapidement aperçue qu'il n'était pas évident de trouver sa place. C'est particulièrement le cas pour les prises en charge au niveau de l'hôpital de jour. La majeure partie des patients que nous rencontrons ont débuté leur hospitalisation depuis longtemps et leur lien avec la psychomotricienne est souvent fort. Il n'était donc pas évident pour moi de m'intégrer au sein d'un groupe déjà bien établi où j'avais l'impression au départ d'intruder dans la relation thérapeutique entre la psychomotricienne et le ou les patients. Ainsi, ma maître de stage rencontrait en séance individuelle Madame V. pour des temps de relaxation. Rapidement, nous avons convenu que ce serait moi qui effectuerai la séance. Elle proposait des mobilisations passives, j'ai décidé de rester dans cette ligne de travail mais en proposant des mobilisations

---

8 EXPOSITO C. *Manuel d'enseignement de psychomotricité (Tome 3)*, 2015, p.222

avec des tissus. La première séance s'est bien passée, j'ai eu un retour très positif de la part de Madame V. Lors de la deuxième séance, la patiente est en revanche arrivée assez angoissée, elle a pleuré lors du premier temps de verbalisation. Je me suis alors dit que ce n'était pas de moi dont elle avait besoin à ce moment là, mais de ma maître de stage, avec qui elle a créé une relation thérapeutique très forte. J'ai donc effectué la séance avec une certaine pression en me disant qu'il fallait que je fasse tout ce qui était possible pour qu'elle aille mieux à la fin. Or, comme a pu le dire A. Lauras-Petit lors de la conférence *Liaisons entre éprouvés corporels et psyché* (2018), nous ne sommes pas là pour faire du bien aux patients, mais pour les encourager à effectuer un travail d'élaboration. En tant que stagiaire, on peut avoir tendance à être dans une optique de réparation, de guérison, or il faut savoir se fixer des objectifs atteignables et réalisables.

Les patients se comportent également différemment vis-à-vis de moi qu'avec ma maître de stage. Effectivement, même s'ils acceptent sans problème ma présence au sein de la séance, certains ont tendance à plus tester mon cadre, ce qu'ils ne font pas avec la psychomotricienne. C'est notamment le cas avec l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement, notion sur laquelle je reviendrai plus loin dans ce mémoire. Par ailleurs, certains vont en quelque sorte m'ignorer, en s'adressant uniquement à ma maître de stage, tandis que d'autres m'investissent davantage. L'étudiant peut avoir un côté rassurant pour le patient lors des séances car, comme lui, nous sommes en apprentissage et encore novices. Lors d'une séance de relaxation en groupe, Madame M, jeune femme avec laquelle j'avais peu de différence d'âge, m'a beaucoup observé, afin, je pense, de vérifier qu'elle effectuait correctement ce qui était demandé, et également pour prendre confiance en voyant que moi aussi je découvrais les exercices et que je pouvais également tâtonner. Je retrouve cette quête de réassurance lors des entretiens, dans lesquels je suis en position d'observatrice lorsque c'est ma maître de stage qui les mène. Les patients cherchent souvent un soutien dans mon regard lorsque des éléments difficiles de leur parcours sont abordés. D'autres me sourient, dans une sorte de connivence, pour que j'adhère à leurs propos. On pourrait rapporter cela à une forme de clivage en un bon et un mauvais objet, selon le modèle présenté par M. Klein. Ce serait une forme de défense lorsque l'entretien commence à être trop angoissant pour eux.

La relation entre patient et stagiaire diffère également de celle entre le patient et la professionnelle car, en tant qu'étudiants, nous sommes débutants et nous avons encore peu d'expérience professionnelle. Cela peut particulièrement se faire ressentir dans le domaine de la psychiatrie, où nous serons souvent traversés par de multiples phénomènes de transferts et

contre-transferts. Chaque soignant y est confronté mais, de par notre posture de stagiaire, nous n'avons peut-être pas le recul nécessaire pour le symboliser, et construire une élaboration autour de ces mécanismes. Cela impacte la relation avec le patient, notamment car la distance thérapeutique ne sera peut-être pas la même que celle établie par la psychomotricienne. La question de la légitimité se pose également en tant que stagiaire, plus fortement pour moi dans un stage auprès d'adultes qu'avec des enfants. Lorsque je suis face à un patient plus âgé que moi, j'ai régulièrement le sentiment de ne pas être en mesure de lui donner des conseils ou de lui dire ce qu'il doit faire (lorsque je mène une séance). J'ai par exemple particulièrement ressenti cette absence de légitimité lorsque j'ai mené pour la première fois un entretien seule. J'ai, au début de l'entretien, eu l'impression d'être un imposteur face à ce patient plus âgé que moi.

Il faut toutefois noter que le stagiaire a une fonction importante lors des séances, notamment les séances individuelles, où il va faire tiers dans la dyade soignant/soigné. Pour reprendre les théories psychanalytiques, l'étudiant recrée symboliquement la séparation originellement effectuée par le père dans la dyade mère/enfant, représentant l'interdit de l'inceste. C'est une castration symbolique séparant l'enfant de l'objet de son désir, à savoir la mère. Le désir, né du manque, permet l'entrée de l'enfant dans le monde du symbole qui le constitue comme humain. Ainsi, dans le cas de la relation thérapeutique, et particulièrement dans le cas des addictions, la présence du stagiaire participe à l'individuation du patient, en empêchant un attachement trop fort au thérapeute, qui pourrait le rendre dépendant.

## **II – Vignettes cliniques**

### **A) Madame G.**

Madame G. est une jeune femme de 26 ans, que nous rencontrons en entretien lors de son arrivée à l'hôpital. Ses parents sont divorcés, les deux sont remariés. Elle a un emploi stable en CDI, en tant que comptable. Elle vit seule, mais nous dit être en relation avec un homme depuis une semaine, c'est la première fois qu'elle est amoureuse, même si elle est consciente que c'est prématuré de parler d'amour pour une relation si récente.

Madame G. est hospitalisée pour anorexie mentale de type hyperphagique/purgatif, marquée par des vomissements fréquents et la prise de laxatifs. On note également une prise récente de toxiques, à savoir MDMA\* et cannabis un week-end sur deux ainsi que cocaïne et

poppers\* de manière occasionnelle. La consommation d'alcool a lieu uniquement dans un contexte festif. Cette patiente a la volonté de se soigner car ce n'est plus compatible avec ses exigences sociales et professionnelles. Elle souhaite « avoir une vie normale », « comme tout le monde ».

Au niveau comportemental, la dimension d'hyperactivité est retrouvée. Elle marche dès que les trajets sont réalisables à pied. Elle sort tous les week-ends avec une pratique de la danse pendant dix heures. Elle vérifie la taille de son ventre après chaque crise et chaque prise de laxatifs. On note également une potomanie\* chez cette patiente, avec une consommation d'au moins six cafés par jour ainsi qu'une bouteille de coca-cola zéro.

L'alimentation est problématique chez Madame G. depuis la classe de seconde, et débute par une restriction mixte. Tout commence lorsque son beau-père décide d'entamer un régime Dukan, auquel toute la famille est associée. A cette période, l'intégration scolaire de Madame G. est difficile, ce qui constitue un contexte favorisant. Elle a également des préoccupations corporelles depuis le collège, en raison de transformations pubertaires tardives. La patiente dépasse alors rapidement les prescriptions du régime, en sautant les repas. Parallèlement on note un accès hyperphagique. Une forme d'apaisement est recherchée, ainsi qu'une quête de cadre, permettant de se vider la tête et de calmer les angoisses selon les dires de la patiente. Les crises se déroulent à cette époque le week-end, lorsqu'elle est seule. Actuellement, les accès hyperphagiques sont pluri-quotidiens et systématiquement suivis de vomissements. Madame G. avoue beaucoup grignoter sur son lieu de travail.

Nous rencontrons Madame G. en entretien à son troisième jour d'hospitalisation. Elle est alors très énervée contre l'équipe soignante par rapport à la prise des repas. Elle pensait que les soignants allaient être plus conciliants au début, qu'elle aurait davantage de temps pour prendre ses repas. Les patients ont quarante-cinq minutes pour manger, elle dit qu'il lui faut au moins une heure. Elle n'a alors pas le temps de terminer son plateau repas, alors qu'elle est volontaire selon elle, l'obligeant à consommer des compléments alimentaires, ce qui l'agace beaucoup. Durant cet entretien, elle se montre très agitée, ce qui se manifeste par une volubilité importante. Elle se dit angoissée depuis la naissance, par rapport au futur et à la question de la séparation semble-t-il. Elle explique être hyperactive après les repas, en allant marcher par exemple, ou en parlant beaucoup lorsque ce n'est pas possible de sortir. Madame G. évoque sa difficulté à se poser et à mettre en veille l'activité cérébrale. Nous lui proposons une indication en relaxation qu'elle accepte volontiers. Elle dit être prête à tout essayer si cela peut lui permettre de se soigner.

Nous retrouvons donc Madame G. l'après-midi même pour sa première participation au groupe relaxation, avec deux autres patients. Dans l'ascenseur nous menant à la salle de psychomotricité, Madame G. est encline à parler de vomissements, nous choisissons de ne pas entrer dans ce jeu et de ne pas poursuivre la discussion. Elle est la première à prendre la parole lors du temps de verbalisation initial, en exprimant ses attentes, à savoir se détendre. Elle anticipe que la position allongée pour la relaxation ne sera pas possible en cette période post-prandiale. Durant la mise en corps, elle recherche beaucoup le soutien par le regard, on sent un besoin de réassurance. Lorsque nous passons au temps de relaxation propre, elle s'allonge finalement en superposant le coussin, la couverture et son gilet, ce qui lui donne une position déséquilibrée, avec la tête beaucoup plus haute que le reste du corps. En découle une contraction de la ceinture scapulaire. Elle nous renvoie une image de gisante. Nous faisons le choix de ne pas l'encourager à modifier sa posture pour ne pas la perturber davantage. Dans la verbalisation finale, elle exprime que c'est difficile de se détendre vraiment. Elle a eu beaucoup de pensées mais pour une fois elle a réussi à les laisser défiler sans se fixer sur une en particulier, c'est donc plutôt positif. Elle dit se sentir plus apaisée et plus sage. Elle fait remarquer à ma maître de stage, qui a participé au temps de relaxation, qu'elle l'a entendu bailler. On peut supposer que le fait qu'une personne dite « saine » participe également à la relaxation a permis de la rassurer.

C'est une première séance plutôt positive pour cette patiente qui nous avait prévenu que ce serait compliqué pour elle de se poser et de ne pas parler. Malgré une vigilance maintenue, il semblerait que Madame G. ait fait l'effort de chercher corporellement ce qui pouvait l'apaiser, notamment dans les exercices de contraction/détente de la méthode Jacobson.

La semaine suivante, lorsque nous arrivons au point de rendez-vous Madame G. n'y est pas. Nous la trouvons dans sa chambre, en train de déjeuner, dans un état de colère important. Elle avait un rendez-vous médical à l'extérieur le matin. Lorsqu'elle est revenue à l'hôpital, le déjeuner était terminé, l'équipe lui a donc apporté son repas en chambre. Elle est donc contrariée de manger seule, d'autant que cela l'empêche de participer à la relaxation car elle n'a pas terminé son plateau. La psychomotricienne l'encourage à faire les exercices de respiration seule une fois son repas terminé, en lui proposant que nous revenions la voir à la fin de la séance. Madame G. répond, assez violemment, qu'elle n'est pas du tout en état de se relaxer et qu'elle n'a qu'une envie c'est de sortir pour décompresser. Nous la laissons, en lui conseillant de faire ce qui lui semble le mieux pour essayer de se calmer. L'équipe soignante nous informe alors que la patiente a eu quarante-cinq minutes de repas, ce qui aurait été suffisant pour participer au groupe de relaxation. On peut supposer que ce qui est

problématique pour cette patiente c'est de ne pas avoir eu le temps de digérer, et qu'il est impossible pour elle de participer à la relaxation le ventre plein. Le post-prandial est encore trop angoissant pour elle.

## B) Madame M.

Madame M. est une patiente d'une cinquantaine d'années, qui se fait hospitaliser pour la troisième fois. Je la rencontre en entretien avec la psychomotricienne qui la connaît déjà. Elle vit seule, est célibataire et sans enfants. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois, elle a un frère et une sœur dont elle est très proche. Son père est à la retraite et sa mère est décédée en 2012. Elle travaille dans le secteur des assurances. Elle a peu d'entourage amical.

Madame M. présente une alcoolo-dépendance évoluant depuis l'âge de 21 ans. C'est une consommation à visée anxiolytique et hypnotique survenue dans les suites de son échec au concours de médecine. Elle a été hospitalisée pour des sevrages en 1999, 2012 et 2015, qui ont échoués assez rapidement à chaque fois. Il n'y a pas d'idées suicidaires à noter chez cette patiente, mais on retrouve des antécédents de trouble bipolaire.

Au niveau familial, il est important de relever une alcoolo-dépendance chez son père qui est actuellement sevré, et chez sa mère, décédée d'un cancer des voies aérodigestives supérieures.

Madame M. explique qu'elle est arrivée pour cette troisième hospitalisation sur les conseils de son entourage, qui l'a alerté sur son affaiblissement important. Elle avait perdu beaucoup de poids et était très fatiguée. Elle dit s'être aperçue qu'elle avait perdu du muscle, ce qui rendait les efforts physiques difficiles au quotidien. Elle s'alimentait de moins en moins mais n'avait pas conscience que son état s'était autant dégradé. Elle ne serait pas venue d'elle-même et relate qu'on « l'aurait retrouvé morte chez elle ». Elle souhaite être remise sur pieds.

Madame M. me paraît amimique, elle a les traits très marqués. Sa peau est abîmée, son regard semble éteint. Elle a un aspect négligé, au niveau de la tenue vestimentaire et des soins corporels, comme je le reprendrai plus loin dans le mémoire. Lors de cet entretien, Madame M. est anxieuse car une visite à domicile avec l'équipe est prévue le lendemain et elle ne voulait pas qu'elle ait lieu. Elle explique avoir honte de montrer son appartement dans un état aussi délabré, mais elle est inquiète pour son chat qui est resté seul donc elle est tout de même rassurée de pouvoir retourner chez elle. Elle évoque le souhait d'engager une aide ménagère pour l'aider à remettre de l'ordre et se recréer un cocon sécurisant. On sent dans les propos de

Madame M. que c'est en quelque sorte l'hospitalisation de la dernière chance et qu'elle souhaite tout mettre en place pour qu'elle se déroule le mieux possible. L'ensemble de l'équipe s'accorde à dire qu'elle la trouve complètement transformée dans son comportement par rapport aux précédentes hospitalisations. Les soignants la trouvent plus ouverte et moins renfrognée.

Dans une perspective de poursuite du travail entamé lors de ses précédentes hospitalisations, nous lui proposons de participer au groupe de relaxation. Elle semble contente de retrouver cet espace mais elle me prévient déjà qu'elle risque de s'endormir, comme à chaque fois dit-elle.

Lors de la première séance en relaxation, la psychomotricienne prend soin de conseiller Madame M. sur sa position, en lui proposant de sur-élever sa tête pour pouvoir respirer plus aisément. Madame M. a en effet tendance à s'endormir et à ronfler. Durant la séance, la patiente cherche et trouve son confort. Elle semble veiller à adopter des positions qui lui sont agréables et à adapter ses mouvements dans les exercices de la méthode Jacobson. Elle évoque à la fin le souvenir de son chat, qui vient se blottir contre elle en ronronnant quand elle ne va pas bien, ce qu'elle nomme la « ronron thérapie ». La séance lui a fait le même effet dit-elle, elle se sent apaisée. Elle est surprise de ne pas s'être endormie, pour la première fois.

Durant la seconde séance, Madame M. dit en arrivant être repue, ce qui est une sensation inhabituelle pour elle. Comme la fois précédente, elle prend soin de prendre tout le matériel qui lui est nécessaire (coussins, couverture) pour être à l'aise. Elle s'endort assez rapidement. Lors de la verbalisation finale, elle exprime être totalement détendue, que c'est agréable de lâcher prise totalement. Elle paraît vraiment calme, son visage est apaisé et beaucoup moins marqué qu'à son arrivée.

Il semblerait ainsi que Madame M. ait pu investir cet atelier relaxation et en profiter pleinement, lui permettant de s'ancrer d'avantage lors des séances, favorisant la reconnexion à ses sensations corporelles.

### C) Madame L.

Madame L. est une patiente de trente-quatre ans, qui arrive pour sa troisième

hospitalisation. Ses précédentes hospitalisations ont eu lieu à chaque fois lors des congés de ma maître de stage, c'est donc une première rencontre pour nous deux. Elle vit avec son conjoint, avec lequel elle est en couple depuis dix ans. Elle travaille dans la vente de vêtements pour enfants.

Madame L. est actuellement hospitalisée pour un sevrage en alcool, en tabac et en cannabis. L'une de ses précédentes hospitalisations avait eu lieu pour une prise en charge de sa boulimie. Elle consomme une demi bouteille de vodka ainsi qu'un litre de bière par jour, sept jours sur sept. Elle fume plusieurs joints par jour dans lesquels elle mélange cannabis et tabac. Elle ne consomme jamais de tabac sans cannabis. Ses consommations débutent au réveil, vers midi. Elle est dans une recherche d'anxiolyse.

Madame L. évoque un événement traumatique, à savoir un enfant mort-né à huit mois de grossesse, comme raison de cette nouvelle hospitalisation. Elle s'inquiète que le décès soit dû à sa consommation de cannabis et de tabac et souhaite se sevrer pour pouvoir procréer de nouveau. Elle a également comme objectif de perdre dix kilos pour cette nouvelle grossesse.

C'est une patiente très souriante, enjouée et positive. Elle offre un discours peu authentique. Son ton est trop allègre, même quand elle évoque la perte de ce bébé. Elle est pourtant trahie par des manifestations corporelles : plaques rouges, les yeux s'humidifient, etc. Patiente qui semble être dans une minimisation de ses troubles, elle n'évoque d'ailleurs pas ses consommations d'alcool durant l'entretien. Elle semble avoir un comportement assez provocateur, ce qui est confirmé par le reste de l'équipe. Sous ce masque de légèreté, Madame L. nous livre peu d'informations la concernant, nous laisse seulement accéder à la couche superficielle sans pouvoir creuser plus en profondeur. Elle nous offre par anticipation, comme pour éviter que nous la questionnions davantage, des renseignements pouvant nous intéresser en tant que psychomotriciennes, telles que son intérêt pour la pleine conscience et son désir de s'inscrire dans un club de danse. Elle nous explique qu'elle porte attention à la pleine conscience dans une volonté de se recentrer sur elle. C'est dans cette optique que nous lui proposons d'intégrer le groupe de relaxation.

Nous la retrouvons pour la première séance. Elle semble sceptique et méfiante quant à ce qui l'attend, un peu sur ses gardes. Deux des patients présents ronflent, ce qui semble beaucoup la gêner. Je la vois remuer, se passer la main sur le visage, sourire. Son niveau de vigilance paraît ne pas s'être beaucoup abaissé. Finalement, elle relate qu'à l'image d'une fleur

qui s'ouvre, elle a pu « lâcher » au cours de la séance. Assez brutalement, elle dit ensuite que ma voix lui a paru plus rapide et plus carrée que celle de ma maître de stage, qui lui semble plus enveloppante. Cette comparaison me paraît, de sa part, une façon de tester mes limites et le cadre que j'impose en tant qu'étudiante.

Lors de la seconde séance, elle ne se trouve pas au point de rendez-vous, nous allons donc la chercher dans sa chambre. Elle avait visiblement oublié qu'il y avait le groupe de relaxation, mais comme à son habitude, elle semble enjouée de pouvoir y aller. Lors de la verbalisation initiale, elle dit être dans du doux, du moelleux. Elle ne fait pas tous les exercices proposés durant la séance, son état de vigilance semble cette fois s'être abaissé. Elle finit d'ailleurs pas s'endormir. Dit être toujours dans du moelleux à la fin. Remarque que cette fois ma voix était bien enveloppante, lui permettant de se mettre rapidement dans la séance.

## PARTIE THEORIQUE

### I – Représentation de soi

#### A) Les interactions précoces

Un bébé seul ça n'existe pas selon D. W. Winnicott. Le bébé est en effet totalement dépendant, et ne peut répondre seul à ses besoins primaires et secondaires. R. A. Spitz a ainsi effectué une étude dans un orphelinat en 1946. Il a observé que chez les nourrissons séparés de leur mère<sup>9</sup> se développait une « dépression anaclitique » (apathie massive). Si cette séparation se prolonge, on note un marasme, que le psychiatre nomme « hospitalisme » (carence affective totale). La mère, ou la figure d'attachement, est donc indispensable au développement psycho-affectif de l'enfant et à la constitution d'une sécurité interne de base chez celui-ci.

Dès la naissance de l'enfant, il se développe chez la mère un état normal de sensibilité extrême face aux réactions de son petit. C'est ce que D. W. Winnicott évoque dans le terme de « mère suffisamment bonne » : « La femme atteint un stade dont, normalement, elle se remet au cours des semaines et des mois qui suivent la naissance du bébé, stade pendant lequel, dans une large mesure, elle est le bébé et le bébé est elle ».<sup>10</sup> Avant l'accès au langage, le bébé et la mère peuvent communiquer uniquement par le biais de leur corps ; c'est le dialogue tonique. Selon J. De Ajuriaguerra, le nourrisson s'exprime par des cris, des pleurs et une hypertonie de besoin, que la mère va tenter de transformer en hypotonie de satisfaction, en étant à l'écoute des informations corporelles que lui communique son bébé et en s'y ajustant. Ceci va se faire grâce au holding et au handling, notions définies par D. W. Winnicott, désignant respectivement le portage tant physique que psychique et la façon dont la mère prend soin de son enfant. Parallèlement, un « accordage affectif » s'effectue entre la mère et l'enfant selon D. Stern (1989), qui correspond aux influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Chacun ressent et réagit aux affects de l'autre. L'enfant et la mère forment alors ce que R. A. Spitz nomme une dyade. Cet environnement suffisamment bon permet à

---

9 Entendre par mère toute personne représentant la figure d'attachement

10 WINNICOTT D. W. *Le bébé et sa mère*, 1992, p. 23

l'enfant de se développer, d'expérimenter, de commencer à exister et de surmonter les difficultés auxquelles il peut être confronté. Effectivement, la mère introduit progressivement une discontinuité dans la relation, en ne répondant plus immédiatement aux besoins de l'enfant. Dans ces temps de latence, l'enfant se représente sa mère et l'intègre, permettant l'apparition des représentations et de la vie symbolique. Émerge donc le sentiment continu d'exister, où l'enfant se sent sécurisé puisque le portage physique et psychique effectué par la mère reste ancré dans son psychisme, même en son absence. C'est l'éclosion du vrai self selon D. W. Winnicott. En l'absence de cet accordage entre la mère et son bébé, ce dernier développe en revanche des mécanismes de défense tel que le faux-self, où le bébé se plie aux exigences extérieures imposées par la mère, insuffisamment à l'écoute.

Une carence affective peut alors provoquer des troubles psychologiques et comportementaux. Selon V. Dodin, «à l'adolescence, le recours aux troubles des conduites alimentaires est la conséquence de cette incapacité à intérioriser « ses bons parents »<sup>11</sup>. Il s'agirait selon lui d'un stratagème visant à faire disparaître les angoisses d'anéantissement, semblables à celles vécues lors de la naissance, et ressurgissant en l'absence d'un milieu contenant et sécurisant.

*Je rencontre Madame M., patiente d'une quarantaine d'années, hospitalisée pour alcoolodépendance. Lors de ce premier entretien, la patiente évoque, très émue, son histoire familiale. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle était petite, sa mère s'est ensuite remariée rapidement. Elle a peu vu son père durant l'enfance. La patiente explique que ce dernier lui a beaucoup manqué, d'autant plus que la violence était présente au sein du noyau familial : son beau-père frappait sa mère et cette dernière pouvait se montrer violente verbalement envers ses enfants ; elle a entre autres pu dire à la patiente que c'était de sa faute si son père était parti. Madame M. relate qu'elle a d'abord commencé par consommer du Ricard, comme son beau-père, puis du whisky, comme sa mère. Cet élément laisse potentiellement envisager que la patiente a intériorisé le fait que l'alcoolisation était un recours systématique en cas de soucis et également qu'elle aurait des difficultés de séparation et d'individuation. Par ailleurs, c'est une patiente agitée et très anxieuse, qui a toujours peur de déranger l'équipe soignante, de ne pas se comporter comme il faut, etc. La carence affective palpable chez cette patiente n'aurait, semble-t-il, pas permis l'établissement d'une sécurité interne stable.*

---

11 DODIN V. *En faim de conte*, 2017, p. 130

## B) L'acquisition du Moi

Comme vu précédemment, dans les premiers mois de vie, le bébé est totalement dépendant de sa mère, formant avec elle un tout indifférencié. C'est ce que M. Malher nomme la phase symbiotique normale, dans laquelle cette fusion avec la mère apporte au bébé un sentiment de toute puissance. Pour son développement, le bébé doit se trouver dans un environnement facilitant au niveau humain et personnel, qui soit suffisamment bon. De cette façon, il pourra évoluer et mûrir à partir de ses outils de base. C'est le phénomène d'intégration, durant lequel toutes les sensations perçues par le bébé se regroupent, formant un début de tout unifié.

Durant ces moments fondamentaux, le Moi de la mère est un véritable soutien pour le développement du Moi du bébé. L'enfant pourra ensuite s'individuer, et se ressentir comme un sujet différencié. Tout cela, selon D.W. Winnicott, dépend « de la relation précoce où le bébé et la mère ne font qu'un ».<sup>12</sup> La mère, qui était dans le schéma de totale dévotion, introduit progressivement un temps de latence entre l'expression des besoins du bébé et leur assouvissement, lui permettant l'accès à une pensée symbolique. L'enfant se détache ainsi progressivement de sa mère, ouvrant le chemin de l'indépendance. Un espace transitionnel s'installe alors entre la mère et son bébé, facilité par la présence d'un objet transitionnel, le doudou. Ce dernier, sans pour autant remplacer la mère, la représente aux yeux de l'enfant, lui permettant de se différencier d'elle. Cet espace transitionnel est un lieu sécurisant, dans lequel le bébé peut se retrouver seul et se recentrer sur lui-même. Le doudou est également la première rencontre de l'enfant avec un objet qui ne fait pas partie du Moi, favorisant sa reconnaissance en tant qu'individu différencié.

Ce processus de subjectivation est renforcé lors du stade du miroir, qui se produit entre six et dix-huit mois. Lors de cette étape, l'enfant reconnaît dans le miroir l'image renvoyée comme étant sienne, facilitant l'intégration de limites corporelles stables. Le parent a un rôle fondamental à ce stade puisqu'il va indiquer au bébé que c'est lui qu'il voit dans le miroir. La présence et le regard de l'autre sont effectivement nécessaires à la prise de conscience de l'unité corporelle comme le souligne J. Lacan.

L'intériorisation de la bonne mère lors de la phase transitionnelle ainsi que la rencontre avec son image lors du stade du miroir vont rassurer l'enfant et renforcer sa sécurité interne, l'encourageant à expérimenter la capacité à être seul décrite par D.W. Winnicott. L'enfant devient capable de s'autonomiser sans se référer perpétuellement à sa mère. Il sent ainsi son

---

<sup>12</sup> WINNICOTT D.W. *Le bébé et sa mère*, 1992, p. 29

corps comme un tout structurant et rassurant sur lequel s'appuyer pour s'auto-apaiser lors de cette expérience de solitude. Ces différentes étapes vont étayer l'enfant tant psychiquement que corporellement et le conduire progressivement vers la subjectivation.

Les conduites addictives « touchent préférentiellement des individus qui, enfants, ont constamment eu besoin de la personne réelle et n'ont pas pu construire leur espace transitionnel ». <sup>13</sup> Ainsi, ce sont souvent des patients qui n'ont pas eu de doudou, ne leur permettant pas de se différencier de l'autre ou, au contraire, des patients qui ont gardé leur doudou à l'âge adulte, preuve d'un objet transitionnel défaillant n'ayant pas autorisé l'aboutissement du processus d'individuation. Le recours à l'addiction serait alors utilisé par les patients comme moyen de lutter contre l'effondrement qui les menace lorsqu'ils se retrouvent seuls.

*Nous rencontrons ainsi Madame C., patiente de vingt-cinq ans hospitalisée pour addiction à l'alcool. Lors de l'entretien, elle évoque entre autres, son écœurement face au caractère éphémère des relations. Elle nous explique qu'elle n'avait pas d'amis lorsqu'elle était petite, elle s'en est fait seulement à l'adolescence, mais les liens se rompent rapidement et ses amitiés ne sont pas durables. Elle évoque peu sa famille mais les quelques éléments qu'elle nous donne laissent envisager une carence affective. La patiente révèle en fin d'entretien avoir toujours conservé son doudou. Il semblerait que la représentation stable du bon objet ne se soit pas effectuée chez Madame C., faisant émerger des angoisses d'abandon.*

### C) Construction des enveloppes

Par la notion d'enveloppe, on peut entendre celle de fonction contenante, décrite par de multiples auteurs comme l'un des piliers dans le développement du sujet. Au départ, c'est la paroi utérine qui contient le fœtus qui permet cette contenance. Le bercement du liquide amniotique, les odeurs, le bruit des battements du cœur de la maman, enveloppent et contiennent le bébé. Mais à la naissance, ce dernier perd cette enveloppe contenante, laissant place à l'émergence d'angoisses archaïques telles que les angoisses de mort ou de morcellement. La mère tente alors de pallier à ces angoisses : c'est la préoccupation maternelle primaire selon D.W. Winnicott, qui correspond à la période suivant la naissance,

---

13 DODIN V. *En faim de conte*, 2017, p. 129

durant laquelle la mère devient capable de « s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité »<sup>14</sup>.

Selon W. R. Bion, cette fonction de contenance s'exprime chez la mère par la fonction *alpha*, qui représente la capacité à transformer l'objet *bêta* (éléments bruts insignifiants) en éléments *alpha* (éléments disponibles pour la pensée). Concrètement, cela équivaut pour la mère à apporter à l'enfant une signification des différentes afférences sensorielles qui lui parviennent de façon chaotique, afin de les rendre symbolisables. La mère est l'actrice principale dans l'expérimentation corporelle du bébé. Cette dernière, de par l'accès aux représentations et à la symbolisation qu'elle permet, favorise le développement de l'activité psychique. E. Bick souligne la « nécessité de l'expérience d'un objet contenant, auquel le bébé puisse s'identifier afin de se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau ».<sup>15</sup> Cela a notamment lieu au cours du nourrissage, par l'expérience de la tétée. Différentes afférences sensorielles sont en effet expérimentées : portage, paroles de la mère, odeurs... qui contribuent à la constitution d'une enveloppe sécurisante pour le bébé, lui permettant de ressentir ses limites corporelles. Dans *Le Moi peau* (1995), D. Anzieu insiste également sur l'importance de la peau dans la perception des limites du corps : « Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »<sup>16</sup> Les différents contacts entre la mère et l'enfant vont permettre au bébé d'assimiler la peau à une notion de surface délimitant un espace intérieur d'un espace extérieur. Ceci favorise donc l'intégration de l'enveloppe corporelle et dispense au Moi une assise narcissique solide.

On comprend donc qu'un environnement sécurisant et soutenant permettra un vécu corporel suffisamment étayant et nécessaire à une bonne évolution psychique. Or, de nombreux patients rencontrés en addictologie ont subi des traumatismes au cours de leur vie. Selon M. Monjauze, « psychiquement, le traumatisme se définit par un état d'angoisse paroxystique au cours duquel le sujet a senti sa vie menacée. S'ensuit une confusion psychique, une perte des repères, de lieu, de temps, de personnes. [...] il peut s'installer une « névrose traumatique » »<sup>17</sup>. Suite à cet événement, il semblerait que l'enveloppe psychique du sujet soit meurtrie, laissant les émotions sortir sans cadre, tout ce qui se trouve à l'extérieur

---

14 WINNICOTT D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1969, p. 288

15 CICCONE A. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*, 2001, p. 87

16 ANZIEU D. *Le Moi peau*, 1995, p. 39

17 MONJAUZE M. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, 2008, p. 57

pouvant au contraire entrer sans filtre pour faire du mal. « Souffrir d'un trouble de contenance, c'est perdre les limites du Soi, perdre la cohérence des morceaux qui le constituent, perdre le sentiment d'identité et d'unité. L'enjeu pour le patient est une lutte pour la survie psychique ».<sup>18</sup> Il pourrait ainsi être entendu que l'objet de l'addiction soit utilisé comme moyen de retrouver ce Moi égaré en recréant l'enveloppe contenante qui fait défaut au sujet. Le psychomotricien a donc un rôle majeur à ce niveau, en proposant aux patients des médiations adaptées, leur permettant de reconstituer une enveloppe tonique, sensorielle et affective permettant la sécurité interne.

#### D) L'image du corps

Dans la société actuelle, le corps est placé sur le devant de la scène, les médias plébiscitent et encouragent la mise en avant d'un corps devant rester jeune, tonique et mince. Les réseaux sociaux, de plus en plus présents dans notre quotidien, favorisent l'identification à des corps parfaits, puisque retouchés, auxquels il est illusoire de penser pouvoir ressembler. Les logiciels de retouche photo ne laissent passer aucune imperfection (acné, cellulite...), laissant penser que l'on n'est pas dans la norme si notre corps présente ces caractéristiques physiques. Le poids, allant de pair avec une silhouette fine dans les idéaux sociétaux, participe dorénavant aux critères de beauté, particulièrement chez la femme. On retrouve de plus en plus, chez une grande partie de la population, une volonté de maîtrise du corps, encouragée par le développement des salles de sport, régimes miracles et autres crèmes amincissantes. « Le corps n'est plus un destin auquel on s'abandonne, il est un objet que l'on façonne à sa guise ».<sup>19</sup>

L'attention est portée sur l'apparence et sur l'image que renvoie notre corps, à nous et aux autres, et non plus sur le fait d'avoir un corps en bonne santé. L'image du corps correspondrait à la façon dont on se représente notre propre corps, comment on perçoit la forme et la taille des différentes parties qui le composent.

Cette perception est souvent erronée chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire, qui ont tendance à se percevoir plus grosses, plus imposantes qu'elles ne le sont en réalité. C'est ce que l'on appelle la dysmorphophobie.

---

18 DECOOPMAN F. *La fonction contenante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute*, 2010, p. 147

19 LE BRETON D. *Anthropologie du corps et modernité*, 1998, p. 162

L'estime de soi dépend de cette image du corps. Chez une personne aux assises narcissiques fragiles, cette quête de minceur peut rapidement devenir pathologique. Elle voit, dans cet amaigrissement, un moyen de se revaloriser dans les yeux de l'autre.

L'image du corps et l'estime de soi sont particulièrement fragiles à l'adolescence, où les changements corporels, hormonaux et relationnels bouleversent les représentations du corps. Cette période peut-être relativement bien vécue ou alors source d'angoisses, lorsque des événements particuliers viennent perturber son déroulement (puberté précoce ou tardive, exclusion des groupes de pairs, etc.).

*C'est ce qu'évoque Madame B., hospitalisée pour des crises de boulimie, lors de notre entretien. Elle relate sa relation difficile avec son corps, depuis son enfance, de par les violences subies de la part de son père, qui ont laissé des traces (brûlures de cigarette, cicatrices). Elle a ensuite subi des moqueries à l'école, à cause de ses rondeurs. Elle emmenait des petits objets de chez elle pour se rassurer. Elle parle ensuite d'une entrée précoce dans l'adolescence, suivie d'une grossesse désirée à seize ans. Cette grossesse lui a fait prendre environ cinquante kilos, laissant là aussi des marques après l'accouchement, telles que des vergetures ou une peau distendue au niveau du ventre. Elle indique alors cette impossibilité de montrer ce corps, qu'elle déteste, aux yeux de tous en donnant l'exemple de la plage. Ces différents éléments ont contribué à diminuer l'estime qu'elle a d'elle-même. Il semblerait, dans le cas de cette patiente, que le regard négatif que son entourage porte sur son corps ait majoritairement affecté son image du corps.*

L'image du corps est en effet personnelle et individuelle, mais dépend fortement des interactions avec les autres et avec l'environnement.

Les addictions, quelles qu'elles soient, apportent au sujet un sentiment de toute puissance, de maîtrise, qui, le temps des effets du comportement addictif, augmente l'estime que le patient a de lui-même et lui apporte de la réassurance dans sa relation aux autres. « L'addiction aide le sujet à se sentir accepté, voire « meilleur » par lui-même ».<sup>20</sup>

L'estime de soi dépend aussi de la qualité de l'attachement aux parents, notion que je développerai ultérieurement. Or, « l'attachement insécurisant entraîne une faible estime de soi et un sentiment de rejet de la part des autres, favorisant par-là l'identification aux modèles sociétaux, notamment concernant l'apparence ».<sup>21</sup> Tout enfant, sans que cela soit excessif, a besoin d'être réassuré par ses parents sur son apparence physique, que ses proches prennent soin de ses tenues vestimentaires, que les soins d'hygiène soient suffisants, qu'une attention

---

20 PEDINIELLI J-L, ROUAN G, BERTAGNE P. *Psychopathologie des addictions*, 1997, p. 55

21 SHANKLAND R. *Les troubles des comportements alimentaires*, 2016, p. 59

soit portée à sa coiffure, etc. Il a également besoin que ses parents prennent soin d'eux mêmes, afin d'avoir une image à laquelle s'identifier. Si l'enfant n'a pas de figure proche et réelle à laquelle s'identifier, il se rapproche alors de figures fictives : les personnages de dessins animés ou de films, personnalités influentes, mannequins retrouvés dans les magazines, etc. Mais tenter de ressembler à ces figures mène nécessairement à la souffrance, puisque cette quête de ressemblance est forcément vouée à l'échec.

Face à cette image du corps distordue, les patients mettent en place des conduites d'évitement, ou au contraire, des conduites d'exhibition. Dans le cas de l'anorexie par exemple, les patients ont tendance à éviter les moments de repas, en prévoyant d'autres activités à la place, pour ne pas se confronter à la vision de la nourriture. Les conduites d'exhibition sont aussi courantes. Les patientes viennent fréquemment en séance avec des vêtements très courts, dénudant des parties de leur corps, ou très moulants, comme pour pouvoir vérifier en permanence leur apparence physique.

*Madame D. se présente ainsi à l'entretien avec un pull dévoilant une grande partie de son épaule, qu'elle touche au cours de la rencontre de façon à contrôler la protubérance de ses os. De même lors de la séance de relaxation où elle est vêtue d'une combinaison dévoilant largement sa poitrine.*

## **II – Le mécanisme des addictions**

### **A) Les différents types d'addictions**

Il existe différents types d'addictions, avec ou sans objet. Je vais présenter celles retrouvées au sein de l'établissement où j'effectue mon stage.

Selon A. Goodman (1990), l'addiction représente « un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives ».

La Classification Statistique Internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) propose six critères signifiant une dépendance. Au moins trois de ces critères

doivent avoir été présents au cours de la dernière année pour poser le diagnostic :

1. Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré ses conséquences manifestement nocives.

#### *a. La toxicomanie*

« Désigne l'abus et la dépendance à l'égard de produits illicites ou licites possédant des propriétés biochimiques de modification de la conscience, de la perception de soi, de ses capacités et du monde extérieur ». <sup>22</sup> Les produits les plus consommés chez les patients que nous rencontrons sont la cocaïne, le cannabis ainsi que les anxiolytiques, tels que les benzodiazépines. On distingue ainsi trois catégories de substances <sup>23</sup> :

- les psychostimulants : caféine, nicotine, cocaïne, amphétamine, crack ;
- les sédatifs ou psychodépresseurs : opiacés (codéine, héroïne), alcool, benzodiazépine ;
- les psychodysléptiques ou hallucinogènes : champignons, LSD, cannabis, ecstasy.

Les patients rapportent souvent ces consommations comme moyens d'apaiser leurs angoisses, d'accéder à la détente. Peu de patients sont seulement toxicomanes. Ces

---

22 PEDINIELLI J-L, ROUAN G, BERTAGNE P. *Psychopathologie des addictions*, 2017, p. 30

23 DELFAURE M, HOUGRON A, RAMO M. *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (tome 3), 2015, p. 202

consommations sont souvent associées à d'autres addictions, qui seront décrites ensuite.

Outre l'effet néfaste de ces produits sur la santé mentale et physique, l'aspect social sera également à prendre en compte. Pour les patients ayant déjà parfois une situation instable, le coût financier important de ces produits les plonge parfois dans la précarité, les enlisant dans le cercle vicieux des consommations à répétition.

### *b. L'alcool-dépendance*

« Désigne les manifestations pathologiques de l'intoxication due à l'alcool sur deux axes : les conséquences somatiques et la perturbation sociale occasionnées par l'« ivrogne » ». <sup>24</sup> Cette définition traduit une difficulté rapportée par plusieurs patients, concernant la difficulté à avouer une addiction à l'alcool à leurs proches, du fait des représentations de l'alcoolisme qu'a une majeure partie de la population.

*C'est le cas de Madame G. patiente de 50 ans, qui nous explique que ses proches sont au courant de son hospitalisation pour sevrage aux benzodiazépines mais pas pour l'alcool car cela « suscite un jugement négatif », c'est moins compréhensible nous dit-elle.*

De nombreux patients ont ainsi peur de renvoyer une image d'ivrogne. « L'étiquette d'alcoolique coupe la personne du reste du groupe social. Ses conduites contreviennent aux règles de bienséance et de morale ». <sup>25</sup>

L'addiction à l'alcool est souvent difficile à repérer par les patients. Lorsqu'on les questionne à ce sujet, les patients ont des difficultés à identifier le moment où la consommation a basculé dans le pathologique. De même, certains sont dans l'incapacité d'identifier le rôle de cette addiction.

*Monsieur B. relate ainsi consommer de l'alcool dans un contexte mondain. Il est architecte et participe à de nombreuses soirées en lien avec son métier. Il explique également boire le soir en rentrant chez lui, lorsqu'il a passé une mauvaise journée ou, au contraire, pour fêter une bonne journée. Cela a des répercussions sur son humeur, il peut se montrer désagréable et cinglant dit-il. Il s'aperçoit que cela pose problème dans son travail, car il lui est arrivé à de nombreuses reprises de répondre à des mails professionnels de façon inappropriée sous l'emprise de l'alcool. Il pense à ce moment être en mesure de limiter ses consommations seul, mais s'aperçoit vite qu'il n'en n'est pas capable, d'où sa présence en hospitalisation.*

---

24 PEDINIELLI J-L, ROUAN G, BERTAGNE P. *Psychopathologie des addictions*, 2017, p. 38

25 MONJAUZE M. *Comprendre et accompagner le patient alcoolique*, 2008, p. 64

### *c. L'anorexie*

La reconnaissance de l'anorexie comme faisant partie des addictions est encore largement contestée. « Elle consiste en un trouble du comportement alimentaire survenant chez une adolescente entre 12 et 20 ans et se traduisant par une triade symptomatique : amaigrissement, anorexie, aménorrhée ».<sup>26</sup> C'est le fait que les patients alternent souvent entre anorexie et boulimie qui lui permet d'être prise en compte dans la clinique des addictions. Deux types d'anorexie mentale existent :

- Restrictif : restriction alimentaire, hyperactivité physique, exposition au froid.
- Purgatif : vomissements, prise de laxatifs et/ou de diurétiques

On retrouve classiquement chez ces patientes une dysmorphophobie, une activité physique intensive ainsi qu'une recherche intense de la maigreur et de la sensation de faim. C'est la jouissance du contrôle total du cerveau sur le corps qui les incite à reproduire perpétuellement des comportements pouvant parfois être dangereux.

### *d. La boulimie*

« La boulimie est définie par la survenue d'épisodes répétitifs de suralimentation excessive et incontrôlable – dont le caractère pathologique est perçu par la patiente – et qui conduisent parfois à utiliser des stratégies de lutte (dépenser l'argent autrement, éviter d'avoir du temps libre, se faire accompagner...) »<sup>27</sup> C'est le trouble du comportement alimentaire le plus fréquent, il est majoritairement retrouvé chez les femmes. En cas de crise, un besoin irrésistible de manger se fait ressentir, incitant les patientes à ingérer tous les aliments se trouvant à proximité. Ce besoin de remplissage peut parfois même les conduire à manger de l'alimentation animale. De nombreux patients expliquent faire ces crises seuls chez eux, sans que leur entourage en soit informé. Certains racontent ainsi acheter les provisions nécessaires à leur crise en sortant du travail, afin de pouvoir faire une crise dès leur arrivée chez eux.

## B) L'attachement

Les interactions précoces sont indispensables au développement psycho-affectif de l'enfant, et vont favoriser l'attachement aux personnes de référence. L'attachement est effectivement primordial, dans le sens où cela constitue la base sécurisante sur laquelle l'enfant

<sup>26</sup> PEDINIELLI J-L, ROUAN G, BERTAGNE P. *Psychopathologie des addictions*, 1997, p. 21

<sup>27</sup> *Ibid*, p. 19

pourra s'appuyer pour explorer le monde. Selon J. Bowlby, « un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement harmonieux, de nouer une relation d'attachement sécurisante avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue ».<sup>28</sup>

L'attachement représente le lien émotionnel développé au cours des premiers mois de vie entre l'enfant et la ou les personnes qui s'occupent de lui. Lorsque ce lien est stable, l'enfant a alors suffisamment confiance en cette figure d'attachement pour oser partir à la découverte de son environnement.

On recense trois types d'attachement (Shankland, 2016) :

- « détaché »
- « préoccupé »
- « sécurisé »

Dans le type détaché, les expressions sont peu dévoilées et sont régulées de façon rigide au sein du cercle familial. Dans le type préoccupé, l'expression des affects est au contraire maximale mais ceux-ci sont en revanche peu régulés. L'attachement sécurisé propose quant à lui un équilibre entre les manifestations émotionnelles et leur contrôle. Ce dernier type favorise ainsi une certaine stabilité au niveau psychique, les états émotionnels pouvant être exprimés sereinement par le sujet, car ils sont accueillis par son entourage. Les éventuelles difficultés du sujet peuvent être abordées au sein de la famille, et des solutions pourront lui être proposées. Certaines familles, où l'attachement peut être qualifié de détaché, vont au contraire avoir tendance à éviter les conflits, ne permettant pas la résolution des problèmes. Le sujet se retrouve alors seul pour faire face à sa désorganisation psychique. Or, « les troubles de l'attachement sont considérés comme un facteur entraînant des difficultés de régulation des états internes ainsi que des relations ».<sup>29</sup>

Le produit de l'addiction pourrait donc être perçu comme un moyen de lutter contre cette submersion d'émotions envahissant le patient. Il viendrait diminuer l'intensité des affects, soutenant le patient pour retrouver une organisation psychique fonctionnelle. M. Corcos souligne en effet qu'un attachement sécurisé est primordial pour le sujet : « une réalité interne suffisamment sécurisante offre en cas de conflits ou de difficultés, une possibilité de régression qui n'est pas synonyme de désorganisation. Les sujets dépendants ne disposent pas, pour de multiples raisons, de cette base suffisamment sécurisante au niveau de leur réalité interne ».<sup>30</sup> Par ailleurs, il explique que du lien émotionnel d'avec les figures d'attachement

---

28 DODIN V. *En faim de conte*, 2017, p. 77

29 *Ibid*, p. 59

30 CORCOS M. *Le corps insoumis*, 2011, p. 15

dans l'enfance et l'adolescence, dépend le comportement d'attachement du sujet à l'âge adulte. Il est important de bien s'attacher aux figures d'attachement primaires (parents, entourage proche), pour pouvoir ensuite s'en détacher et créer des liens avec des figures d'attachement secondaires (amis, groupes de pairs), sans que ces liens ne soient problématiques parce qu'insuffisants ou, au contraire, créant de la dépendance.

*Madame C., présentée précédemment, explique ainsi lors de notre rencontre qu'à partir de ses quinze ans, elle sortait tous les week-ends. Ses parents ne contrôlaient pas ses sorties ni ses fréquentations et la laissaient libre tant qu'elle avait de bonnes notes à l'école. Elle évoque, de façon ironique, sa « gentille maman » qui lui donnait des ansiolytiques pour dormir lorsqu'elle était adolescente. Les propos de la patiente laissent penser que l'attachement de ses parents envers elle est plutôt de type détaché. Cette insécurité affective nourrit probablement le manque de stabilité dans ses relations avec ses pairs. Elle est seulement entourée de son mari actuellement, qui doit partir à Londres pour des raisons professionnelles. Elle explique ne pas vouloir le rejoindre après son hospitalisation, se décrit comme « un boulet » et estime qu'il mérite mieux qu'une femme dépendante à l'alcool.*

Les rapports familiaux semblent alors jouer un rôle dans l'organisation du sujet. V. Dodin relève que certaines formes d'interactions au sein du cercle familial peuvent favoriser le développement et le maintien des troubles du comportement alimentaire. Il cite ainsi l'enchevêtrement, la surprotection, l'absence de résolution des conflits ainsi que la rigidité comme facteurs favorisant.

*Madame N. est une jeune femme de vingt-sept ans hospitalisée pour boulimie vomitive. Elle relate une histoire familiale complexe : père anorexique, mère dépressive, grande sœur qui a fait plusieurs tentatives de suicide. Il semblerait que les problématiques de chacun soient quelque peu intriquées les unes aux autres. Madame N. dit en vouloir à sa sœur d'avoir désorganisé la famille suite à ses tentatives de suicide. Elle évoque également la pratique du piano pendant l'enfance, qui était rendue excessive par son père, qui l'obligeait à s'exercer durant de longues heures. Elle explique ensuite avoir fait beaucoup de sport lorsqu'elle était plus jeune, pas toujours par plaisir car ce sont ses parents qui l'y obligeaient. Il est probable qu'il y ait beaucoup de rancœur et de conflits qui ont été enfouis sans être verbalisés. Ceci pourrait constituer une explication plausible du comportement débordant de Madame N. et de son impossibilité à retenir sa compulsivité face à la nourriture. Les crises de boulimie pourraient alors représenter un moyen de briser le cadre strict qui lui était imposé.*

### C) La sensorialité

Il existe, chez tout individu, une part d'intrépidité plus ou moins développée, l'encourageant à tenter de nouvelles expériences dans son quotidien. Cela peut devenir pathologique lorsque ces recherches de sensations conduisent le sujet à adopter des conduites à risque. « La recherche de sensations correspond au besoin d'expériences nouvelles, complexes et variées, et à la volonté de prendre des risques physiques et sociaux pour avoir de telles expériences afin de maintenir un niveau optimal élevé d'activation cérébrale ».<sup>31</sup> C'est généralement cette quête de sensations qui va initier la rencontre avec le produit (alcool, drogues...) ou le comportement addictif (vomissements, crises de boulimie...), conduisant à l'installation de la dépendance du fait de l'accoutumance et du phénomène de sevrage. Ces comportements activent la libération de dopamine, neurotransmetteur responsable, entre autres, du sentiment de plaisir. « Et voici qu'elle [la drogue] est là, en vous, d'un coup et c'est un indicible bonheur, une jouissance à côté de laquelle aucune jouissance n'est rien ».<sup>32</sup> Cette décharge en dopamine met en jeu le système de récompense, ce qui va alors encourager l'individu à réitérer ce comportement de façon répétée.

*Madame F. est une patiente d'une soixantaine d'années, alcoolo-dépendante, hospitalisée pour la première fois dans l'hôpital où je suis en stage, mais qui a effectué de multiples cures dans d'autres établissements depuis 2002. C'est une patiente très déprimée qui, me dit-elle, n'aime pas la société dans laquelle elle vit. Au vu des éléments qu'elle apporte, peu de choses semblent pouvoir lui procurer du plaisir. Elle relate que l'alcool lui apporte de l'euphorie, sensation qu'elle ne doit visiblement pas éprouver dans d'autres contextes.*

Outre cette explication physiologique, M. Monjauze remarque chez les alcoolo-dépendants une difficulté à s'éprouver comme un tout unifié, à ressentir l'organisation de leur image et à reconnaître leur corps comme le leur. Face à ces limites corporelles floues, l'alcool pourrait donc être un moyen externe utilisé pour se ressentir intérieurement. L'absorption de cette substance procure en effet diverses sensations, perçues différemment selon chacun : chaleur, lourdeur, détente, accélération du rythme cardiaque et de la respiration, etc. Autant de phénomènes qui modifient la perception corporelle. Des sensations nouvelles éveillent le corps, donnant au sujet l'impression de mieux en percevoir les contours.

---

31 DODIN V. *En fin de conte*, 2017, p. 52

32 DUCHAUSSOIS C. *Flash ou le grand voyage*, 1971, p. 202

*Madame T. est hospitalisée suite à la survenue depuis quatre ans, de crises de boulimie. Elle revient de Côte d'Ivoire, où elle était initialement partie pour un stage, qui s'était finalement poursuivi par une embauche. Elle explique qu'elle était en couple sur place et que cette relation est presque terminée actuellement, mais que la situation est compliquée. Ses propos laissent en effet entendre que l'homme avec qui elle était pouvait se montrer violent envers elle. Comme abordé précédemment, cette patiente a une difficulté à reconnaître ses émotions. Elle dit en revanche être perpétuellement à la recherche de sensations fortes et violentes, ce qu'a pu lui apporter sa relation amoureuse, et ce que continuent de lui apporter les crises de boulimie. On pourrait supposer qu'à l'image des personnes autistes, il faut beaucoup de stimulations pour entraîner une réponse chez Madame T. Ces sensations fortes constitueraient alors un moyen de mieux comprendre ses mouvements internes.*

Par ailleurs, M. Monjauze note également qu'une angoisse persistante de chute est retrouvée chez les alcool-dépendants. De nombreux patients ont effectivement eu des parents ou des proches alcooliques, favorisant un contexte de carence affective. Ces bébés ont pu vivre un portage instable, chancelant, ne favorisant pas l'installation d'une sécurité interne suffisamment étayante, qui permettrait l'individuation du sujet. On peut alors imaginer que la consommation d'alcool serait un moyen pour le patient de retrouver cette sensation vacillante et sécurisante pour lui, lui rappelant la mère de laquelle il ne s'est pas différencié. La consommation d'alcool, les vomissements ou encore les crises de boulimie pourraient également être expliqués comme une régression au stade oral décrit par S. Freud, stade durant lequel le plaisir est presque exclusivement reçu par le biais de la sphère orale. Le comportement de dépendance serait alors une réponse du corps au corps face à l'angoisse, en court-circuitant la pensée. Comme la tétine chez le tout-petit, cela vient combler une désorganisation de façon immédiate, sans laisser de place à l'élaboration psychique. C'est la sensation corporelle qui prime.

Certains patients vont, au contraire, rechercher un effet anesthésiant *via* l'objet de leur addiction, tant sur le plan sensoriel qu'émotionnel. L'apport de nouvelles sensations viendrait annihiler l'effet des sensations originelles qui les dévastent.

#### D) Les angoisses

La majeure partie des patients que nous rencontrons à l'hôpital souffrent d'angoisses importantes. Ils relatent ainsi que l'objet de leur addiction est le seul moyen qu'ils aient pu

trouver pour endiguer quelque peu cette souffrance psychique.

*C'est ce que nous raconte Madame C. lorsqu'elle revient pour une seconde hospitalisation, quatre mois après notre première rencontre. Lors de ce second entretien, elle explique qu'elle n'a envie de rien, que plus rien ne lui apporte de plaisir. Elle est traversée en permanence par une immense tristesse, qui constitue selon elle un frein à cette nouvelle hospitalisation. Elle est effectivement très pessimiste quant à la possibilité de réussir à se sevrer en alcool. Elle relate que l'alcool constituait le seul moyen pour apaiser cette tristesse, elle ne pense pas qu'une autre solution soit possible. Selon ses dires, cette tristesse aurait augmentée depuis son arrivée à l'hôpital et personne ne pourrait rien faire pour l'aider.*

A travers cette vignette clinique, on peut noter qu'il n'est pas envisageable pour le patient qu'un autre moyen soit utilisable pour lutter contre l'angoisse qui le tyrannise. Cette angoisse qui, comme le raconte la patiente, augmente lors de l'hospitalisation, montre que le sevrage provoque également un état anxieux et angoissé. C'est souvent à ce moment là qu'une prise de conscience s'effectue chez le patient, qui comprend alors qu'il ne peut pas se passer du produit de son addiction pour faire face à sa souffrance.

Certains patients nous rapportent également être angoissés par le regard de l'autre. Alors qu'ils portent déjà un regard dévalorisant sur eux-mêmes, ils s'inquiètent du jugement que les autres peuvent porter sur eux, sur leur apparence, sur leur comportement face à la nourriture, etc.

*C'est ce que relate Madame B., hospitalisée pour boulimie et hyperactivité. Elle explique être très angoissée, notamment concernant ce que les autres peuvent penser d'elle ; s'inquiète qu'ils puissent penser qu'elle a trop de graisse, pas assez de muscles, qu'elle ne mange pas correctement, etc. Elle évoque la pratique intensive de sport et les crises de boulimie comme un moyen de contrôler son corps, et par là-même, d'apaiser ses angoisses.*

Des troubles anxieux peuvent également surgir lorsque le patient prend conscience des signaux de souffrance que lui envoie son corps. Il est commun que les patients rapportent avoir arrêté toute pratique sportive à l'arrivée des troubles, mais cela peut parfois prendre des proportions beaucoup plus importantes.

*C'est le cas de Monsieur O., jeune homme de vingt-quatre ans hospitalisé pour trouble du comportement alimentaire et suite à une perte de poids importante. Il évoque une première hospitalisation six mois auparavant, qui l'a beaucoup inquiété. Les secours avaient dû venir le chercher chez lui suite à un malaise avec crise de convulsion. Cet événement faisait suite à*

*deux semaines d'examens scolaires durant lesquelles il ne s'était pas alimenté. Il est depuis excessivement inquiet face à ses manifestations corporelles : il se sent très faible et incapable du moindre effort. Il ne pratique plus d'activités sportives, n'utilise plus les transports en commun et n'effectue pas le stage imposé par ses études car il ne se sent pas en mesure de travailler trois jours de suite. Cette angoisse massive a conduit le patient à s'isoler, il a d'ailleurs une tendance à la clinophilie\* depuis son arrivée en hospitalisation.*

Dans les troubles du comportement alimentaire, les patients s'imposent souvent des conduites précises à tenir : ne pas manger, manger telle quantité d'aliments, faire telle activité physique pour compenser, etc. Leur quotidien ne leur permettant pas forcément de pouvoir les respecter, une angoisse peut potentiellement se développer, concernant les éventuelles conséquences néfastes qu'ils imaginent que cela aura. Ces attitudes de contrôle sont en effet un moyen de dévier les pensées obsédantes de nourriture et ainsi de mettre à distance l'angoisse générée par la non satisfaction des besoins primaires. La perte de contrôle fait ainsi craindre au patient de ne pas réussir à respecter les règles qu'il s'est fixé, en mangeant plus que ce qu'il souhaiterait par exemple.

Face à ces angoisses, certains patients arrivent à mettre en place certaines stratégies d'évitement.

*C'est le cas de Madame F., qui, lors de l'entretien, explique qu'elle fait en sorte d'avoir un planning bien rempli chaque matin de la semaine. Cette patiente ne travaille plus mais se programme des activités chaque matinée, par volonté de ne pas consommer d'alcool trop tôt dans la journée.*

### **III- Psychomotricité et addictologie**

#### **A) La place du corps**

Nous recevons les patients en entretien au début de leur hospitalisation, mais bien qu'ils ne soient présents que depuis quelques jours dans l'établissement, ils ont souvent déjà rencontré de nombreux professionnels du service (médecins, psychologues, infirmières, aides-

soignantes, ergothérapeute). Il est alors récurrent qu'ils nous disent « j'ai déjà raconté mon histoire plein de fois ».

La psychomotricienne se démarque alors, puisque son objectif n'est pas tant de connaître l'histoire personnelle du patient, mais essentiellement de percevoir le rapport qu'il entretient avec son corps.

Bien que ce ne soit pas un exercice évident pour les patients de penser leur vécu d'un point de vue corporel, il est intéressant de voir que cela va donner lieu à un discours variant parfois de celui qu'ils ont pu tenir face aux médecins, l'élaboration est différente. Pour la psychomotricienne, le corps représente un outil de renseignements sur le patient. Lors des rencontres, le langage corporel sera aussi important, parfois même plus, que le langage verbal. La posture du patient, les gestes parasites, la tenue vestimentaire, l'apparence, l'odeur, etc. sont autant d'éléments qui nous permettront de mieux connaître le patient. Lorsque les mots ne sont pas utilisables, le corps peut s'y substituer.

#### *a. Les traumatismes corporels*

Il faut toutefois être très prudent, on retrouve beaucoup de vécus corporels difficiles chez les patients en addictologie, avec parfois des violences physiques, des abus sexuels ou encore des accidents. Une étude montre que sur 753 femmes ayant été anorexiques, 40% rapportent avoir subi au moins un événement traumatique au cours de leur vie (Shankland, 2016). Il est alors important d'être informé de l'anamnèse du patient afin de ne pas engager un contact qui pourrait être effracteur et provoquer la réminiscence des symptômes. «L'immaturation du contenant psychique des patients ne permet pas l'accès à une représentation du trauma mais seulement à sa reviviscence qui induit une reproduction traumatique et un retour du symptôme protecteur pour lutter contre les angoisses archaïques et le sentiment de honte ».<sup>33</sup>

Le corps est souvent évincé au profit d'une tête qui dirige et contrôle toute l'existence du sujet. La question du corps peut donc être traumatisante pour certains, l'approche devra être réfléchie et adaptée en fonction de chacun. Certaines propositions et médiations thérapeutiques pourraient en effet raviver les souvenirs de l'événement traumatique, de par certaines similitudes corporelles et sensorielles. « Selon Liliane Daligand, le viol est une épreuve de soumission à l'autre, d'effondrement des repères temporeux-spatiaux. Le corps se

---

33 EXPOSITO C. *Manuel d'enseignement de psychomotricité (Tome 3)*, 2015, p.222

morcelle, se désorganise et n'est plus habité par la parole. La victime est renvoyée au néant »<sup>34</sup>. Puisque la médiation relaxation sera développée dans ce mémoire, dans ce cas ci, la posture de relaxé peut faire revivre cette position de passivité. Le silence est souvent exigé, la parole du thérapeute domine. Même si le patient reste libre et qu'aucune indication ne lui est imposée, la soumission peut être revécue au travers des injonctions prononcées par le relaxant.

*Nous rencontrons Monsieur A. en entretien. Cet homme de 45 ans est hospitalisé pour trouble du comportement alimentaire, associé à une pratique sportive intensive et impulsive. Ce patient a un physique de bodybuilder, ses muscles lui servent de structure, empêchant l'effondrement. Il vit encore chez ses parents. Il présente une immaturité affective et une sexualité impulsive. Il s'impose une restriction alimentaire, ne mangeant que le soir en grande quantité. Il boit beaucoup d'eau et de café le reste de la journée. S'il déroge à ses règles, il reprend rapidement son hyperactivité, en faisant par exemple des pompes en plein milieu du repas. Il est à noter un antécédent d'abus sexuel dans l'enfance, qu'il n'évoque pas durant l'entretien psychomoteur, mais qui est indiqué dans son dossier. C'est un patient très défendu qui se dévoile peu. La psychomotricienne n'a pas proposé d'indication en relaxation dans son cas, car ce serait trop intrusif et trop évocateur pour lui.*

#### *b. L'étayage de la psychomotricienne*

Progressivement, selon l'indication qui lui a été proposée, le patient pourra réinvestir ce corps parfois délaissé, mal-aimé, avec le soutien de la psychomotricienne qui fera office de bon objet lors de la séance : « être contenant jusqu'à permettre au sujet de se sentir capable de contenir, d'investir une existence interne qui lui faisait défaut, qu'il puisse repartir avec des choses qu'il reprenne à son propre compte ».<sup>35</sup> Cette notion de bon objet renvoie au fait de percevoir, pour le patient, un corps « sain » chez le thérapeute, solide, sur lequel il puisse s'appuyer. C'est souvent rassurant pour les patients de nous voir effectuer les séances en même temps qu'eux, et observer que notre corps et notre psychisme ne s'écroulent pas. On repère cela dans la recherche de soutien au travers du regard lors des séances de psychomotricité par exemple.

Lorsque le retour sur son corps est trop difficile pour le patient, la psychomotricienne

---

34 EXPOSITO C. *Manuel d'enseignement de psychomotricité (Tome 3)*, 2015, p. 224

35 BALLOUARD C. *Le travail du psychomotricien*, 2003, p. 8

peut le soutenir davantage en le conseillant individuellement. Ces temps de rencontre ont souvent lieu dans la chambre du patient directement. La psychomotricienne propose des exercices de respiration simples, que le patient pourra reproduire chez lui. A l'image de « la mère suffisamment bonne » décrite par D. W. Winnicott, le patient peut intérioriser le thérapeute et tout le « bon » qu'il lui apporte, permettant de se le représenter une fois seul, évitant le surgissement de l'angoisse.

*C'est le cas de Madame G, femme d'une cinquantaine d'année. Cette patiente présente des troubles du sommeil. Dormir l'angoisse, en lien avec deux événements traumatiques ayant eu lieu la nuit. Pour elle, dormir c'est « comme une petite mort », elle a donc recours à l'alcool et aux benzodiazépines pour s'endormir. Madame G. a bien investi les séances de relaxation, mais n'arrive pas à mettre en pratique les exercices seule. L'objectif est de lui proposer un nouveau rituel d'endormissement pouvant apaiser ses angoisses, pour remplacer ses consommations. En lui proposant différents exercices ainsi que des conseils pour aménager son espace nuit, la patiente nous dira qu'elle réussit maintenant à reproduire les exercices seule, en mettant de la musique douce sur son téléphone.*

Ces temps privilégiés sont importants, notamment pour les patients les plus fragiles, et les plus à même de rechuter. L'hospitalisation de sevrage est courte, il est donc nécessaire de préparer le patient à la séparation d'avec l'équipe soignante et le cadre rassurant de l'hôpital, afin que le retour à domicile se fasse le plus sereinement possible.

C'est par son propre engagement corporel que le psychomotricien apporte une base solide à la relation thérapeutique. Cet accordage corporel engage le thérapeute dans une forme de portage du patient, aidant ce dernier à se réapproprier son vécu corporel. Selon Véronique Defiolles-Peltier, cet engagement psychomoteur est indispensable, car il va servir de réceptacle des angoisses du patient, sans toutefois se les approprier. Un mouvement de corps à corps se crée entre le thérapeute et le patient, une communication corporelle s'établit. Si le patient peut se dissimuler derrière un discours lui servant de protection, l'expression corporelle sera toujours authentique. « Le corps possède son propre registre et le travail du psychomotricien va s'appuyer sur sa propre expressivité corporelle et sa sensorialité, pour être au plus près de ce que dit l'autre avec son corps ».<sup>36</sup>

---

36 POTEL C. *Être psychomotricien*, 2015, p. 60

### *c. Un corps abandonné*

En psychiatrie, le corps est parfois laissé à l'abandon par le patient. Nombreux sont ceux arrivant en hospitalisation avec une incurie (cheveux gras, visage marqué, odeur corporelle forte, etc.). Madame M. nous dira d'ailleurs qu'elle avait abandonné les soins corporels, ne se douchait plus, ne prenait plus soin d'elle. Arrivée en hospitalisation, elle a repris l'habitude de se doucher, mais pas tous les jours au départ nous dit-elle. C'est d'ailleurs un travail qui a pu être repris avec la psychomotricienne, qui a proposé deux temps de soins en individuel, que la patiente a pu choisir. Elle a ainsi demandé à ma maître de stage un massage du cuir chevelu, un massage des mains et un massage du dos. Ces prises en charge, tournées en partie vers les soins esthétiques, sortent du champ de compétences de la psychomotricité. Toutefois, n'ayant pas de socio-esthéticienne dans le service, lorsqu'elle estime que ces prises en charge auraient un intérêt pour les patients, elle s'autorise à les effectuer. Ces soins permettent entre autre de restituer la notion de corps plaisir, ce qui contribue au réinvestissement corporel. L'estime de soi sera augmentée par la même occasion.

Un désinvestissement et une mise à l'écart du corps sont fréquents chez ces patients. Lors d'une rencontre en entretien, une patiente relate « mon corps me gêne, j'aimerais qu'il disparaisse et qu'il reste juste ma tête et deux pieds ». Ceci montre à quel point le clivage entre corps et psyché peut être présent chez les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, où le corps est perçu presque comme un objet de torture. Une volonté de contrôle total est retrouvée, au dépit d'un corps mis à l'écart, parfois même réifié, comme ne leur appartenant plus. Au travers des propos de cette patiente, on entend également que cette femme n'assimile pas ses pieds comme partie intégrante de son corps. On peut supposer que chez elle, son corps se résume à son ventre (patiente boulimique) et à ses bras (se scarifie les avant-bras dans une tentative d'apaisement), posant la question de l'intégration du schéma corporel et de la représentation du corps.

### B) L'entretien psychomoteur

Dans le cadre des hospitalisations courtes en addictologie, la psychomotricienne est amenée à recevoir les patients en entretien à leur entrée à l'hôpital. Cette première rencontre permet de se présenter au patient et de lui expliquer notre rôle au sein de l'institution. C'est un premier contact qui favorisera l'établissement d'une relation de confiance. Lors de cet entretien, le patient est amené à exprimer les raisons de son hospitalisation, son histoire

passée et actuelle. L'entretien est notamment centré autour du corps du patient, comment il vit avec, comment il lui permet d'interagir avec son environnement. Grâce à son récit, cela permettra à la psychomotricienne de comprendre comment la problématique du patient s'exprime, corporellement et psychiquement, dans l'optique de proposer l'indication la plus juste possible. L'indication n'est jamais imposée au patient, elle se fait en accord avec ses besoins et envies. Pour expliquer comment se déroulent ces entretiens, je vais d'abord citer les différents types d'entretiens qui existent, selon De Ketele et Roegiers :

- entretien directif : des questions, préparées à l'avance, sont posées dans un ordre précis. Le recueil de données est plutôt rapide, mais les informations obtenues sont partielles et réduites.
- entretien semi-directif : le discours est orienté autour de thèmes spécifiques. Les questions ne sont pas préalablement préparées mais l'interviewer dispose de points de repères par lesquels il passera durant l'entretien. Les informations, en accord avec le but poursuivi, sont recueillies en un temps raisonnable.
- entretien non directif : le discours entre l'interviewé et l'intervieweur est continu, aucune question n'est préparée à l'avance. Les informations recueillies sont de très bonne qualité mais ne répondent pas toujours à ce qui est attendu par la personne qui mène l'entretien. Le temps d'obtention des données est variable selon les patients.

Ma maîtresse de stage mène des entretiens semi-directifs, qui lui permettent, tout en laissant parler assez librement le patient, d'obtenir les informations qu'elle recherche. Elle n'a pas de modèle précis d'entretien, mais s'est tout de même créée une trame. En règle générale, après avoir expliqué les raisons de son hospitalisation, le patient est invité à retracer son histoire corporelle depuis la naissance jusqu'à aujourd'hui. Il est frappant de voir à quel point cette question laisse perplexe la plupart des patients. Ils ont en effet l'habitude de raconter leur vécu personnel : histoire familiale, entrée dans l'addiction etc. Mais aborder leur histoire d'un point de vue corporel est quelque chose d'inhabituel pour eux. C'est ainsi que bon nombre de patients narrent leur parcours en omettant de mentionner leur vécu corporel. Dans ces cas là, ma maîtresse de stage pose parfois des questions plus précises, autour de pratiques corporelles qu'ils ont ou ont pu avoir, comment ils étaient lorsqu'ils étaient plus petits, les sensations que procurent leur addiction, etc.

### C) Le cadre

Pour apporter la fonction contenante et aider le patient à s'ancrer par le biais de son corps, il est nécessaire, pour le psychomotricien, de poser un cadre (Potel, 2015). C'est particulièrement vrai en addictologie, où les patients, au travers de leur addiction, expérimentent les sensations de remplissage puis de manque. C'est un retour aux expériences archaïques où le nourrisson va éprouver le manque avant d'être nourri, ce qui va favoriser l'intégration des limites corporelles et psychiques, permettant que « le corps devienne le cadre contenant de la psyché ».<sup>37</sup>

Pour soutenir ces limites parfois défaillantes chez les patients rencontrés, un cadre fixe et assumé par le psychomotricien sera primordial. J'ai pu expérimenter au début de mon stage combien il était difficile de maintenir le cadre que l'on s'est fixé, tant les patients cherchent à en tester les limites. De nombreuses fois, du fait de notre proximité en âge, les patients m'ont tutoyée alors qu'ils vouvoient ma maître de stage et que moi je les vouvoie également. Je n'ai pas su les reprendre sur le moment, par peur d'affecter le lien qui était en train de se créer entre eux et moi. Or, en discutant ensuite de cet événement avec ma maître de stage, j'ai compris qu'une relation de confiance avait besoin de bases solides, et parfois contraignantes pour le patient, pour se construire : « pour cela, il nous faut assumer que nos actions et nos actes ont une valeur à la fois concrète et symbolique, et que cette double valeur de notre engagement corporel et verbal va faire « levier thérapeutique » et donner une première charpente psychique ».<sup>38</sup>

Il m'a également été donné de participer à l'atelier loisirs encadré par deux infirmières. Des jeux, de cartes notamment, y sont proposés. C'est un moment de partage où la distance soignant/soigné se réduit. M'étant bien prise dans le jeu, je me suis fait la réflexion qu'il pouvait être difficile de ne pas déborder du cadre dans ces moments plus conviviaux et en oublier les objectifs thérapeutiques. Cela souligne une nouvelle fois la nécessité d'établir un cadre en amont de la mise en place de l'atelier, qui définira une distance thérapeutique appropriée et en garantira le maintien.

### D) Transfert et contre transfert

Le transfert a été théorisé par S. Freud dans le cadre de ses études sur l'hystérie, qui définit ce phénomène comme la projection, du patient vers le thérapeute, de sentiments,

<sup>37</sup> POTE C. *Du contre-transfert corporel*, 2015, p. 67

<sup>38</sup> *Ibid*, 2015, p. 69

d'affects, d'émotions, etc. positifs ou négatifs. Selon S. Freud, c'est « un désir interdit dans la prime enfance à l'égard d'une personne proche qui se plaque sur le thérapeute et qui masque son origine infantile ». Pour le psychiatre Autrichien, le transfert était au départ perçu comme un frein à l'analyse, constituant une forme de résistance de la part du patient. Finalement, ce mécanisme a ensuite été reconnu comme base indispensable du travail thérapeutique, encourageant le patient à analyser son ressenti.

*Nous recevons un jeudi en fin de journée une patiente en entretien de début d'hospitalisation. C'est une jeune femme de 24 ans, hospitalisée pour crises de boulimie. Elle nous raconte les raisons de sa venue à l'hôpital, son vécu corporel de sa naissance jusqu'à aujourd'hui. C'est une histoire difficile et lourde pour une si jeune femme, elle a déjà du faire face à de nombreuses épreuves. Elle se met rapidement à pleurer pendant cette rencontre. Je suis alors très touchée par cette patiente, avec l'envie de la prendre dans mes bras pour la consoler. Évidemment je n'en fais rien, mais mon ventre se serre, je dois me retenir de ne pas pleurer moi aussi. Je sors épuisée de cet entretien, il a puisé toute mon énergie. Une fois la patiente repartie, je ne comprends pas ce qu'il s'est passé et pourquoi j'ai été autant submergée par mes émotions. Nous en discutons avec ma maître de stage qui va alors m'éclairer : c'est un phénomène de contre transfert.*

Le patient renvoie en effet beaucoup d'émotions et de sentiments au thérapeute se trouvant en face de lui, qui en est alors plus ou moins affecté. Comme le transfert, c'est également un phénomène indispensable de la prise en charge « on ne peut pas concevoir un travail du toucher sans saisir la part touchée de soi quand on touche ». <sup>39</sup> Ce mécanisme renseigne en effet le thérapeute sur son fonctionnement interne, ses mécanismes psychiques et aussi sur les limites qu'il ne doit pas dépasser pour ne pas aller au-delà de sa zone de confort. Ma maître de stage me racontera d'ailleurs suite à cet événement qu'il lui est déjà arrivé de stopper le patient dans son discours et d'orienter la discussion vers un autre sujet, sentant que ça allait aller au-delà de ce qu'elle pouvait recevoir sans se mettre elle-même en danger. Le contre-transfert, lorsque le professionnel est en mesure de l'analyser, va être un levier thérapeutique puisque « la réaction de l'analyste peut être utilement considérée comme le premier indice de ce qui se passe chez le patient ». <sup>40</sup>

---

39 POTEL C. *Du contre-transfert corporel*, 2015, p. 116

40 KLEIN M, HEIMANN P, ISAACS S, RIVIERE J, 1952 (cités par BALLOUARD C, 2003), p. 29

## E) Le projet de relaxation

A chaque début d'année, ma maîtresse de stage réétudie le planning de ses prises en charge et des groupes qu'elle propose, pour les modifier ou en créer de nouveaux si besoin. Cette année, elle a décidé, en accord avec le cadre de santé et les médecins, de proposer un groupe relaxation pour les patients en hospitalisation de sevrage, le jeudi après-midi. Le jeudi étant le jour où je suis présente dans l'établissement, c'est un projet que nous avons pensé conjointement.

### *a. Les indications*

Avec l'utilisation des produits et l'effet du sevrage, on retrouve chez les patients différents troubles :

- troubles du schéma corporel et de l'image du corps
- troubles de la régulation tonique
- troubles de l'équilibre
- difficultés de coordination et d'organisation sensorimotrice
- symptômes liés à l'anxiété, troubles du sommeil, douleurs chroniques
- désinvestissement corporel

Par le comportement addictif, le corps se trouve fortement stimulé, rempli, vidé, piqué, malmené, etc. Beaucoup de sensations sont mises en jeu, qui seront certainement perdues lors du sevrage, et de nouvelles apparaîtront. Ceci perturbe entre autre la représentation corporelle du sujet, qui sera perdue dans un flot de sensations non assimilables. L'objectif est ainsi d'accompagner le patient dans la perception de toutes les afférences sensorielles qui l'atteignent, d'accéder à la représentation de ces sensations, pour distinguer celles qui sont vectrices de plaisir et celles sources de déplaisir.

Comme nous l'avons vu, les interactions précoces ont été défailtantes pour de nombreux patients que nous rencontrons, empêchant la construction d'enveloppes corporelles et psychiques stables. Or, selon D. W. Winnicott, le holding (portage physique) et le handling (portage psychique) permettent à l'enfant de sentir son corps comme un tout unifié, favorisant ensuite l'individuation. Chez les patients devenus adultes, c'est cette sensation qu'ils recherchent *via* leur addiction. C'est pourquoi une indication en relaxation peut tout à fait être pertinente pour ces patients.

La psychomotricienne propose ainsi un portage physique, grâce aux manipulations, et psychique avec sa voix, son regard, qui enveloppent et contiennent le patient. L'expérience de maternage qui avait fait défaut au patient dans l'enfance est donc reproduite en séance, encourageant progressivement la structuration du patient. « Notre hypothèse est que la résonance d'un bon objet en nous favorise la réparation de celui-ci ».<sup>41</sup> Encourager le patient à reprendre seul certains exercices pratiqués en séance permettra ensuite son individuation (Guiose, 2007).

Par ailleurs, les exercices de respiration vont permettre une exploration nouvelle des sensations de remplissage et de vide que les patients connaissent habituellement uniquement par le biais de leurs comportements addictifs. Enfin, par l'inventaire des appuis, des mobilisations passives ou encore des massages ou auto-massages, la psychomotricienne aidera le patient à ressentir le contour de son corps et par là même, à définir ses limites corporelles. « Toucher, c'est en quelque sorte « porter l'autre » vers une connaissance ou une reconnaissance de lui-même en tant que sujet ».<sup>42</sup> C'est le processus de subjectivation, permettant l'accès au « vrai self » décrit par D.W. Winnicott.

Les patients nous font souvent part de leurs angoisses, de leur stress, signifiant leur incapacité à se détendre, ou tout du moins à laisser le cerveau au repos. L'objectif final de la relaxation n'est pas tant un état de détente qu'un accès à un espace d'expérimentation corporelle autorisant le corps à se poser, pour essayer de laisser ces pensées de côté. La détente n'est en effet pas toujours atteignable, surtout dans le cas des hospitalisations courtes où les patients ne pratiquent que deux ou trois séances de relaxation. C'est en partie pour cette raison, que nous avons choisi de proposer aux patients la méthode Jacobson, avec des exercices de contraction/relâchement. Le fait de contracter puis de relâcher leur permet tout de même de connaître la détente. La méthode Dupont est également utilisée, notamment pour les exercices de respiration et l'inventaire des appuis. Enfin, le toucher peut être proposé lorsque l'étayage verbal ne nous semble pas suffisamment contenant pour les patients présents.

### *b. Structuration de la séance*

Concernant les modalités de la séance, nous accueillons un groupe de six patients maximum dans la salle de relaxation que nous avons préalablement installée. Nous proposons

---

41 GUIOSE M. *Relaxations thérapeutiques*, 2007, p. 62

42 POTEL C. *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, 2010, p. 124

pour débiter un temps court de verbalisation puis une mise en corps avant de passer à la séance propre de relaxation. S'en suit la reprise ainsi qu'un nouveau temps d'échange. Le tout dure une heure.

Nous avons organisé la séance en deux temps majeurs : un premier temps de verbalisation orale, corporelle ou créative, suivi d'un éveil corporel. Puis un second temps, de relaxation à proprement parlé. Nous animons chacune l'un des deux temps mais nous échangerons les rôles en cours d'année, pour que nous puissions expérimenter chacune les deux places et également afin d'observer les éventuelles modifications que cela peut produire chez les patients.

Nous avons choisi de varier les mises en corps : travail autour des articulations, pâte à modeler, exploration de matériel (bâtons pouvant symboliser l'os, tissus pouvant symboliser les muscles, etc.), expérimentation personnelle de mouvements, déplacements dans la salle, etc. Ce temps est une forme de rituel, permettant aux patients de commencer à porter attention à leurs corps pour commencer à entrer doucement dans le temps de relaxation. Ce dernier garde toujours sensiblement la même trame, à savoir installation en position allongée, parcours des différents appuis du corps, concentration sur la respiration et ses mouvements, représentation mentale des parties du corps, exercices de contraction/détente, éventuellement un toucher s'inspirant de la méthode Soubiran, puis reprise. Cette trame est bien sûr modulable en fonction des patients présents et des mouvements qui parcourent le groupe.

Pour la majeure partie des patients, la relaxation est une découverte. Leur expérience sera courte, il est donc nécessaire de proposer un étayage suffisant, pour qu'une trace puisse s'inscrire en eux, et qu'ils puissent éventuellement poursuivre ce travail après l'hospitalisation. La guidance verbale est particulièrement importante. Il faut garder à l'esprit que ce qui nous paraît évident en tant que psychomotriciennes ne l'est pas forcément pour les patients. Par exemple, parler des appuis ou de l'ancrage dans le sol nous fait écho immédiatement, mais ce n'est pas le cas pour les patients. Il est alors opportun de les guider plus finement dans leur installation, en proposant des images ou en supposant les sensations qui peuvent être perçues. « Pour le psychomotricien, il faut ramener son projet idéal d'installation aux capacités de la patiente. Être dans une adaptation constante, être malléable ». <sup>43</sup>

Nous aménageons la salle avant de retrouver les patients. Nous installons deux tapis, un coussin et une couverture pour chaque patient et nous déclenchons la musique. C'est une façon de signifier aux patients que nous leur consacrons une attention particulière et que la séance a été pensée pour eux. Le fait que la musique soit déjà en marche lorsqu'ils arrivent marque d'emblée une différenciation d'environnement, et cela nous paraît être un accueil plus

---

43 EXPOSITO C. *Manuel d'enseignement de psychomotricité (Tome 3)*, 2015, p. 194

chaleureux. Nous retrouvons tous les patients à un point de rendez-vous et nous prenons l'ascenseur tous ensemble pour rejoindre la salle de relaxation. Nous invitons les patients à se déchausser avant d'entrer, pour marquer une séparation spatiale et temporelle entre intérieur et extérieur de la séance.

### *c. Effets de la relaxation*

Lors des séances de relaxation, nous allons adopter une voix calme et plutôt douce, englobant les patients et leur permettant de percevoir une enveloppe contenant, marquant les limites entre intérieur et extérieur. Nous leur proposons également de prendre conscience de l'appui des différentes parties de leur corps sur le sol, afin qu'ils se sentent soutenus, portés. Cela a une fonction de réassurance sur leur solidité. Puis progressivement, il faudra les amener à prendre conscience de leurs angoisses, en introduisant des temps de silence plus longs par exemple, où les angoisses archaïques de chute et de vide peuvent ressurgir. Ressentir ces angoisses corporelles, permettra aux patients d'apprendre à les gérer sans recourir à l'objet de l'addiction. Ces silences favoriseront également l'intégration de la capacité à être seul en présence de l'autre.

Les exercices de respiration, les mouvements de contraction et décontraction et les inductions verbales ont un retentissement sur les instances physiologiques qui régulent le tonus. L'environnement émotionnel et les affects ont donc un rôle sur le tonus. En abaissant le tonus, une diminution de l'anxiété sera ainsi permise. H. Wallon a montré le lien entre le tonus et les émotions. Selon que les affects soient positifs ou négatifs, il y aura obligatoirement une modification du tonus qui se produira, qu'elle soit à versant hypertonique ou hypotonique. De fait, « immanquablement, en abaissant le seuil tonique du sujet par la relaxation, nous touchons à un pan affectif de sa vie psychique ».<sup>44</sup> Permettre au patient de prendre conscience de ses états toniques favorisera une meilleure compréhension des signes corporels de son anxiété, lui permettant ensuite d'agir activement pour les diminuer.

Les exercices de contraction et décontraction, effectués les yeux fermés, encouragent un travail de proprioception. Les patients devront percevoir la façon dont sont positionnées les différentes parties de leur corps, et comment elles bougent dans l'espace. Par ailleurs, ces exercices favorisent l'émergence de sensations multiples telles que des fourmillements, une sensation de lourdeur, de chaleur, etc. Il peut également y avoir des hallucinations sensorielles comme ne plus sentir un membre ou perdre la localisation d'un membre par exemple. Cela

44 GUIOSE M. *Relaxations thérapeutiques*, 2007, p. 61

prouve l'effet de la relaxation sur l'intégration du schéma corporel.

## DISCUSSION

### I – Le psychomotricien à l'œuvre

#### A) La prise en charge psychomotrice

Avec les patients que j'ai rencontré en addictologie, les prises en charge en psychomotricité ont essentiellement pour visée de soutenir le patient concernant ses représentations corporelles, son estime de soi, sa capacité à contenir et à être contenu et sa capacité à reconnaître ses émotions.

Pour illustrer ces propos, je vais reprendre le cas de Madame C. cité auparavant. On note chez cette patiente que l'attachement détaché de ses parents vis à vis d'elle ne lui a pas permis d'avoir un attachement sécurisé envers son mari, puisqu'elle serait prête à le laisser partir. L'angoisse d'abandon, angoisse archaïque du tout petit, est toujours prégnante chez cette jeune femme. Elle se considère comme « un boulet » pour lui, ce qui souligne également la mésestime qu'elle a d'elle-même. Lors de l'entretien de deuxième hospitalisation, Madame C. montre un visage très fermé, avec un discours neurasthénique\* et laconique. Elle me rend impuissante face au peu d'éléments qu'elle dévoile et je termine l'entretien démunie.

Dans l'espace de psychomotricité, qu'allons-nous concrètement pouvoir mettre en jeu avec cette patiente ?

Il semble primordial avec Madame C. de lui apporter en premier lieu un soutien au niveau de ses représentations corporelles pour améliorer l'estime qu'elle a d'elle-même, ce qui lui permettra par la suite d'entrer en relation avec l'autre.

Nous lui proposons ainsi une indication en relaxation où nous utilisons, comme présenté auparavant, des méthodes rendant le patient actif. « L'un des intérêts essentiels de la relaxation dynamique est de faire prendre conscience du schéma corporel et de travailler à l'élaboration de l'image du corps ». <sup>45</sup> Madame C. présente effectivement des signes classiques de la dépression, avec notamment un pessimisme très marqué, une anhédonie\*, une mésestime de soi et un ralentissement psychomoteur. Il paraît nécessaire de redonner la possibilité à cette patiente de se sentir actrice de son corps, de lui faire prendre conscience qu'elle peut agir sur lui. Elle pourra ainsi activement se recentrer sur les différentes sensations

---

45 ANDRIEU B. *Toucher, se soigner par le corps*, 2008, p. 153

et émotions qui la traversent, évitant ainsi de la laisser de nouveau glisser dans la passivité. La patiente se perçoit seulement comme une « alcoolique », sa représentation d'elle même se limite à son alcool-dépendance. Le symptôme est omniprésent et vient parasiter son image du corps. Or, il pourrait être entendu que la dépendance soit un moyen de défense, venant masquer un trouble issu de la prime enfance du sujet. « Le recours au toxique, comme au refus de s'alimenter, permet au sujet de donner le change à une image du corps défaillante ».<sup>46</sup> Au vu de l'histoire personnelle de Madame C., notamment en ce qui concerne son lien avec ses parents et ses relations souvent éphémères avec ses pairs, on peut envisager que la séparation progressive d'avec ses figures d'attachement ne se soit pas effectuée sur des bases suffisamment sécurisées, ne lui apportant pas le sentiment même d'habiter son corps : « elle théorise (F. Dolto) également comme fondamentales pour l'image de soi les étapes de castrations symboligènes, qui vont symboliquement signer l'acceptation de la perte pour un gain autre, c'est-à-dire accéder à d'autres possibles, voie ouverte à l'autonomie et à la maturation affective du sujet »<sup>47</sup>.

Pour travailler sur cette représentation négative de soi, nous proposons un étayage verbal visant à guider les patients dans la redécouverte et la reconquête de leur corps. Outre les exercices de contraction/relâchement présentés auparavant, nous invitons les patients à se balader dans les différentes parties de leur corps, en essayant par exemple de distinguer celles dans lesquelles ils se sentent le plus à l'aise et celles qui sont le moins confortables. Nous leur proposons d'être attentifs à toutes les sensations rencontrées lors de cette balade : la température des différentes parties du corps, la présence ou l'absence de tissus ou vêtements sur la peau en fonction des zones, les bruits internes, des fourmillements, des picotements, etc. De cette façon, pour Madame C. cela lui permet de réinvestir progressivement ce corps dont elle s'était coupé. « La conscience corporelle remplit la conscience des sensations internes du corps vécu au cours de ces exercices corporels : leurs effets améliorent l'harmonie et l'unité somato-psychique ».<sup>48</sup> La perception des contours du corps par le biais de cet atelier en relaxation favorise la reconstitution d'une enveloppe corporelle contenant et par là même, redonne à l'enveloppe psychique sa fonction soutenante et étayante.

Madame C. intègre le groupe de relaxation le jour même de notre seconde rencontre. Comme lors de l'entretien du matin, la patiente exprime être très tendue et très triste en début de séance. Elle semble adopter une posture un peu figée, mais réalise l'ensemble des

---

46 CHRISTODOULOU A. *Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie de l'adulte*, 2006, p. 95

47 POTEL C. *Être psychomotricien*, 2015, p. 145

48 ANDRIEU B. *Toucher, se soigner par le corps*, 2008, p. 145

exercices. Lors du temps de verbalisation final, elle explique que des ruminations étaient présentes mais toutefois, le nœud perpétuellement présent dans son ventre et dans sa gorge a diminué en intensité. Il semblerait que le retour sur soi et sur son corps soit un exercice difficile pour Madame C., ses idées noires parasitant sa pensée, l'empêchant alors d'être totalement à l'écoute de ses ressentis.

Lorsque nous la retrouvons la semaine suivante, nous notons que Madame C. a pris soin de choisir un pull et une étole en matière très douce, ce qui pourrait être un moyen de renforcer la sensation d'enveloppe contenant en parallèle des exercices proposés au sein de l'atelier. C'est dans ce sens que nous dirigeons cette seconde séance à laquelle participe Madame C.

Percevant que les mots ne seront pas suffisamment étayant pour le groupe, ma maître de stage propose une exploration du corps à l'aide de balles sensorielles. Nous choisissons chacun une balle (à picots, lisse, plus ou moins dure, plus ou moins grosse, etc.), et nous proposons tout d'abord une exploration individuelle du corps, en encourageant les patients à faire rouler la balle sur les différentes parties de leur corps, soit de façon circulaire, soit de façon linéaire. Nous leur précisons qu'il est intéressant d'explorer toutes les zones, mais qu'ils peuvent plus ou moins insister sur certaines parties selon leur préférence. En deuxième partie de séance, nous formons des binômes. Chacun choisit la zone du corps où il souhaite recevoir le toucher, ce dernier pouvant se faire en position assise ou allongée. Nous précisons qu'il y a des zones interdites (parties génitales, poitrine), sur lesquelles il n'est pas possible de proposer un toucher. Le désinvestissement corporel entraîne en effet chez certains patients la perte de la notion d'intimité et de pudeur, il est donc utile de rappeler les zones qui sont accessibles à autrui et celles qui restent du domaine du privé.

Madame C. est en binôme avec une jeune fille hospitalisée pour trouble du comportement alimentaire, qui est assez renfermée sur elle-même de prime abord. Nous observons que Madame C. adopte une posture très adaptée, et propose à l'autre patiente un toucher très contenant et enveloppant. En fin de séance, nous encourageons les patients à échanger par deux, sur leurs ressentis, avant de faire un retour commun. Madame C. et sa partenaire sont toutes les deux très souriantes et nous les entendons discuter de soins corporels en institut. Lorsque nous échangeons en groupe, Madame C. verbalise qu'elle a beaucoup apprécié cette séance et que le passage de balle l'a beaucoup détendue. C'est la capacité à contenir et à être contenu qui a été mise en jeu dans cette séance. Ainsi, les patients expérimentent tour à tour le fait de représenter celui qui, par le soin et l'attention portés à l'autre, vient renforcer les enveloppes corporelles et psychiques ; et la position de celui qui reçoit le toucher, favorisant l'intégration d'un soi unifié.

Lors de la troisième et dernière séance pour Madame C., nous relevons qu'elle a adopté une nouvelle coupe et couleur de cheveux et qu'elle a pris soin de se maquiller. Ces changements témoignent peut-être d'un réinvestissement corporel de la patiente, avec une volonté nouvelle de prendre soin de soi. Toutefois, elle exprime toujours être très stressée, certainement en lien avec la fin d'hospitalisation qui approche. Lors de cette séance nous proposons le même travail que la dernière fois avec les balles sensorielles, en modifiant les binômes. La partenaire de Madame C. lui demande un toucher au niveau des bras, tout en restant en position assise. Le passage de la balle n'est donc pas aisé, Madame C. fait chuter la balle à deux reprises, ce qui la fait rire. L'investissement dans la séance semble moindre par rapport à la fois précédente. Cela montre que Madame C. a besoin d'un étayage renforcé, ce qui n'était pas le cas avec sa partenaire qui était moins contenante que celle de la précédente séance, du fait de son angoisse, ce à quoi Madame C. semble assez poreuse.

#### B) La prise en charge à court terme

Je suis présente une seule fois par semaine à l'hôpital, le jeudi. Durant cette journée, nous effectuons, à l'hôpital de jour, une unique prise en charge, la majeure partie des patients que nous rencontrons viennent alors de l'unité d'hospitalisation. Comme présentée précédemment, cette unité propose des hospitalisations de sevrage, sur une durée de deux à trois semaines. Selon les disponibilités de ma maître de stage, nous recevons ces patients en entretien dans les premiers jours de leur hospitalisation, et, si une indication en psychomotricité leur est proposée, nous les voyons en séance deux ou trois fois maximum, parfois même qu'une seule fois. Ces prises en charge à très court terme m'ont longuement interrogée au début de mon stage, me demandant quelle était l'utilité de notre intervention sur de si courtes périodes.

Je me suis rapidement aperçue que l'un des points importants pour les patients est que nous portons sur eux un regard différent de celui de l'équipe médicale (médecins, infirmières, aides-soignantes, etc.). Nous ne nous occupons pas de leur alimentation ou de leurs conduites (vomissements, alcoolisations lors des permissions, etc.), mais nous nous concentrons sur leurs ressentis et éprouvés corporels, ce qui nous écarte en quelque sorte du côté strict et moralisateur que les patients peuvent percevoir du reste de l'équipe. Il n'est ainsi pas rare que les patients aient un tout autre comportement avec nous.

*C'est par exemple le cas de Madame H., une jeune femme de 19 ans hospitalisée pour anorexie. Elle est décrite par l'équipe un peu comme un petit animal craintif et renfrogné. C'est une patiente qui s'exprime peu et se cache derrière une grande mèche de cheveux. Lorsque nous la rencontrons, l'image que nous avons de prime abord correspond à celle décrite par l'équipe. Mais progressivement, au cours des séances de relaxation ainsi que lors des séances individuelles où ma maître de stage utilise avec elle le dessin comme médiation, Madame H. s'ouvre et se dévoile de plus en plus. C'est une patiente qui ne peut s'empêcher de vomir après les repas, ce qui met à mal l'équipe, qui ne sait comment réagir face à ces conduites. L'hospitalisation est donc difficile à supporter pour Madame H., l'espace de psychomotricité semble ainsi lui offrir des moments de tranquillité et d'apaisement.*

En psychomotricité, la prise en charge n'est pas centrée exclusivement sur le symptôme mais s'inscrit dans une approche globale du patient, ce qui favorise souvent son adhésion aux soins.

Par ailleurs, toujours dans l'optique d'un regard neuf, ou tout du moins différent, l'espace de psychomotricité permet au patient, par le biais d'expériences corporelles, de refaire du lien entre sensations et perceptions, favorisant la représentation d'une image de soi en accord avec la réalité. « Je ne vois pas dans l'image de la glace ce que je ressens dans mon corps »<sup>49</sup>. Cette citation illustre bien le fait que chez les patients rencontrés en addictologie, notamment ceux souffrant de troubles du comportement alimentaire où la dysmorphophobie est souvent retrouvée, une multitude de sensations se mêlent sans être reconnues et nommées, ne permettant pas de se les représenter.

*Ainsi, Madame B. nous raconte en entretien ne pas aimer la partie basse de son corps, à partir de son nombril. Elle trouve ses hanches et sa taille trop larges, ses cuisses trop épaisses. En plus de sa participation à l'atelier relaxation, ma maître de stage propose à Madame B. une prise en charge individuelle. Durant ces temps privilégiés, la psychomotricienne propose à la patiente de s'allonger sur une grande feuille cartonnée, pour qu'elle puisse en dessiner le contour. Il est ensuite proposé à la patiente d'indiquer avec des crayons feutres, de la façon dont elle le souhaite, les zones de son corps qui sont confortables et celles qui le sont moins. Madame B. choisit de remplir la silhouette avec des formes et des couleurs différentes selon les zones. Cela donne un résultat qui semble plutôt clivé au départ entre le bas du corps peu investi et noté comme inconfortable et le haut du corps indiqué comme plutôt confortable. Ma maître de stage propose à la patiente lors de la séance suivante, de trouver un chemin pour relier les différents espaces. Un travail d'exploration et de mise en mots a été réalisé tout au long des séances. Ceci a permis à la patiente d'une part,*

---

49 CLERGET J. *Corps, image et contact : une présence à l'intime*, 2014, p. 24

*d'observer visuellement que la forme de sa silhouette ne correspondait pas à l'idée qu'elle s'en faisait et d'autre part, cela a favorisé le lien entre les différents éprouvés corporels, encourageant un réinvestissement du corps. Ainsi, même si trois séances ne sont certainement pas suffisantes pour mettre à distance la dysmorphophobie, cela a permis une première prise de conscience chez Madame B. concernant ses représentations corporelles.*

Ainsi, à l'unité d'hospitalisation, les patients ont une expérience certes brève en psychomotricité, mais c'est toutefois une nouvelle approche de leur corps, qui leur permet de le rencontrer différemment. Ceci favorise notamment les retrouvailles avec un corps plaisir, qui ne soit pas seulement un corps objet, à la merci de leur addiction : « refaire du lien dans une perception plus holistique de soi, « ré-habiter » progressivement son corps, pouvoir s'accorder un peu de détente, ou au moins moduler son hyperactivité, redécouvrir son corps sensible, son corps acteur et communiquant, retrouver les mots ajustés à ses ressentis, ce sont là autant de facettes différentes du travail abordé en psychomotricité »<sup>50</sup>.

*Ce fut ainsi le cas de Monsieur D. Je rencontre ce patient hospitalisé pour alcoolodépendance seule en entretien. Je lui propose à la fin de notre temps de rencontre une indication en atelier relaxation, qu'il accepte, tout en précisant qu'il est plutôt hermétique à ce genre de pratique. Nous le retrouvons donc l'après-midi même au sein du groupe. En début de séance, nous indiquons aux patients qu'ils sont libres de s'allonger ou de rester assis selon leur préférence. Monsieur D. adopte alors une position assise, mais qui semble peu confortable. Il garde de plus les yeux ouverts et je sens dans son regard qu'il paraît sceptique, il a d'ailleurs du mal à s'investir pleinement dans la séance. Comme je mène le temps de relaxation, ma maître de stage lui propose d'essayer la position allongée, qui facilitera peut être son implication dans la séance. Effectivement, lors du temps de verbalisation final, Monsieur D. exprime qu'il a pu pour la première fois se laisser aller, ce qui était très agréable et que c'est même « à marquer d'une pierre blanche » selon ses mots. C'est un patient très impliqué dans son travail qui a visiblement peu de temps libre et qui semble, pour la première fois à 57 ans, avoir fait l'expérience d'un corps qui se pose, lui permettant d'être à l'écoute de toutes les sensations lui parvenant.*

Ces courtes expériences, souvent totalement inédites pour les patients, sont une boîte à outils qu'on leur offre, dont ils pourront se servir après leur hospitalisation dans les moments de tension. C'est d'ailleurs une demande souvent émise par les patients, qui souhaitent qu'on leur propose des exercices qu'ils pourront reprendre seuls. Un patient nous a par exemple demandé s'il pouvait utiliser les exercices de respiration proposés avant de dormir, qui

---

50 GAUCHER-HAMOUDI O, FAURY T, CARROT G. *Anorexie, boulimie et psychomotricité*, 2011, p. 75

représente souvent un moment de la journée où l'angoisse ressurgit. Ce sont ainsi des pistes que les patients peuvent explorer, pouvant se substituer à l'objet de leur addiction, quand le besoin se fait ressentir.

### C) De la rencontre au toucher

Comme évoqué précédemment, le toucher thérapeutique peut être un médiateur intéressant en psychomotricité où l'intérêt est particulièrement porté sur le corps. Toutefois, l'utilisation du toucher n'est pas toujours aisée, il ne sera pas possible d'y recourir avec tous les patients. Hormis dans le cas où le psychomotricien s'est spécialisé dans l'utilisation de cet outil, le toucher n'est en règle générale pas pratiqué en première intention, au moins en ce qui concerne le toucher sans objet médiateur. Il est important qu'une relation soit préalablement établie avec le patient, d'une part pour avoir le temps de prendre connaissance de son anamnèse, au cas où le toucher serait contre indiqué, dans le cas de traumatismes corporels par exemple ; d'autre part, il est fondamental que le psychomotricien soit à l'aise avec le patient et se sente en capacité d'aborder le toucher avec lui. Toucher n'est pas un acte anodin, le thérapeute doit garder en tête qu'en touchant le patient, il lui dévoile également une partie de lui : « le soignant [...] ne doit pas oublier qu'en le [le patient] touchant il se donne à sentir. La décision d'utiliser une médiation par le toucher engage pleinement le thérapeute »<sup>51</sup>. Il y a une véritable réciprocité dans la communication, le thérapeute reçoit autant qu'il donne. Si le psychomotricien se trouve embarrassé lorsqu'il propose un toucher, le patient le ressentira immédiatement, ce qui peut engendrer des manifestations d'angoisse.

*Ma maître de stage a ainsi proposé à Madame N., jeune femme hospitalisée pour la troisième fois pour trouble du comportement alimentaire, des rencontres individuelles en plus de l'atelier relaxation, où elle serait libre de choisir ce qu'elle souhaite faire pendant la séance, dans l'optique d'un moment cocooning. Madame N. est enceinte de son premier enfant, elle se trouve à son cinquième mois de grossesse. Cette grossesse l'inquiète beaucoup et elle projette sur son bébé l'image d'un petit être puisant toute son énergie et sa beauté. La patiente nous explique avoir développé des réactions cutanées et avoir perdu beaucoup de cheveux depuis le début de sa grossesse, ce qui est difficile à vivre pour elle. Dans cette période de grands changements corporels, la psychomotricienne souhaitait offrir à cette patiente qu'elle connaît bien, la possibilité de retrouver un corps plaisir, favorisant un contact*

---

51 GAUCHER-HAMOUDI O, FAURY T, CARROT G. *Anorexie, boulimie et psychomotricité*, 2011, p. 86

*plus apaisant avec son bébé. La patiente a alors demandé de recevoir un toucher thérapeutique au niveau du dos et des bras. Durant cette séance où je me trouvais en position d'observatrice, j'ai pu apercevoir la patiente relâcher progressivement ses défenses grâce au toucher très adapté à ses besoins proposé par ma maître de stage. En fin de séance, la patiente a d'ailleurs exprimé avoir senti son bébé bouger pour la première fois, ce qui était agréable. Cette séance a été possible de par la relation thérapeutique solide nouée entre la patiente et la psychomotricienne.*

Pour donner un contre exemple, une séance autour du toucher n'aurait pas été envisageable de façon aussi précoce avec Monsieur A.<sup>52</sup>, où le toucher aurait été trop effracteur du fait de l'abus sexuel dont il a été victime dans l'enfance, et sujet à l'érotisation de la relation. Aborder le toucher avec ce patient aurait nécessité une hospitalisation plus longue ainsi qu'une exploration progressive, en passant d'abord par le biais d'objets médiateurs par exemple.

Lorsque le psychomotricien décide d'établir un contact physique avec le patient, certaines étapes seront nécessaires pour ne pas que le toucher soit brutal et vienne surprendre le patient. La verbalisation des actes est ainsi primordiale, avant, pendant et après ce contact corporel. Ainsi, au cours de l'atelier relaxation, il nous arrive parfois de proposer un toucher lorsque l'on estime que les inductions verbales ne sont pas suffisamment étayantes pour le groupe. Dans ce cas, celle qui mène le temps de relaxation annonce que nous allons proposer un contact, en précisant la partie du corps qui sera concernée et en soulignant aux patients qu'ils sont libres de refuser ce toucher. Puis, nous avertissons de nouveau les patients, individuellement, avant de prendre contact avec eux. En séance individuelle nous verbalisons généralement les actes que nous proposons, mais ceci est plus difficile à réaliser en groupe où nous parlerions toutes les deux en même temps. Enfin, que ce soit en groupe ou en individuel, nous prévenons le patient de la fin du contact, et lui indiquons si un autre contact lui sera proposé ultérieurement. Outre la verbalisation, il est important de réduire de façon progressive la distance avec le patient, pour qu'il s'habitue peu à peu à la proximité, et qu'elle ne soit pas intrusive : « se laisser reconnaître par l'autre, à distance, par notre pas, par notre voix, par notre silhouette, c'est prendre le temps d'un rapprochement progressif respectant son besoin de protection même non verbalisé »<sup>53</sup>. Cela permettra également d'affiner notre observation du patient, concernant les éventuelles réactions tonico-émotionnelles qu'il pourrait manifester vis à vis de ce rapprochement corporel. Pour les patients n'étant pas habitués à être touchés, cela

---

52 Cf. *supra*. p. 44

53 GAUCHER-HAMOUDI O, FAURY T, CARROT G. *Anorexie, boulimie et psychomotricité*, 2011, p. 87

peut en effet être source d'angoisse, d'autant plus que « toucher et être touché sont deux expériences différentes, car le touchant reste sujet de son action tactile alors que le touché peut être réduit à une position d'objet par la technique que l'on applique sur ou dans son corps »<sup>54</sup>. Même si évidemment la relation thérapeutique n'est pas une relation d'objet dans l'idée d'une soumission du patient à son thérapeute, c'est une représentation que le soigné peut avoir, d'où, encore une fois, l'importance de verbaliser le contenu des séances.

#### D) Un corps à corps

Chez les patients que nous côtoyons en service d'addictologie, le corps a une place particulière. Il est, de façon assez paradoxale, désinvestit de sa fonction de corps plaisir venant soutenir l'activité psychique et surinvestit dans une fonction de corps objet soumis au comportement addictif. Je retrouve ainsi à la fois un abandon et une sur sollicitation du corps. Or, « le recours au corps est une tentative psychiquement économique d'échapper à l'impuissance, à la difficulté de se penser. Même s'il est parfois lourd de conséquences, il marque un essai de reprise de contrôle »<sup>55</sup>. La prise de substances toxiques ou les vomissements provoqués par exemple, sont ainsi une façon pour les patients de lutter contre l'angoisse qui les submerge, dans une tentative de reprise de pouvoir face au désarroi provoqué par toutes les émotions non représentées qui les traversent. Ces épisodes laissent à chaque fois le corps un peu plus marqué, un peu plus meurtri, mais apportent au patient l'impression de maîtriser son environnement « les relations de dépendance sont une forme de contrôle exercé sur la vie quotidienne face à la turbulence du monde. Le jeune éprouve enfin l'impression furtive de s'appartenir et d'être encore ancré au monde »<sup>56</sup>. Cette attaque corporelle intervient alors dans un contexte d'angoisse d'anéantissement, dans la peur de revivre un effondrement déjà expérimenté auparavant. Comme expliqué précédemment, les addictions surviennent de façon assez récurrente dans une lutte contre le retour d'angoisses archaïques n'ayant pas été suffisamment contenues durant la prime enfance.

*Madame R. décrit ainsi son angoisse comme une masse noire et malléable, qui « prend toute la place dans l'estomac », ce qui l'empêche de manger. Cette angoisse est tellement forte qu'elle induit chez la patiente des idées suicidaires qui sont de plus en plus importantes. Face à cette angoisse qui semble la dévorer de l'intérieur, cette patiente se*

---

54 ANDRIEU B. *Toucher, se soigner par le corps*, 2008, p. 24

55 LE BRETON D. *Adolescence et conduites à risque*, 2015, p. 14

56 *Ibid*, p. 41

*scarifie régulièrement. Ces scarifications sont, dit-elle, « l'idée de l'année » et représentent le meilleur moyen pour elle d'apaiser ses angoisses, à la vue du sang qui s'écoule.*

Les scarifications, bien que violentes et intrusives pour le corps, seraient paradoxalement un moyen de s'apaiser, de se purifier. Cet acte permettrait alors pour les patients qui y recourent, de faire sortir par le sang tout le douloureux qui est en eux, faire sortir ce qui a été souillé. L'addiction serait alors un moyen de pallier une certaine forme de carence, même si cela doit se faire en dépit d'une autre forme de souffrance: « un objet externe colmate provisoirement les manques intérieurs, mais le prix est lourd à payer »<sup>57</sup>.

En tant que soignant, comment alors aider le patient à remplacer cet objet par une solution qui soit viable sur le long terme ?

L'un des rôles de la psychomotricienne est de faire expérimenter au patient une autre façon de vivre avec son corps, pour qu'il trouve en lui même les ressources nécessaires pour apaiser ses angoisses, sans obligatoirement faire appel à un objet externe. De cette façon, le patient accédera progressivement à la constitution d'enveloppes corporelles et psychiques stables et contenant : « pour prendre enfin chair dans son existence, il faut éprouver ses limites physiques, les mettre en jeu pour les sentir et les apprivoiser afin qu'elles puissent contenir le sentiment d'identité »<sup>58</sup>. Ressentir son corps comme un tout unifié et solide évite en effet que les angoisses archaïques ne ressurgissent (effondrement, morcellement, etc.), permettant aux patients d'affronter d'éventuelles difficultés sans trop se désorganiser. Ainsi, plutôt que d'étouffer momentanément son angoisse via l'objet de son addiction, les séances de psychomotricité vont encourager le patient à identifier les émotions qui le traversent afin de vaincre l'angoisse et plus seulement la mettre à distance.

*C'est par exemple le cas pour Madame F. qui, pour rappel, fait en sorte d'être toujours occupée pour ne pas penser à ses angoisses. Lorsque je la questionne à ce sujet, j'observe que Madame F. est capable d'identifier lorsque l'angoisse refait surface, mais qu'elle n'est en revanche pas en mesure de déterminer les raisons de cette anxiété.*

L'un des objectifs avec cette patiente sera de lui proposer des situations dans lesquelles diverses sensations pourront apparaître, et l'encourager alors à nommer les différents mouvements présents en elle. C'est ce que nous recherchons en lui proposant une indication en relaxation, où lorsque le corps se fait lourd et qu'il ne nous paraît plus possible de bouger nos membres, l'angoisse de chute peut se faire ressentir ; où la capacité à être seul va être mise en jeu ; ou encore lorsque les sensations ne sont pas identiques dans l'ensemble du corps, l'angoisse de morcellement peut surgir, etc. A travers ces différentes expériences, le patient

---

57 LE BRETON D. *Adolescence et conduites à risque*, 2015, p. 42

58 *Ibid*, p. 17

accédera, d'une part, plus facilement à la représentation de ses émotions. D'autre part, le thérapeute le guidera dans la mise en jeu de ses ressources internes comme moyen de lutte contre l'anxiété, favorisant l'intégration d'un espace intérieur protecteur.

Mais que faire lorsque la question du corps est inaccessible ou trop brûlante ? La mise en jeu du corps dans un espace qui lui est dédié se révèle souvent bénéfique auprès des patients en addictologie. Toutefois, l'accès aux sensations corporelles est parfois ardu, tant pour le patient que pour le psychomotricien.

*Nous rencontrons ainsi Madame D., hospitalisée pour trouble du comportement alimentaire et dépendance aux benzodiazépines. Nous notons chez cette patiente un maniérisme dans l'expression du visage et dans les modulations de la voix. Elle nous explique être strip-teaseuse en parallèle de son activité professionnelle et, qu'en plus des raisons d'hospitalisation évoquées plus haut, elle consomme de l'héroïne « de façon récréative » selon ses dires. Elle relate également avoir été sous l'emprise d'un « gourou religieux », par qui elle aurait été abusée sexuellement. La mise en jeu du corps est particulière chez cette patiente et, entre autres, marquée par la violence et des conduites d'exhibition. Cette jeune femme arrive plus ou moins à nous diriger dans son sens durant l'entretien, et on ressent une tendance à se déverser dans des propos crus et violents, que la psychomotricienne arrive en partie à endiguer. Au vu de ces éléments, ma maître de stage n'a pas souhaité faire d'indication en psychomotricité pour cette patiente, mais lui a toutefois proposé de la revoir en fin d'hospitalisation pour faire le point.*

Avec cette patiente il n'était pas envisageable de travailler de façon frontale sur le corps et les sensations qui le traversent. Il aurait fallu emprunter un chemin détourné, sans trop favoriser la verbalisation des émotions pour éviter que la patiente ne s'épanche dans des paroles triviales.

Or, en deux semaines cela nous paraissait inapproprié, d'autant plus que cela aurait pu nous même nous mettre en danger en tant que thérapeutes, du fait de la propension de la patiente à placer autrui dans une relation d'objet. Comme déjà évoqué précédemment, il est important de savoir situer ses propres limites, à la fois en tant que psychomotricien et en tant que sujet, pour ne pas se mettre en difficulté et risquer de surcroît de placer également le patient en péril.

## II – Tricotage – détricotage

### A) Les limites de la relaxation

La relaxation est indiquée pour de multiples patients, ses effets sont bénéfiques dans diverses pathologies. Toutefois, elle n'est pas exempt de provoquer des effets négatifs chez certaines personnes, chez qui elle paraissait pourtant au départ parfaitement adéquate. Les effets d'une médiation sont parfois imprévisibles et variables selon les patients. J'ai pu observer lors de mon stage des retentissements propres aux patients rencontrés en addictologie. Comme expliqué auparavant, il existe souvent une dissociation entre corps et psyché chez ces patients, le corps étant mis à l'écart et l'intellect dominant.

*Lors des séances individuelles avec Madame V., nous avons l'impression qu'au moment de la reprise, la patiente présentait un état de dissociation. Elle se relevait de façon brutale et mettait quelques instants pour revenir parmi nous. Suite à une rechute, Madame V. a été hospitalisée puis a effectué un séjour en post-cure. Lors de son retour à l'HDJ, nous la rencontrons une première fois en entretien, pour faire le point avec elle et redéfinir le projet thérapeutique. Lorsque nous la questionnons sur ses attentes concernant la prise en charge en psychomotricité, elle émet le souhait de reprendre la relaxation, qui lui permettait d'être « en dehors du corps », ce qui confirme notre hypothèse. Il semblerait, au vu des éléments de son histoire, que dans son cas ce soit un moyen d'éviter que toute la colère accumulée ne se retourne contre elle même. Cependant, en psychomotricité, l'objectif est plutôt d'aider le patient à prendre conscience des émotions qui le traversent, à les reconnaître et à les mettre en mots, pour éviter qu'elles ne forment un amas risquant à tout moment de le désorganiser.*

Un autre effet que j'ai pu rencontrer au cours de mon stage est le retour de l'hyperactivité suite à la séance de relaxation. C'est notamment le cas chez les patients anorexiques, qui sont particulièrement enclins à l'hyperactivité. C'est effectivement un moyen d'évitement ou une façon de compenser une prise alimentaire. Lors de l'hospitalisation, l'activité des patients est contrôlée, ils ne sont pas libres de faire ce qu'ils veulent. Au départ, le cadre est fermé, ils sont alors contraints de rester dans le service et ne peuvent pas sortir dans le parc extérieur. Ils sont ainsi forcés de limiter leur activité physique. Les soignants sont également attentifs à ce que les patients ne fassent pas d'exercices physiques lorsqu'ils se

trouvent dans leur chambre. Même pour ceux qui n'ont pas forcément tendance à être hyperactifs, ce cadre est souvent difficile à supporter comme nous le rapportent de nombreux patients en entretien. Lors des séances de relaxation, nous pouvons proposer des indications qui vont solliciter le corps au niveau musculaire et articulaire. Ce sont des mobilisations relativement douces, qui ne demandent pas un effort physique intense. Avec ma maître de stage, nous proposons surtout des exercices de contractions et de relâchement.

*Lors d'une séance où nous pratiquons cette méthode, Madame H. commence à s'agiter en fin de séance, en pratiquant des étirements intensifs, qui se poursuivent ensuite en dehors de la salle de psychomotricité. Lors du temps de verbalisation final, elle explique que les exercices n'étaient pas assez poussés pour elle, qu'elle a besoin d'aller plus loin dans l'effort physique. Il semblerait ainsi que la conscience corporelle proposée en relaxation ait réveillé chez cette patiente son besoin irrépressible de se dépenser physiquement, comme si son corps ne connaissait que cette forme de mise en mouvement. Une tension résiduelle reste présente chez Madame H., l'empêchant d'accéder au relâchement, ce dont elle ne semble pas avoir conscience.*

Enfin, nous avons vécu une séance particulièrement difficile, en présence de Madame H., citée ci-dessus, et de trois autres patients.

*Madame H. et Madame D., toutes deux hospitalisées pour trouble du comportement alimentaire, sont devenues très proches au cours de leur hospitalisation. Elles passent beaucoup de temps ensemble et fonctionnent en miroir. L'indication en relaxation a été proposée pour les deux patientes. Elles arrivent très agitées en séance, rigolant, sans doute nerveusement, au moindre prétexte et adoptant un comportement très enfantin. Ce comportement est certainement une façon de cacher leur malaise face à cette nouvelle médiation. Une troisième patiente est également entraînée dans ce mouvement là et nous avons beaucoup de difficultés à rétablir le calme. Nous sortons très agacées de cette séance.*

En en discutant ultérieurement, nous étions d'accord sur le fait que nous n'avions pas forcément adopté la bonne méthode, en faisant en quelque sorte front aux patientes, pour pouvoir mener la séance comme nous l'avions initialement prévu. Il aurait en effet été pertinent de jouer sur ce mouvement d'agitation, et de mettre des mots dessus. Mais nous avons été sur le moment débordées par ce sentiment de contrariété, face à ces patientes qui ne répondaient pas aux idéaux que l'on peut avoir de la relaxation, représentés de façon caricaturale par la musique douce, le calme, le relâchement, etc. Que la prise en charge soit individuelle ou groupale, elle demande une adaptation permanente du thérapeute en fonction des mouvements qui traversent le ou les patients. Il est donc nécessaire de savoir laisser de la

place à l'imprévu et de l'utiliser pour rebondir.

## B) Un modelage au patient

L'un des maîtres mots en psychomotricité est l'adaptation. En premier lieu vis à vis des patients, mais également à l'environnement de travail, au matériel à disposition ou encore à l'équipe. Il est en effet fondamental de savoir moduler constamment sa pratique selon les besoins du patient au moment où nous le rencontrons : « la priorité est toujours de proposer le soin qui à un moment précis de la prise en charge semble le plus opportun [...]. Tout est question d'accordage avec les « besoins » et les possibilités de chaque patient »<sup>59</sup>. Une écoute permanente du langage verbal et corporel est ainsi nécessaire pour être en mesure d'ajuster nos propositions à l'état souvent fluctuant des patients.

Cela n'a pas été un exercice facile pour moi durant ce stage. Dans le cas de l'atelier relaxation notamment, je préparais souvent mes séances en amont et, en début d'année, en détaillant presque mot pour mot ce que j'allais dire. Cela permettait de me rassurer face à la crainte de ne pas réussir à contenir un groupe de patients dans l'attente de mes propositions. Or, même s'il est important d'avoir une trame avec des points de repères constituant l'ossature de la séance de relaxation, il est avant tout nécessaire de s'adapter au groupe afin que les indications collent au plus près des mouvements qui le traversent au moment présent. Le risque est sinon d'avoir un discours plaqué, qui ne soit pas dans le partage d'expérience et d'affect, ne permettant pas l'accès à la symbolisation pour le patient. Or, « la médiation devient l'organisateur des temps de rencontre, elle n'est pas un alibi puisque ce qui est partagé compte « pour de vrai ». On pourrait dire que la médiation est un intermédiaire qui va coder la relation »<sup>60</sup>. A travers cette phrase, C. Potel semble exprimer que la médiation ne constitue pas seulement un prétexte dans le soin, mais qu'elle représente un véritable outil dans la constitution de la relation thérapeutique, demandant un réel engagement du psychomotricien. Ainsi, soutenue par la psychomotricienne, je me suis progressivement détachée de cette trame, afin de « laisser plus de place à la rêverie » pour reprendre les mots de ma maître de stage. Il paraît effectivement important de savoir moduler les inductions et propositions d'exercices selon ce qui se passe au cœur de la séance. Ceci permet au thérapeute de plus habiter ses propos, favorisant l'engagement du patient et son accès aux représentations.

---

59 GAUCHER-HAMOUDI O, FAURY T, CARROT G. *Anorexie, boulimie et psychomotricité*, 2011, p. 28

60 POTEL C. *Être psychomotricien*, 2015, p. 318

Ainsi, même si les indications ne sont évidemment pas faites au hasard, quelle que soit la médiation choisie, l'objectif sera le même mais c'est le chemin utilisé pour l'atteindre qui diffère. Sauf contre indication majeure, presque toutes les médiations sont adaptables, tant qu'une intention précise soit pensée par le thérapeute. « Elle [la médiation] est au service de l'alliance thérapeutique dans la construction d'un environnement suffisamment bon »<sup>61</sup>. Ce qui peut en effet, entre autres, différer des autres professions du médical et du paramédical, c'est l'engagement dans la relation du psychomotricien, favorisant l'adhésion du patient qui se sent alors reconnu dans sa souffrance. Encore une fois, pour que cet engagement soit optimal, il est nécessaire que le thérapeute se sente à l'aise avec la médiation qu'il propose. Ainsi, concernant Madame C. par exemple, nous lui avons proposé une indication en relaxation comme nous aurions pu lui proposer de participer à un atelier de jeu de faire semblant par exemple. L'objectif aurait été le même, à savoir lui faire prendre conscience du champ des possibles avec son corps afin de redorer l'estime qu'elle a d'elle-même et lui redonner un élan de vie. Le choix des médiations est aussi, bien évidemment, en lien avec des impératifs institutionnels et organisationnels. Nous ne sommes donc pas toujours en mesure de proposer tout ce que nous souhaiterions.

Ainsi la médiation et, plus généralement, l'espace thérapeutique proposé en psychomotricité est l'occasion d'offrir aux patients un éventuel espace de régression dans certains cas, ou, tout du moins, de retrouvailles avec des éprouvés antérieurs, que la psychomotricienne saura accueillir. « C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques »<sup>62</sup>. Par son engagement corporel et psychique, la psychomotricienne contient les mouvements qui peuvent submerger le patient : angoisse, colère, tristesse, etc.

*Madame B. par exemple, est une patiente qui « déborde » pour reprendre le terme de C. Potel. Elle déborde par le choix de vêtements inappropriés pour les séances de psychomotricité qui laissent entrevoir des zones de son corps, elle déborde par des paroles provocantes et crues, elle déborde par des états affectifs qui s'épandent sans pouvoir être retenus. C'est donc une patiente qui a besoin d'être contenue, enveloppée. C'est ce que nous lui proposons au travers des prises en charge collectives et individuelles présentées précédemment. Il est important d'être attentif à ces moments où ces émotions déferlent chez le patient, afin d'être en mesure de les contenir. Lors d'une séance de relaxation où Madame B.*

---

61 GAUCHER-HAMOUDI O, FAURY T, CARROT G. *Anorexie, boulimie et psychomotricité*, 2011, p. 83

62 POTEL C. *Être psychomotricien*, 2015, p. 324

*était présente, on observe dès le début de l'atelier que la patiente a des difficultés à respirer, elle s'agite, pâlit, l'angoisse semble lui comprimer la poitrine. Bien que ce soit une prise en charge collective, ma maître de stage a pu lui proposer un soutien particulier lors de ce moment anxiogène, en lui apportant une contenance supplémentaire grâce à une sorte d'enveloppement dans des couvertures, permettant un apaisement de la patiente.*

Comme évoqué précédemment, l'empathie est une notion particulièrement convoquée dans le soin. Elle « permet au thérapeute de participer de façon aussi intime que possible à l'expérience du patient tout en demeurant émotionnellement indépendant »<sup>63</sup>. C'est en effet très important en psychomotricité de pouvoir se mettre à la place du patient, notamment dans le cadre des médiations. Pour que notre pratique soit juste et adaptée, il paraît primordial que nous expérimentions les médiations avant de les proposer aux patients. Que ce soit dans le cadre de la formation ou de par des pratiques personnelles, le psychomotricien ressent les effets de différentes pratiques corporelles, ce qui lui permet de s'ajuster au mieux au vécu du patient. Même si les patients auront leur propre vécu, différent du notre, cela nous donne une idée des ressentis pouvant être éprouvés. Avec ma maître de stage nous avons exploré entre nous des propositions de toucher thérapeutique et de mobilisations que nous pouvons proposer en atelier de relaxation. Même si nos ressentis étaient assez similaires sur certains points du fait, je pense, de nos connaissances théoriques des effets de telles pratiques, c'était intéressant de voir aussi nos divergences, notamment sur la qualité du toucher (pression, vitesse, poids). Revivre régulièrement ces expériences permet d'enrichir notre palette de médiations et de découvrir de nouvelles manières de les décliner en fonction des patients. Cela rejoint ainsi les fonctions constitutives de l'empathie présentées par A. Berthoz et G. Jorland, à savoir « une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel » ainsi que « la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne »<sup>64</sup>.

### C) Madame V., représentation d'une constante adaptation

Madame V. représente pour moi un exemple probant de cette adaptation nécessaire du thérapeute. Pour resituer le contexte, Madame V. est une patiente que nous rencontrons à l'HDJ, dans le cadre de ses soins pour alcoolodépendance. C'est une patiente ayant une

---

63 BERTHOZ A, JORLAND G. *L'empathie*, 2004, p. 58

64 *Ibid*, p. 57

estime d'elle même assez faible, ce qui génère une angoisse de ne pas être à la hauteur, notamment dans sa recherche d'emploi. Madame V. a un lien fusionnel avec sa mère et son frère mais son agressivité latente semble la freiner dans ses relations avec les autres. Elle exprime ne pas aimer la France et évoque le souhait de repartir en Afrique, où elle a vécu plusieurs années durant l'enfance.

Lorsque j'ai débuté ce stage, la psychomotricienne proposait à cette patiente des séances de relaxation, autour de mobilisations passives. Nous avons rapidement convenu que je prendrais le relais en menant les séances, celles-ci se déroulant toujours en présence de ma maître de stage. Je lui ai donc proposé trois séances de relaxation, avant qu'elle ne soit hospitalisée à temps complet suite à une rechute. A son retour à l'HDJ, comme expliqué précédemment, nous avons revu le projet thérapeutique de cette patiente. Nous avons décidé, après entretien avec la patiente et discussion avec le reste de l'équipe, d'orienter ce dernier vers une exploration de son espace propre, de sa bulle personnelle, pour faciliter ensuite un travail d'accordage dans la relation à l'autre. C'est donc moi qui continuerai de faire les propositions de séance à Madame V.

Après une première séance d'exploration de notre kinésphère, qui représente « la zone immédiatement accessible sans déplacement, par déploiement du corps dans les diverses directions »<sup>65</sup> durant laquelle Madame V. avait semblé plutôt absente, elle ne s'était pas présentée aux deux séances suivantes. Je me suis interrogée si cette sorte de fuite était en lien avec ce nouveau travail, qui l'avait-elle questionnée et où elle avait pris conscience qu'elle avait tendance à se positionner dans le coin gauche, et pas au centre de sa bulle. A son retour la fois suivante, nous avons assisté avec ma maître de stage à un entretien entre Madame V. et son aide-soignante référente. Durant cette rencontre, l'aide-soignante a repris avec la patiente les raisons de son absence, mais on note que Madame V. a du mal à reconnaître ses difficultés. Elle dit en revanche se sentir redevable envers l'équipe et qu'elle ne souhaite pas tout gâcher. Or, elle n'a pas à se sentir redevable puisque c'est notre travail et c'est la raison pour laquelle elle vient à l'HDJ. Cela montre encore une fois le positionnement particulier de Madame V., qui semble penser que l'équipe a une attention particulière pour elle, qu'elle ne porterait pas aux autres patients.

Suite à cet entretien, je me suis demandée si je devais rejouer et symboliser la séparation lors de la prochaine séance, ou si je devais poursuivre le travail commencé. J'ai choisi la seconde option, pour montrer à Madame V. que, malgré ses absences, le lien était maintenu. Je lui ai alors proposé un travail d'accordage par deux (avec ma maître de stage),

---

65 LESAGE B. *La danse dans le processus thérapeutique*, 2014, p. 82-83

puis par trois (je me suis rajoutée au binôme dans un second temps) avec des bâtons. Les partenaires disposent chacun un bout du bâton dans la paume de la main et, tout en effectuant différents mouvements dans l'espace les yeux fermés, il s'agit d'adapter la pression que l'on met dans le bâton, afin de toujours rester en lien avec son partenaire. Nous avons refait cet exercice la semaine suivante mais cette fois ci avec des fils de laine. Madame V. a montré de bonnes capacités d'accordage ainsi qu'un ajustement dans la relation tout à fait adapté. A la fin de ces deux séances, elle a exprimé que le fait d'être reliée à nous, que ce soit par le bâton ou le fil, la sécurisait et lui permettait de garder les yeux fermés tout au long de l'exercice, sans que cela ne génère de l'angoisse.

Suite à cela, nous nous sommes fait la réflexion qu'il serait intéressant de proposer à Madame V. un travail d'accordage sans objet médiateur, afin d'observer si elle serait en mesure de s'ajuster de la même façon. C'est ce que nous avons fait la semaine suivante, en proposant cette fois un exercice où l'on expérimentait à la fois le fait de donner son poids à l'autre et de servir ensuite de support pour notre partenaire, qui prenait appui sur nous. Bien que nous soyons cette fois ci directement dans un corps à corps, la patiente a su offrir un soutien solide à sa partenaire et elle a également pu s'ajuster pour que l'alternance entre les deux rôles de support/donner son poids se fasse de façon progressive. Comme les fois précédentes, nous avons expérimenté cet atelier par deux puis par trois. Nous nous sommes finalement fait la réflexion qu'il serait préférable de privilégier les exercices uniquement par deux, où je resterais en dehors des exercices afin d'assurer le maintien du cadre. Cela éviterait que nous soyons toutes les trois dans du même, dans une sorte de fusion qui ne serait pas profitable à Madame V. dans sa problématique de dépendance.

Voyant que Madame V. avait une capacité d'accordage beaucoup plus efficace que ce que nous avons imaginé, nous avons alors fait le choix de ne plus proposer des exercices de contact corporel mais, au contraire, de jouer la distanciation et l'éloignement. Parallèlement, nous avons eu envie de proposer à Madame V., lors de certaines séances, un atelier plus cocooning, où elle pourrait choisir un soin qu'elle aimerait recevoir (massage des mains, pose de vernis, maquillage, etc.). La patiente avait déjà évoqué la question de la féminité avec la psychomotricienne, et cette idée a réémergé lorsque Madame V. nous a parlé de sa difficulté à prendre confiance en elle dans son projet de reconversion professionnelle. L'idée étant de l'aider à percevoir une image d'elle plus positive, favorisant ainsi la réassurance. Par ailleurs, le second objectif de cet atelier serait de mettre Madame V. dans la position de celle qui prend soin de l'autre. La patiente a en effet l'habitude de recevoir beaucoup d'attention de la part de l'équipe soignante, il nous paraissait alors intéressant d'observer comment elle pourrait également être en mesure de porter attention à quelqu'un d'autre.

Ainsi, lors de prise en charge à long terme, le patient est amené à évoluer et il est donc important que son projet thérapeutique s'adapte conjointement.

#### D) Le temps de la séparation

Toute relation thérapeutique est amenée à prendre fin à plus ou moins long terme. Dans tous les cas, il est primordial que le temps de la séparation soit pensé dès la rencontre avec le patient.

Pour les patients hospitalisés en unité de sevrage, leur date de sortie est connue dès le départ, ils savent que les différentes prises en charge qui leur seront proposées seront de courte durée. Ce n'est en revanche pas le cas pour les patients de l'HDJ, qui ne savent pas à leur arrivée le terme de leur accueil au sein de l'hôpital. Toutefois, même si une date précise ne peut pas leur être communiquée, il est important que le thérapeute ait en tête que cette relation thérapeutique ne sera pas illimitée dans le temps, de façon à orienter progressivement les séances vers cette séparation et à la symboliser en temps voulu. Cette anticipation est nécessaire, pour le patient comme pour le thérapeute, afin que le vécu de ce temps final ne soit pas traumatique.

Dans cette clinique des addictions, la question de la séparation se pose particulièrement auprès de patients ayant, d'une part, souvent un vécu douloureux de séparations antérieures et, d'autre part, une propension à devenir dépendants des soins qui leurs sont proposés. Ainsi, lors d'un début de séance, nous prévenons Madame V. que nous serons absentes le jeudi qui se trouve être dans un mois, pour cause de congés. La patiente note alors cette information dans son agenda, en expliquant « ça me rassure ». Par ailleurs, Madame V. prend toujours soin de nous prévenir à l'avance de ses absences. Les séparations semblent en effet générer de l'angoisse chez les patients, engendrant une reviviscence d'un passé abandonnique. « La fin de toute thérapie, marquée emblématiquement par « la dernière séance », est toujours une remise en jeu d'une première séparation originelle. Elle clôt un parcours et n'est jamais une simple formalité »<sup>66</sup>. La fin de la thérapie revêt un caractère hautement symbolique, d'où l'importance d'y porter une attention particulière par rapport aux séances habituelles.

En tant que stagiaire, la date de fin de stage est connue dès notre arrivée, j'ai donc pu signifier aux patients que je rencontre au sein de l'HDJ que j'étais présente seulement sur le temps de l'année scolaire. Lorsque nous sommes en poste la situation est différente car dans la

---

66 POTEL C. *Du contre-transfert corporel*, 2015, p. 192

plupart des cas, c'est le patient qui s'en va lorsque les soins touchent à leur fin, ce n'est pas le thérapeute qui part. Dans ce cas, il semble important que le choix de la date de la dernière séance soit effectué par le soignant, en accord avec le patient. Lorsque nous exerçons en institution, en tant que psychomotricien, nous ne sommes pas tributaires de l'arrêt de la prise en charge des patients. Toutefois, en ayant connaissance du départ du patient, il sera ainsi possible de l'y préparer progressivement quelques séances en amont. Lors de la dernière séance, il faudra alors faire un choix en prenant le parti de la mener de la même façon qu'habituellement pour maintenir le cadre jusqu'à la fin ou alors, il peut également être envisagé de marquer cet événement, en proposant une séance particulière. Dans les premiers mois de mon stage, il m'a été donné d'assister à la fin d'un groupe de psychomotricité ludique que ma maître de stage proposait à deux patients de l'HDJ. Ce groupe a dû s'arrêter pour des raisons d'organisation au sein de l'institution. Lors de cette dernière séance, beaucoup de colère et d'énervement se faisaient ressentir chez les deux patients, en lien avec l'arrêt de la prise en charge vraisemblablement. Les patients avaient d'ailleurs demandé à faire un exercice dans lequel on lançait des coussins plus ou moins fortement contre le mur, pour libérer les différentes émotions qui nous traversaient à ce moment là. Pour terminer cette séance, les deux patients avaient également émis le souhait de partager un moment de convivialité en partageant un goûter tous les quatre, durant lequel un bilan de l'année a été effectué. Ce dernier temps a, je pense, permis de clôturer ce groupe en marquant symboliquement la fin de ces temps de rencontres hebdomadaires.

Dans ces moments de séparation, le thérapeute n'est pas épargné par le chamboulement émotionnel que cela provoque. Dans les prises en charge à long terme une relation privilégiée se crée avec les patients que nous voyons évoluer progressivement en séance. Même si la fin d'une prise en charge signifie, dans la majeure partie des cas, que les objectifs initialement définis ont été atteints, il n'est pas toujours évident de laisser nos patients prendre leur envol. Selon le lien établi avec eux, la séparation peut engendrer de la mélancolie, de la tristesse ou même de la culpabilité. C'est en partie ce que j'ai pu expérimenter avec Madame V., qui est l'une des premières patientes que j'ai rencontré dans ce stage et la seule que j'ai suivie sur le long terme. Comme expliqué précédemment, voyant que la patiente avait de bonnes capacités d'accordage, l'objectif était d'orienter progressivement les séances vers le travail de différenciation et de séparation. Il était difficile pour moi d'imaginer ce travail aussi précocement, cela me donnait l'impression d'abandonner en quelque sorte Madame V, ou en tout cas de la mettre dans une situation qui pourrait être source d'angoisse pour elle. Il est alors important d'être au clair avec ses propres émotions pour ne pas les projeter sur le patient et éviter qu'elles ne viennent entraver le déroulement normal du processus thérapeutique.

## CONCLUSION

La problématique addictive est donc complexe, de par ses étiologies multiples et les différentes façons dont elle peut être amenée à s'exprimer chez les sujets. Chaque patient que j'ai pu rencontrer au cours de ce stage avait un fonctionnement qui lui était propre, toutefois, la souffrance est un dénominateur commun à chacun d'entre eux. C'est cette souffrance, souvent matérialisée par de l'anxiété, qu'ils vont tenter de conjurer en ayant recours à l'agir, par le biais de l'objet de leur addiction. Cette mise à distance de la pensée engendre, pour de nombreux patients, un clivage entre le corps et la psyché. C'est notamment dans ce cadre que s'inscrit la thérapie psychomotrice.

Si le sujet des addictions est en partie abordé durant nos années de formation, la place de la psychomotricité dans ce domaine est en revanche peu développée. Or, au sein du service en addictologie où j'ai effectué mon stage, j'ai pu observer que les séances de psychomotricité constituent un espace/temps attendu par la majorité des patients, leur offrant de nouvelles expériences corporelles. Elles favorisent en effet des retrouvailles avec des sensations autres que celles procurées par l'addiction, encourageant la réappropriation d'un corps qui n'est plus seulement l'objet d'un comportement addictif.

C'est ainsi tout l'enjeu de l'atelier relaxation que nous avons mis en place de façon hebdomadaire cette année. Même si ces séances vont parfois un peu bousculer les patients au niveau émotionnel, elles représentent, je crois, comme un temps de pause, durant lequel il ne leur est pas obligatoirement demandé de mettre des mots, mais où ils sont plutôt encouragés à se recentrer sur eux et sur leur corps, qu'ils aimeraient parfois tant voir disparaître. Il n'est pas rare de voir leur étonnement en fin de séance face à cet éveil ou ce réveil corporel et émotionnel et le plaisir d'avoir, pendant un temps au moins, réussi à calmer les pensées négatives qui les envahissent. Nombreux sont d'ailleurs ceux à demander à ce que l'atelier ait lieu deux fois par semaine, ce qui est actuellement en réflexion. De nombreuses autres médiations sont envisageables avec ce public, j'ai ainsi pu assister également au groupe danse et au groupe conte également proposés par ma maître de stage. Toute proposition pourrait se montrer pertinente, tant qu'un cadre précis et adapté au patient soit fixé et maintenu. Que les prises en charge soient à court ou long terme, elles étayent et soutiennent ces patients pour qui, malgré la volonté de retrouver « une vie normale », le chemin est long avant d'arriver à une abstinence totale.

Cette année j'ai également pu noter l'importance du regard croisé porté sur ces

patients. Ces pathologies multifactorielles requièrent en effet une approche multidisciplinaire, afin que les patients bénéficient d'une prise en charge globale.

Pour ces patients aux enveloppes souvent poreuses, cette multidisciplinarité permet, d'une part, de créer une enveloppe institutionnelle, contenant et rassurante. D'autre part, selon les professionnels qu'ils sont amenés à rencontrer au sein de l'institution, les patients ne vont pas forcément tenir le même discours. Ainsi, un échange entre les différents soignants semble primordial afin d'offrir un suivi cohérent. Enfin, le regard que portent les autres professionnels sur le patient peut éclairer notre propre regard sur ce dernier. Par exemple, sur mon lieu de stage, l'ergothérapeute rencontre généralement les patients en entretien avant la psychomotricienne. Ces deux professionnelles ont l'habitude de travailler ensemble et, selon l'indication posée par l'ergothérapeute, la psychomotricienne peut se faire une première représentation du patient qu'elle rencontre et cela l'aide également à orienter son choix d'indication ou de non indication en psychomotricité.

C'est également l'enjeu et la richesse des co-thérapies avec d'autres corps de métiers. De par notre individualité et notre posture professionnelle, nous développerons un regard ainsi qu'une sensibilité différente face au patient. Animer des séances par deux pourra ainsi favoriser une ouverture vers de nouvelles perspectives dans la prise en charge du patient. C'est ce que j'ai pu expérimenter cette année lors des séances menées conjointement avec ma maître de stage, durant lesquelles nous ne percevions pas toujours ce qu'il s'y passait de la même façon. Pouvoir en discuter en fin de séance permet alors d'éclairer certains mouvements et réactions de patients qui pouvaient nous paraître un peu flous.

J'ai finalement rencontré au cours de ce stage des adultes en grande souffrance, dont le parcours de vie a parfois empêché la constitution de repères stables, entravant par là même l'obtention d'une sécurité interne solide. La découverte de cette clinique m'a permis d'appréhender de façon concrète les intrications entre soma et psyché et comment un travail corporel peut dès lors favoriser la restauration d'une unité psychique et corporelle. L'accompagnement en psychomotricité permet ainsi de proposer aux patients les outils nécessaires pour retrouver une harmonie globale, qui soit pérenne dans le temps.

Certains questionnements ont émergé au cours de ce stage, et restent encore présents actuellement. C'est notamment le cas en ce qui concerne les rechutes. Il n'est pas rare que les patients reviennent plusieurs fois dans le service, parfois sur des périodes de temps très rapprochées, parfois plusieurs mois ou années plus tard. Il arrive aussi que des patients accueillis en hôpital de jour et donc abstinents, puisque c'est l'une des conditions pour pouvoir

y entrer, retournent en hospitalisation temps plein en cours de suivi. Même si, comme pour toute pathologie, les rechutes sont imprévisibles et indépendantes de notre volonté, serait-il possible de les éviter ? Est-ce qu'un étayage supplémentaire serait nécessaire ? Ou, au contraire, les patients ne seraient-ils pas trop couvés durant les soins, ne leur permettant pas de maintenir seuls ce qui a été mis en place au cours de l'hospitalisation ?

C'est ainsi une réflexion qui reste à développer et à approfondir. Je suis convaincue que la psychomotricité, par ses fonctions, entre autres, de contenance et d'autonomisation du sujet, a un rôle prépondérant à jouer et mériterait qu'une place plus importante lui soit accordée dans les diverses structures accueillants un public dépendant.

## Bibliographie

- Andrieu, B. (2008). *Toucher, se soigner par le corps*. Paris : Les belles lettres
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi peau*. Paris : Dunod
- Ballouard, C. (2003). *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod
- Berthoz, A, Jorland, G. (2004). *L'Empathie*. Paris : Odile Jacob
- Chanchy-Giromini, F. (2001). *Corps et paroles sur le corps* (2è éd.) Paris : Éditions Vernazobres-Gregio
- Christodoulou, A. (2006). « Indications et prescriptions de la psychomotricité en psychiatrie adulte », *Évolutions psychomotrices*, vol.18, no. 71, p. 95.
- Ciccone, A. (2001). « Enveloppe psychique et fonction contenant : modèles et pratiques », *Cahiers de psychologie clinique*, vol. 17, no. 2, pp. 81-102.
- Clerget, J. (2014). *Corps, image et contact : une présence à l'intime*. Toulouse : Erès
- Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis*. Paris : Dunod
- Decoopman, F. (2010). « La fonction contenant. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenant du thérapeute », *Gestalt*, vol. 37, no.1, pp. 140-153
- De Ketele J.-M., Roegiers X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations - Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. (3è éd.) Paris : De Boeck Université.
- Delfaure M, Hougron A, Ramo M. (2015). « Conduites addictives et toxicomanies », dans Giromini, Albaret, Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 3 : *Clinique et thérapeutiques*. Paris : De Boeck Université. pp. 201-216.
- Dodin, V. (2017). *Anorexie, boulimie en faim de conte*. Paris : Desclée de Brouwer
- Duchaussois, C. (1971). *Flash ou le grand voyage*. Paris : Fayard
- Exposito, C. (2015). « Conduites addictives et alcoolodépendance », dans Giromini, Albaret, Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 3 : *Clinique et thérapeutiques*. Paris : De Boeck Université. pp. 217-227.
- Gaucher-Hamoudi O., Faury T., Carrot G. (2011). *Anorexie, boulimie et psychomotricité*. Paris : Heures de France
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques* (2è éd). Paris : Heures de France
- Le Breton, D. (1998). *Anthropologie du corps et modernité* (4è éd). Paris : Presses universitaires de France
- Le Breton, D. (2015). *Adolescence et conduites à risque*. Paris : Fabert
- Lesage, B. (2014). *La danse dans le processus thérapeutique*. Toulouse : Erès
- Merkling, J. (2014). *Le soin en santé mentale*. Paris : Seli Arslan

- Monjauze, M. (2008). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique* (2<sup>e</sup> éd). Paris : In press
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher*. Paris : Éditions du seuil
- Pedinielli J-L, Rouan G, Bertagne P. (2017). *Psychopathologie des addictions*(2<sup>e</sup> éd). Paris : Presses Universitaires de France
- Potel, C. (2010). « Du corps touché aux jeux de l'imaginaire ». In : Potel C (ed). *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (3<sup>e</sup> éd). Paris : In press
- Potel, C. (2015). *Du contre transfert corporel*. Toulouse : Erès
- Potel, C. (2015). *Être psychomotricien un métier du présent, un métier d'avenir* (2<sup>e</sup> éd). Toulouse : Erès
- Prayez, P. (2006). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Paris : Lamarre
- Shankland, R. (2016). *Les troubles des comportements alimentaires*. Paris : Dunod
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot
- Winnicott, D.W. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris : Payot

## GLOSSAIRE

*Anhédonie* : déficit de la capacité à ressentir le plaisir.

*Benzodiazépines* : substance anxiolytique.

*Clinophilie* : tendance à rester couché en permanence.

*Dysmorphophobie* : syndrome psychiatrique dans lequel le malade est convaincu qu'une partie de son corps est déformée et craint d'impressionner ainsi défavorablement autrui. C'est un trouble de l'image corporelle.

*MDMA* : molécule de la famille des amphétamines constituant le principe actif de l'ecstasy.

*Neurasthénie* : état de fatigue chronique souvent accompagné de tristesse, d'angoisse et parfois de symptômes somatiques.

*Poppers* : le poppers est un vasodilatateur, originellement utilisé en médecine pour traiter certaines affections cardiaques. Il entraîne une activation accrue du rythme cardiaque, une détente musculaire et une forte sensation de chaleur. Il peut provoquer un sentiment d'euphorie et d'ivresse passagère. En France, il est consommé uniquement par inhalation des vapeurs par le nez.

*Potomanie* : trouble psychologique caractérisé par le besoin permanent et irrésistible de boire de l'eau.

## RESUME

Les addictions regroupent des pathologies diverses, en lien avec une notion de dépendance et un besoin impérieux de recourir à un certain comportement. Elles englobent à la fois des addictions avec objet (alcoolodépendance, toxicomanie, tabagisme) et les addictions comportementales (troubles du comportement alimentaire, jeu pathologique). Ce mémoire s'intéresse particulièrement aux enveloppes corporelles et psychiques des sujets dépendants ainsi qu'au lien qu'elles entretiennent avec le mécanisme des addictions. En appuyant mes propos sur la présentation de plusieurs patients rencontrés en service d'addictologie, je m'intéresserai à la relation entre le processus de subjectivation et le développement du comportement addictif et au soutien que la psychomotricité peut proposer aux patients afin d'étayer leur unité psycho-corporelle.

Mots – clés : Addictions – Interactions précoces – Enveloppes psycho-corporelles – Image du corps – Relaxation

## SUMMARY

Addictions include various pathologies, related to a notion of dependence and a pressing need to resort to a certain behaviour. They include both addictions with object (alcohol dependence, drug addiction, smoking) and behavioral addictions (eating disorders, pathological gambling). This memoir is particularly interested in the bodily and psychic envelopes of dependent subjects and the link they maintain with the mechanism of addictions. By supporting my comments on the presentation of several patients met in addictology service, I will focus on the relationship between the process of subjectivation and the development of addictive behavior and the support that psychomotricity can offer to patients in order to support their psycho-corporal unit.

Key words : Addictions – Early interactions – Psychobodily envelopes – Body image – Relaxation