



HAL
open science

Addictions et enjeux de tensions : approche psychomotrice de la gestion du stress et de l'anxiété chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage

Elyes Lezhari

► To cite this version:

Elyes Lezhari. Addictions et enjeux de tensions : approche psychomotrice de la gestion du stress et de l'anxiété chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage. Psychologie. 2020. dumas-02900365

HAL Id: dumas-02900365

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900365v1>

Submitted on 16 Jul 2020

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

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

Université de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Addictions et enjeux de tensions

*Approche psychomotrice de la gestion du stress et de l'anxiété
chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage*

LEZHARI Elyes

Né le 10 septembre 1997 à Bordeaux (33)

Juin 2020

Directrice de mémoire : Mme BENGRINE-JORET Amel

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je tiens tout d'abord à remercier **Amel Bengrine-Joret**, ma maîtresse de mémoire, mais également maîtresse de stage durant ces deux dernières années. Je la remercie d'avoir partagé ses nombreuses connaissances et de m'avoir permis d'enrichir et de construire mon identité professionnelle future. Quelle rencontre !

Je remercie l'ensemble des personnes ayant participé à la relecture de ce travail avec une attention toute particulière à la famille LEDOUX.

Un grand merci à tous les patients qui ont accepté de prendre part à ce mémoire.

Enfin, je remercie l'institut de formation de psychomotricité de Bordeaux pour son accompagnement tout au long de ma formation.

Sommaire

Introduction	6
Première partie : Approche théorique de l'addictologie	8
I- Les addictions	8
II- La classification	8
III- Critères diagnostiques	9
IV- Les niveaux d'implications dans l'usage	10
A. <i>De l'usage simple à la dépendance</i>	10
B. <i>Le craving, moteur de la rechute</i>	11
1. Définition	11
2. Les facteurs déclenchants du craving	12
3. L'évolution du craving	13
V- Les substances et leurs effets	13
VI- Les mécanismes de l'usage	17
A. <i>Les facteurs de risques</i>	17
B. <i>Les processus développementaux et psycho-affectifs, éclairage de la psychanalyse</i>	18
1. Les facteurs de vulnérabilité	18
2. Les facteurs déclenchants	19
3. Les facteurs d'entretien	19
C. <i>Les mécanismes neurobiologiques</i>	20
D. <i>Le mode d'action spécifique des substances sur le circuit de récompense</i>	22
E. <i>Les dimensions psychologiques impliquées</i>	22
1. Les renforcements positifs	23
2. Les renforcements négatifs	23
3. Les renforcements positifs et négatifs, une boucle infernale	23
VII- Problématiques associées au trouble de l'usage	24
A. <i>Les dérèglements cérébraux</i>	24
B. <i>Les conséquences sanitaires et sociales</i>	24
VIII- Les traitements	25
A. <i>Les traitements biologiques</i>	25
B. <i>Les traitements psychosociaux</i>	26
C. <i>Les traitements des comorbidités</i>	26
IX- Conclusion	26
Deuxième partie : Le stress et l'anxiété.....	27
1. Le stress	27
I- Définition	27
II- L'événement stressant	29
A. <i>Les catégories de stressseurs</i>	29
B. <i>Le stress, une réaction subjective</i>	29
III- Les modèles physiologiques du stress	30

A. <i>H. Selye et le syndrome général d'adaptation</i>	30
B. <i>Les modèles actuels</i>	31
IV- Les phases évaluatives	34
A. <i>L'évaluation cognitive primaire</i>	34
B. <i>L'évaluation secondaire</i>	35
1. <i>L'évaluation des ressources personnelles</i>	35
2. <i>L'évaluation des ressources sociales</i>	35
V- Les réactions comportementales.....	36
A. <i>Le coping évitant</i>	37
B. <i>Le coping vigilant</i>	37
VI- Conclusion	37
<u>2. L'anxiété.....</u>	38
I- Définition et concepts associés.....	38
II- Les modèles biologiques de l'anxiété	39
III- Évolution des épisodes anxieux.....	40
IV- L'évaluation du niveau d'anxiété	42
V- Conclusion	43
<u>Troisième partie : Le stress, l'anxiété et les addictions, des entités difficilement séparables et perturbatrices de l'organisation psychomotrice.....</u>	44
I- Du stress vers l'addiction et de l'addiction vers le stress	44
A. <i>Du stress vers l'addiction</i>	45
B. <i>Le trouble de l'usage, une source majeure de stress</i>	46
II- Anxiété et addictions.....	46
III- L'appui du support neurophysiologique	47
IV- Un profil psychomoteur désorganisé	48
A. <i>Le tonus</i>	48
B. <i>Les représentations corporelles</i>	49
1. <i>Les modifications physiques</i>	50
2. <i>Des limites corporelles qui s'estompent</i>	50
3. <i>Un schéma corporel perturbé</i>	51
4. <i>Une image du corps désorganisée</i>	52
5. <i>Conclusion sur les représentations corporelles</i>	55
C. <i>Les troubles émotionnels</i>	55
D. <i>Le rapport au temps : Un temps qui s'étire, se dilate et semble interminable</i>	56
V- Conclusion	57
<u>Quatrième partie : L'approche psychomotrice.....</u>	58
I- Présentation générale	58
II- Le temps d'une rencontre.....	59
III- La psychoéducation comme jalon à la prise en soin	60
IV- La relaxation comme réponse au stress et à l'anxiété	61
A. <i>Définitions et intérêts de la relaxation</i>	61

B.	<i>Contrôle respiratoire et relaxation</i>	62
C.	<i>Les techniques de relaxation</i>	63
D.	<i>Le regard psychomoteur</i>	64
V-	Utilisation de la boîte thaïlandaise dans le soin psychomoteur	65
A.	<i>Frapper, un moyen pour réguler</i>	66
B.	<i>Tonus et posture</i>	66
C.	<i>La respiration à travers la médiation boîte thaï</i>	67
D.	<i>Vers un changement identitaire</i>	68
E.	<i>Conclusion</i>	68
VI-	Études cliniques	69
A.	<i>De la représentation à l'expérimentation : Étude clinique de Monsieur N</i>	69
B.	<i>Quand l'anxiété rencontre l'explosivité : Étude clinique de Monsieur G</i>	78
VII-	Conclusion des études de cas cliniques	82
Conclusion		84
Annexes		86
Bibliographie		89

*« Tous les matins, je me lève en me disant
qu'aujourd'hui c'est le premier jour où j'arrête, et
une tension, une frustration et le démon ressurgit »*

Patiente hospitalisée au sein d'un service d'addictologie

Introduction

« *Le plaisir est ce qui procure à quelqu'un la satisfaction d'un besoin, d'un désir¹* ». Mais qu'en est-il quand l'objet du désir devient paradoxalement la source d'une souffrance, une affliction du sujet qui se voit devenir dépendant de cet objet ?

C'est donc prisonniers de ces objets de désirs qui leur avaient donné une illusion de liberté que des personnes souffrent d'un **trouble de l'usage**.

Le tabagisme, la consommation d'alcool, l'usage de substances illicites et licites sont souvent rattachés à des comportements évocateurs de **troubles addictifs**. Ils sont responsables, chaque année, de la perte tragique de centaines de milliers de vies humaines. « *Actuellement, plus de 9% de la population mondiale consomme des substances illégales²* ». Il s'agit d'un problème majeur de santé mondial.

Au-delà de la problématique liée à **l'usage pathologique de substances**, c'est en écoutant et en observant les patients que j'ai été frappé par l'omniprésence d'une forte **dimension anxieuse chez eux**. « *Je stresse, je rumine tout le temps mais quand je bois, je pense moins à ces choses* ».

La clinique des patients souffrant d'un trouble de l'usage à une substance ou un comportement regroupe pour beaucoup une dimension d'anxiété et de stress. Je me suis donc intéressé au lien existant entre le stress et l'anxiété d'une part et à la problématique addictologique d'autre part. En effet, l'état de **tension interne** éprouvé par de nombreux patients en addictologie tient une place importante en psychomotricité car il vient questionner le vécu du corps dans sa globalité.

Ainsi, la problématique centrale de ce mémoire est née de cette réflexion : Comment l'approche psychomotrice pourrait-elle contribuer à la gestion des états de stress et d'anxiété chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage ?

J'émetts l'hypothèse que l'approche psychomotrice va permettre d'apporter **un appui majeur dans la gestion du stress et de l'anxiété. Pour ce faire, l'utilisation des médiations corporelles seront des outils privilégiés dont le but sera d'atténuer les manifestations physiologiques et psychologiques inhérentes à ces états**. De plus, le soutien psychomoteur permettra de **soulager les patients dans leurs problématiques addictologiques en apaisant ces comorbidités. L'approche corporelle sera ainsi une invitation auprès des personnes à restaurer et investir une position de sujet, acteur de leur lutte contre leur maladie**.

¹ <https://www.cnrtl.fr/definition/plaisir>

² H. BARLOW ; V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016 p.397

Cette démarche est inspirée par l'ensemble des données de ce mémoire grâce auxquelles nous allons chercher à mobiliser l'attention de la personne sur ces domaines spécifiques. Cette attention est définie comme la capacité à faire des liens, dont le but est d'aider les personnes à développer une meilleure gestion de ses états complexes. Dès lors, la médiation corporelle et l'attention du thérapeute portée au patient (entendue comme sa capacité à prendre soin de lui, à l'écouter) seront des outils privilégiés pour redynamiser ces processus.

La première partie de ce mémoire est consacrée aux données théoriques de l'addictologie pour comprendre cette spécialité médicale et la prise en charge globale des personnes. Nous y retrouverons **les caractéristiques du trouble de l'usage**, les **différents niveaux d'implications dans l'usage**, les notions clés relatives à **l'envie impérieuse** de consommer ainsi que les **mécanismes pharmacologiques et neurologiques** impliqués dans cette pathologie.

Nous aborderons ensuite, dans une seconde partie, les **notions de stress et d'anxiété**. Nous préciserons ce qui les distingue et nous mentionnerons leurs **manifestations corporelles multiples**, qui font l'objet d'un intérêt essentiel en psychomotricité. En troisième partie, nous présenterons **l'influence réciproque** du stress et de l'anxiété sur les troubles de l'usage et leurs conséquences synergiques sur l'organisation psychomotrice des consommateurs. Enfin, nous aborderons, en ultime partie, la **clinique psychomotrice** dans ce cadre spécifique en y mentionnant les médiations corporelles utilisées.

Je tiens par ailleurs à souligner que mes stages se sont déroulés en secteur hospitalier. Ces structures de soins mettent en avant une approche globale, intégrative, dont la force repose sur l'alliance entre la prise en charge somatique et la prise en charge psychiatrique. Par conséquent, ce mémoire a été pensé et construit dans la continuité de cette orientation spécifique en prenant appui sur les modèles biologiques et les modèles cognitifs, comportementaux et émotionnels. Les modèles psychanalytiques sont donc volontairement peu exploités au regard de l'orientation des services d'accueil.

Première partie : Approche théorique de l'addictologie

Cette première partie a pour but de **définir les addictions** et de décrire les divers enjeux impliqués dans les troubles de l'usage. Nous allons donc les étudier ainsi que leurs **classifications**, les **différents niveaux d'implications dans l'usage**, **leurs conséquences** et enfin, nous terminerons par les traitements de cette pathologie chronique.

I- Les addictions

A. Goodman définit en 1990 l'**addiction** comme étant « *un processus par lequel un comportement est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de le contrôler et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives*³ ». Ce comportement peut avoir plusieurs effets. Il produit du plaisir au sens cérébral du terme par activation du circuit de récompense (clé de voute de la problématique addictologique) que nous nous attacherons à décrire ultérieurement. Il peut écarter ou atténuer une sensation de malaise interne.

Les **substances psychoactives**, telles la cocaïne, l'héroïne mais également les produits légaux comme l'alcool, la caféine, les opiacés et certaines classes médicamenteuses comme les benzodiazépines, peuvent être à l'origine d'addictions. Il en est de même pour les **comportements** qui sont regroupés sous l'appellation de « **trouble de l'usage sans substance** ». Il s'agit « *d'addictions sans substance psychoactives comme les jeux de hasard et d'argent, des addictions au sexe, à internet ou encore à des achats compulsifs*⁴ ».

Les composés chimiques des produits et l'usage sans substance tels que les jeux par exemple, peuvent significativement altérer l'humeur ou le comportement car ils **activent de manière identique le circuit de récompense**. Ce sont donc les mêmes zones cérébrales qui sont activées et qui dysfonctionnent quel que soit le type d'usage. Ces éléments rendent compte **du caractère hautement polymorphe du trouble** et de la **complexité** de cette pathologie.

II- La classification

Selon la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5), la nomenclature des **troubles liés à une substance** se subdivise en deux catégories : les **troubles de l'usage d'une substance** et les **troubles induits par une substance**.

La **perte de contrôle et l'usage pathologique de la substance**, plus que le produit en lui-même, sont les caractéristiques principales d'un **trouble de l'usage à une substance**. Il s'agit

³ ECNI. *Référentiel de psychiatrie et d'addictologie*, Edition Presse Universitaire Sides, 2016. p.388

⁴ Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

d'un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques qui poussent le sujet à consommer malgré les conséquences négatives que cela implique.

Les **troubles induits par une substance** définissent les effets ou les symptômes propres du produit consommé. L'intoxication, le sevrage et les autres troubles mentaux induits sont retrouvés ici.

III- Critères diagnostiques

Le diagnostic des troubles de l'usage repose sur 11 critères bien définis et fixés par les instances internationales de santé mentale. Ils sont ainsi répertoriés dans le DSM 5 :

- **Le besoin impérieux et irrésistible** de consommer la substance ou de jouer (**craving**)
- **La perte de contrôle** sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Un **temps important consacré** à la recherche de substances ou au jeu
- Une augmentation de la **tolérance** au produit addictif
- La présence d'un **syndrome de sevrage**, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du comportement
- **L'incapacité** de remplir des obligations importantes
- L'usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Des problèmes **personnels** ou **sociaux**
- Un désir ou des efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- **Des activités qui sont réduites** au profit de la consommation de la substance ou du jeu
- La poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

La présence de 2 à 3 critères caractérise l'addiction de **légère**, la présence de 4 à 5 critères la caractérise de **modérée** alors que l'existence de 6 critères ou plus définit les troubles de l'usage comme étant **sévères**.

Au regard des différents critères diagnostiques du DSM 5 que nous venons de citer, nous pouvons remarquer que c'est **l'usage pathologique du produit qui définit et caractérise les addictions et non plus, les substances à proprement parler.**

Nous allons à présent clarifier les termes couramment employés dans le domaine de l'addictologie.

IV- Les niveaux d'implications dans l'usage

Nous allons décrire les niveaux d'implications dans l'usage après avoir défini ce qu'est **l'intoxication**. Ils sont nécessaires à la compréhension des processus de rechute et de ce qu'ils impliquent au niveau psychocorporel et au niveau des circuits corticaux.

A. De l'usage simple à la dépendance

L'intoxication est la réaction physiologique à l'ingestion de substances, comme l'impression d'ivresse ou d'allégresse. Elle peut être à l'origine d'altération du jugement, de changements d'humeur ou de réduction des capacités psychomotrices. Elle dépend de la substance ingérée, de sa quantité, ainsi que de la réaction biologique propre à chacun.

Les niveaux d'implications dans l'usage :

- **L'usage « simple » d'une substance.** Il consiste en « *l'ingestion d'un produit psychoactif en quantité modérée n'interférant pas significativement avec le fonctionnement social et occupationnel de l'utilisateur⁵* ». Il s'agit d'une consommation occasionnelle d'une substance sans présence de caractère pathologique ou encore d'une consommation dite « festive ». L'usage simple comprend aussi les médicaments tels que les opiacés ou les benzodiazépines par exemple.
- **L'abus ou l'usage nocif de substance** « *ne se détermine pas par la quantité ingérée mais en termes de **niveau d'interférence** causée par l'absorption d'une substance sur la vie de celui qui la consomme⁶* ». Cela signifie que la consommation de substances « *fragilise ou déstabilise le cursus scolaire, le travail, les relations ou met physiquement l'utilisateur en danger⁷* ».
- **La dépendance** a été définie, en 1975, par l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS) comme « *un **état psychique** et parfois **physique**, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une **compulsion à prendre le produit** de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non* ». Un individu dépendant aura besoin d'absorber régulièrement le produit pour éviter de ressentir les manifestations de **sevrage**. Le sevrage représente « *la réaction*

⁵ H. BARLOW ; V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016 p.398

⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.), Edition Arlington, 2013 p.631

⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.), Edition Arlington, 2013 p.635

*négligée produite lors de la privation de la substance habituellement consommée ou la diminution du produit dans l'organisme⁸ ». L'absorption de quantités plus importantes pour obtenir le même effet correspond à la **tolérance**. Cette réponse physiologique expose le consommateur à un risque d'overdose définie par le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) comme étant « *une dose excessive d'une drogue pouvant entraîner la mort* ».*

A présent, nous allons aborder le « **craving** », moteur de la rechute. Ce processus clinique explique la gravité et la chronicité des troubles de l'usage. Il est indispensable à la compréhension des différents niveaux d'implication dans l'usage.

B. Le craving, moteur de la rechute

« Dans le domaine de l'addiction, le craving désigne une envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là⁹ ».

1. Définition

Le craving est un phénomène complexe et multidimensionnel « *reflétant une séquence d'expériences diverses chez l'individu (émotionnelles, corporelles, cognitives)*¹⁰ ». Il fait partie de la dépendance et en représente l'une des manifestations cliniques. **Le craving se manifeste en dehors des périodes de sevrage, c'est pourquoi il est considéré comme le moteur de rechute du sujet et que le trouble de l'usage avec ou sans substance fait partie de la catégorie des maladies chroniques graves.**

Le craving est présent après l'arrêt des consommations tout au long de la vie des usagers. Seulement, sa fréquence et son intensité vont varier en diminution. Cela est d'autant plus marqué en période de rémission et/ou de guérison de la pathologie. Lorsque la personne éprouve du craving, elle ressent **une tension interne, un désir impérieux et absolu de consommer tout en ne le souhaitant pas**. Il s'agit d'une expérience désagréable et perturbante d'un point de vue global.

Le craving représente une **cible privilégiée de traitement en addictologie**. Son expression, son intensité et la capacité à l'identifier sont variables d'un individu à un autre.

⁸ H. BARLOW ; V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016 p.399

⁹ M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSEAS. Article *Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions* 2016 p.78

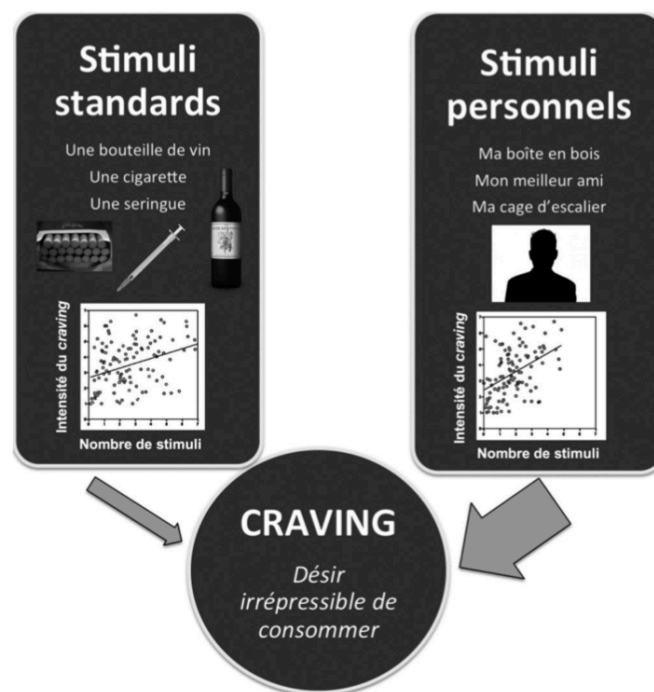
¹⁰ M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSEAS. Article *Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions* 2016 p.78

« Le trait d'alexithymie serait associé à un niveau plus faible de craving, alors que les individus avec des niveaux élevés d'impulsivité et de traits de recherches de nouveautés présenteraient quant à eux un niveau plus élevé de craving¹¹ »

Le craving peut se déclencher à des moments **non attendus et imprévisibles**. Les individus demeurent peu préparés au craving qu'ils ne connaissent pas et qu'ils n'ont souvent jamais repérés. Il existe néanmoins **des facteurs potentialisant son apparition** que nous allons décrire ci-dessous.

2. Les facteurs déclenchants du craving

Les stimuli associés à la consommation sont susceptibles d'induire du craving. Nous distinguons deux types de stimuli. Les stimuli dits **standards** (ou **environnementaux**) comme une bouteille de vin, une cigarette, une seringue et les stimuli dits **personnels**, qui sont spécifiques à l'histoire individuelle de chaque consommateur comme un ami, un lieu habituel de consommations. « Les stimuli personnels seraient plus prédictifs du craving que les stimuli standards¹² ».



Implication de l'environnement dans le processus de craving M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSÉAS (2016)

¹¹ M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSEAS. Article *Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions* 2016 p.80

¹² M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSEAS. Article *Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions* 2016 p.80

Le craving peut aussi être **provoqué par le stress et les affects négatifs** qui participent activement aux facteurs précipitants de la rechute.

3. L'évolution du craving

Le craving et ses manifestations s'inscrivent dans une temporalité avec un **début** et une **fin**. Son déclenchement conduit à une **augmentation graduelle** de son intensité, dit « niveau de craving », jusqu'à atteindre un degré qui va se stabiliser. Cette stabilisation est appelée **phase plateau**. Cet intervalle de temps durant lequel le craving est élevé, constitue une période critique durant laquelle il est très difficile de résister à l'envie de consommer. Ce n'est qu'une fois passé ce plateau, que l'intensité du craving **diminue progressivement** jusqu'à redevenir nulle. L'intensité du craving est variable entre 0 et 10 et cette variabilité est aussi influencée par l'**accessibilité** et la **disponibilité** du produit.

La compréhension de ce symptôme par le patient est nécessaire à sa gestion et à la prise en charge de sa maladie. Elle constitue un objectif de soin à part entière, travaillé au sein des ateliers de psychoéducation et lors des entretiens individuels. **Une connaissance affinée** des processus pathologiques mis en jeu est indispensable pour accompagner les personnes malades. Cela suppose de la part des soignants, beaucoup de disponibilité, de bienveillance et d'empathie face à des expériences décrites comme **chaotiques**.

L'implication des différents niveaux d'usage va s'établir progressivement. Le trouble de l'usage, dont la dépendance fait partie, va s'instaurer au bout d'une longue période. La substance ou les comportements addictogènes vont également jouer un rôle prédictif dans l'instauration du trouble. Nous allons maintenant décrire les substances et leurs effets.

V- Les substances et leurs effets

Les produits consommés ont des caractéristiques chimiques qui leur sont propre. Ils produisent différents effets, sensations et perceptions. Dix classes distinctes de produits sont actuellement recensées : alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, stimulants (cocaïne, amphétamines), tabac et autres substances (ou inconnues).

Ces substances sont regroupées ci-dessous en fonction de leurs effets qui peuvent par ailleurs varier en fonction des caractéristiques individuelles. Les répercussions sur le fonctionnement global de la personne sont multiples.

- **Les tranquillisants** : Ces substances induisent une sédation comportementale et une possible anxiolyse. Ils comprennent l'alcool, les sédatifs et les hypnotiques de la famille des barbituriques et des benzodiazépines (comme le Valium et le Xanax).

L'action principale des tranquillisants est la réduction de l'activité du système nerveux central avec une diminution du niveau d'état d'éveil du fait d'une **stimulation de l'activité des centres inhibiteurs du cerveau**. Cet état se traduit par un **ralentissement psychomoteur majeur** ainsi que par des altérations de la capacité de jugement, du temps de réaction et des perceptions sensorielles. L'alimentation peut être modifiée avec une perte ou un gain d'appétit.

Cas particulier de l'alcool :

○ *Impacts de l'alcool*

La consommation excessive d'alcool entraîne une perte de tissu cérébral affectant les coordinations motrices, l'équilibre statique et dynamique. Les dommages organiques consécutifs à l'alcool dépendent de la vulnérabilité génétique du consommateur, de la fréquence et de la durée de ses consommations, des niveaux d'alcool atteints dans le sang lors de la prise de la substance et du temps alloué au corps pour retrouver son état normal entre les épisodes de consommation. Les conséquences à long terme d'un trouble de l'usage à l'alcool sont importantes au niveau somatique (hépatites, cirrhose, pancréatite, troubles cardiovasculaires, dommages cérébraux avec une destruction des neurones et une atteinte de la substance blanche, etc.), aux niveaux cognitif et psychomoteur. Des **troubles mnésiques et moteurs** (spasticité) sont présents et des démences peuvent décompenser. C'est le cas du **syndrome de Wernicke-Korsakoff** qui se manifeste entre autres par de la confusion, des apraxies et différentes formes d'inintelligibilité du discours.

○ *Sevrage de l'alcool*

Le sevrage de l'alcool a des effets sévères avec des manifestations inconfortables telles que les tremblements des mains, des nausées, des vomissements, de l'anxiété, des hallucinations passagères, de l'agitation psychomotrice ou encore des insomnies. Le sevrage à l'alcool est toujours un bouleversement pour le cerveau. S'il est brutal ou non accompagné, la personne s'expose à « **un délire de sevrage alcoolique** » (ou **delirium tremens**) qui peut aboutir à son décès ou à de graves dommages cérébraux. Il provoque des hallucinations, des cauchemars, de l'agitation, une confusion globale ou des tremblements de tout le corps. Le sevrage de l'alcool occasionne une profonde souffrance et il se caractérise comme étant **le sevrage dont les conséquences sont les plus sévères**.

Cas des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques :

○ *Impacts des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques*

Les troubles liés aux sédatifs, aux hypnotiques ou aux anxiolytiques ne diffèrent pas beaucoup de ceux qui concernent l'alcool. Le tableau clinique fait état de **changements**

comportementaux inadaptés, de **désinhibition**, d'une humeur fluctuante, **d'altération du jugement**, de problèmes de **coordinations motrices** et d'une **démarche mal assurée**. La consommation conjointe d'alcool à ces substances peut avoir des effets dits synergiques, à savoir des risques majorés par l'association de plusieurs substances.

○ *Sevrage des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques*

Les manifestations de sevrage des sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques sont semblables à ceux de l'alcool (anxiété, insomnies, tremblements et délires).

- **Les stimulants** : Ces substances augmentent chez la personne ses capacités d'attention, son niveau d'activité et d'état d'alerte, son humeur et son sentiment d'efficacité personnelle. Les amphétamines, la cocaïne, la MDMA, la nicotine et la caféine sont comprises dans cette catégorie.

○ *Impacts des stimulants*

La consommation de cocaïne et d'amphétamines produisent un état euphorique avec une augmentation de la pression artérielle et du rythme cardiaque. Elles entraînent des troubles du sommeil (principalement des insomnies), de l'anxiété, de la tension, de l'irritabilité et une perte d'appétit. Les attaques de paniques et les délires paranoïaques définis comme étant « *une méfiance généralisée à l'égard d'autrui, une hypertrophie du Moi, une altération du jugement et une rigidité*¹³ » sont décrits dans les formes les plus sévères de consommation. L'accroissement des quantités de consommation peut provoquer d'autres symptômes négatifs avec un retrait social de plus en plus marqué chez le consommateur.

○ *Sevrage des stimulants*

La baisse de ce type de substance dans l'organisme entraîne le passage d'un état d'hyperactivation globale avec agitation motrice à un état de ralentissement général brutal et important avec fatigue, période de somnolences prolongées, irritabilité et dépression.

- **Les opiacés** : L'effet majeur et principal de ces substances est de produire une analgésie et une certaine euphorie. La morphine, la codéine, l'opium et l'héroïne sont inclus dans cette catégorie.

○ *Impacts des opiacés*

Les opiacés ont des effets narcotiques. Ils soulagent la douleur et induisent le sommeil. Ils provoquent également un ralentissement de la respiration. Un excès d'opiacés expose le consommateur à une détresse respiratoire aiguë avec risque de décès que l'on appelle

¹³ ECNI. *Référentiel de psychiatrie et d'addictologie*, Edition Presse universitaire Sides, 2016. p.279

communément « overdose ». Par ailleurs, les modalités de consommation par injection exposent les personnes à des risques de contamination tels que le VIH, les hépatites B, C, etc.

- *Sevrage des opiacés*

Le sevrage aux opiacés se manifeste sous la forme de bâillements excessifs, de nausées, de vomissements, de diarrhées, d'insomnies, de douleurs musculaires et de crampes.

- **Les hallucinogènes** : Ces substances altèrent la perception sensorielle et peuvent produire des délires et des hallucinations. Le cannabis et le diéthyllysergamide (LSD) sont inclus dans cette catégorie.

- *Impacts des hallucinogènes*

Les hallucinogènes comme le cannabis provoquent des changements d'humeur. La consommation de ces substances amène à un état onirique (relatif aux rêves) et une distorsion du temps qui semble être arrêté. Les consommateurs décrivent des **expériences sensorielles intenses** avec une augmentation de la sensibilité aux couleurs, aux bruits ainsi que des hallucinations sensorielles multiples. Contrairement aux autres substances, le cannabis peut produire des réactions très différentes selon les utilisateurs.

- *Sevrage des hallucinogènes*

Peu de symptômes de sevrage sont rapportés. Cependant, les études actuelles montrent qu'ils sont sous évalués et finalement, ils sont très proches de ceux décrits précédemment (irritabilité, symptômes anxio-dépressifs, etc.).

- **Les autres substances** : Il s'agit de substances qui ne sont pas associées aux catégories citées ci-dessus mais qui peuvent faire l'objet d'un trouble de l'usage. Elles comprennent les solvants volatiles (comme ceux contenus dans certaines colles comme le GBL et le GHB), les stéroïdes anabolisants et d'autres produits ou médicaments que l'on peut se procurer dans le commerce ou grâce à une prescription médicale. Ces substances produisent une variété d'effets psychoactifs, caractéristiques des substances décrites dans les autres catégories.
- **Les comportements ou les non substances** : Les jeux d'argent, le sexe, le sport ou encore les achats compulsifs sont autant de comportements dont l'usage peut faire l'objet d'un trouble de l'usage.

A ce jour, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) répertorie les troubles de l'usage au **tabac** (nicotine) et à **l'alcool** comme ceux ayant la prévalence la plus élevée parmi toutes les substances répertoriées. Les problématiques liées au

cannabis puis aux opiacés (héroïne, morphine), à la cocaïne, aux amphétamines et aux dérivés de synthèse viennent ensuite. Enfin, ce sont celles liées aux activités comme les jeux d'argent, les jeux vidéo, le sexe ou encore les achats compulsifs qui arrivent en dernière position.

Le sevrage n'est que le moment durant lequel le sujet traverse **un état de manque physique**. Cette période est difficile et transitoire. Si elle est un point de passage incontournable pour l'abstinence, « *son dépassement ne signifie en rien la fin de la dépendance*¹⁴ ».

Les troubles de l'usage n'épargnent aucune catégorie socio-professionnelle et ils peuvent survenir à tous les âges. La période 12-25 ans constitue tout de même une phase critique du fait des comportements à risques des adolescents et des jeunes adultes. Cet usage précoce constitue un risque accru d'apparition de la maladie. Ces éléments nous amènent à nous questionner sur les mécanismes de l'usage.

VI- Les mécanismes de l'usage

Nous avons précédemment détaillé les différentes substances et nous avons expliqué les différents niveaux d'implications dans l'usage. Ces derniers, lorsqu'ils deviennent pathologiques (dépendance, tolérance, craving, etc), sont sous-tendus par différents mécanismes que nous allons à présent étudier. Ces mécanismes comprennent les **facteurs de risques**, les **processus développementaux et psychoaffectifs**, le **fonctionnement neurobiologique** du trouble de l'usage et les **dimensions psychologiques impliquées dans l'usage**.

A. Les facteurs de risques

Le développement d'un trouble de l'usage est favorisé par la présence de différents facteurs de risques. Ils sont tout d'abord « *liés aux produits consommés*¹⁵ » dont le pouvoir addictogène varie en fonction des substances. Ensuite, ils vont impliquer « *les facteurs personnels*¹⁶ » tels que les facteurs neurobiologiques, la vulnérabilité génétique, les maladies psychiatriques ou encore, les événements de vie et l'âge du consommateur. « *Plus une consommation de substances psychoactives démarre tôt, plus le risque d'installation d'une dépendance est élevé*¹⁷ ». La variabilité interindividuelle des effets ressentis peut être un facteur qui précipite le renouvellement de l'expérience ou non. Enfin, « *l'environnement*¹⁸ » dans lequel évolue la personne comme le cercle d'amis ou encore, l'environnement familial

¹⁴ H. FRANCOIS. *Les drogues et dépendances en 200 questions*, Edition Vicchi, 2002.

¹⁵ Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

¹⁶ Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

¹⁷ M. REYNAUD. *Traité d'addictologie (2^e éd.)*, Edition Lavoisier, 2016 p.10

¹⁸ Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

(conflits, violences, consommation intrafamiliale, etc.), joue un rôle dans l'initiation des consommations.

L'ensemble de ces facteurs rend compte de la grande variabilité des personnes impactées par cette maladie, tant au niveau de **l'âge** que du **sexe**, de **l'appartenance sociale, culturelle** ou encore **religieuse**.

B. Les processus développementaux et psycho-affectifs, éclairage de la psychanalyse

Dès la naissance de la psychanalyse, la problématique addictologique apparaît comme une cible de traitement, bien qu'elle soit strictement réduite à l'alcool et à la morphine. « *En 1890, Freud préconisait l'hypnose comme traitement pour interrompre ce qu'il nommait, les habitudes morbides, tel l'alcoolisme, la morphinomanie ou les aberrations sexuelles*¹⁹ ». Aujourd'hui, la psychopathologie des phénomènes addictifs apporte des éclairages développementaux et psycho-affectifs qui améliorent la compréhension de cette problématique complexe. Les **facteurs de vulnérabilité**, les **facteurs déclenchants** et les **facteurs d'entretien** vont donc être étudiés ci-dessous.

1. Les facteurs de vulnérabilité

Les facteurs de vulnérabilité font références à la notion de **fragilité narcissique**. « *La fragilité des assises narcissiques contribuerait à la constitution d'une relation d'objet qui ne permet pas que des **introjections**²⁰ stables et sécurisées²¹* ». L'*introjection*, initialement décrite par S. Ferenczi, suppose une différenciation établie du « Moi » et du non « Moi ». La différenciation du « Moi » et de l'objet normalement acquise n'est fréquemment pas opérante chez les personnes atteintes d'un trouble de l'usage. Cette « *insuffisante délimitation des frontières*²² » rend toute perspective de séparation potentiellement dangereuse.

Les *fragilités narcissiques* trouveraient leurs sources dans les interactions précoces avec l'environnement et en particulier la mère, avec laquelle les échanges affectifs primaires seraient discontinus. Ces éléments font références aux modes d'attachements décrits par M. Ainsworth qui peuvent être sécurisés, insécures, ambivalents ou évitants selon la qualité des interactions. « *Les personnes souffrant d'un trouble de l'usage ont pour les deux tiers des cas un attachement insécure*²³ ». Ces chiffres confirment l'importance des interactions précoces

¹⁹ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.54

²⁰ L'*introjection* est un concept impulsé par le psychanalyste Ferenczi. Elle correspond au passage fantasmatique des objets et de leurs qualités du dehors au dedans.

²¹ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.54

²² M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.55

²³ M. REYNAUD. *Traité d'addictologie* (2^e éd.), Edition Lavoisier, 2016 p.10

de l'enfant avec sa figure d'attachement dans le développement ou la protection possible vis-à-vis de la maladie.

La présence de carences quantitatives et qualitatives dans l'investissement maternel et parental, renforce la vulnérabilité de la personne et la possibilité de développer un trouble de l'usage par les « *graves perturbations de la constitution du sentiment continu d'exister*²⁴ » qu'elles engendrent.

2. Les facteurs déclenchants

Les facteurs déclenchants sont multiples. Le *processus d'adolescence* et particulièrement le « *processus de séparation et d'individuation dont le deuxième temps se situe à cette période*²⁵ » sont des moments critiques. Durant cette période, l'adolescent se réapproprie son histoire infantile dans un projet désormais sexué avec une « *reconstitution progressive d'une image, d'une représentation de son corps dans toutes ses dimensions*²⁶ ». La problématique psychocorporelle pourra dès lors être éprouvée et exposée au travers des substances. Le **rencontre initiatique** avec l'objet d'addiction sera déterminante dans le déclenchement de la conduite. S. Peele parle « *d'expériences sensorielles fondatrices* » constituant l'essence même du processus addictif.

3. Les facteurs d'entretien

Les conduites addictives se **renforcent et s'auto-entretiennent** par l'empreinte que laisse la répétition du comportement sur la personne. Les facteurs psychologiques vont massivement participer à cet entretien par le fait que « *l'addiction puisse servir de prothèse identitaire*²⁷ ». Aussi, « *les effets psychiques ou somatopsychiques propre de la répétition de la conduite dans sa dimension de régulation narcissique*²⁸ », contribueraient à la maintenir.

L'approche psychanalytique apporte un éclairage intéressant et complémentaire aux données actuelles de l'addictologie en participant à la compréhension de cette maladie chronique grave. Nous allons à présent nous attarder à la compréhension des mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent les troubles de l'usage.

²⁴ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.55

²⁵ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.55-56

²⁶ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.56

²⁷ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.57

²⁸ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.57

C. Les mécanismes neurobiologiques

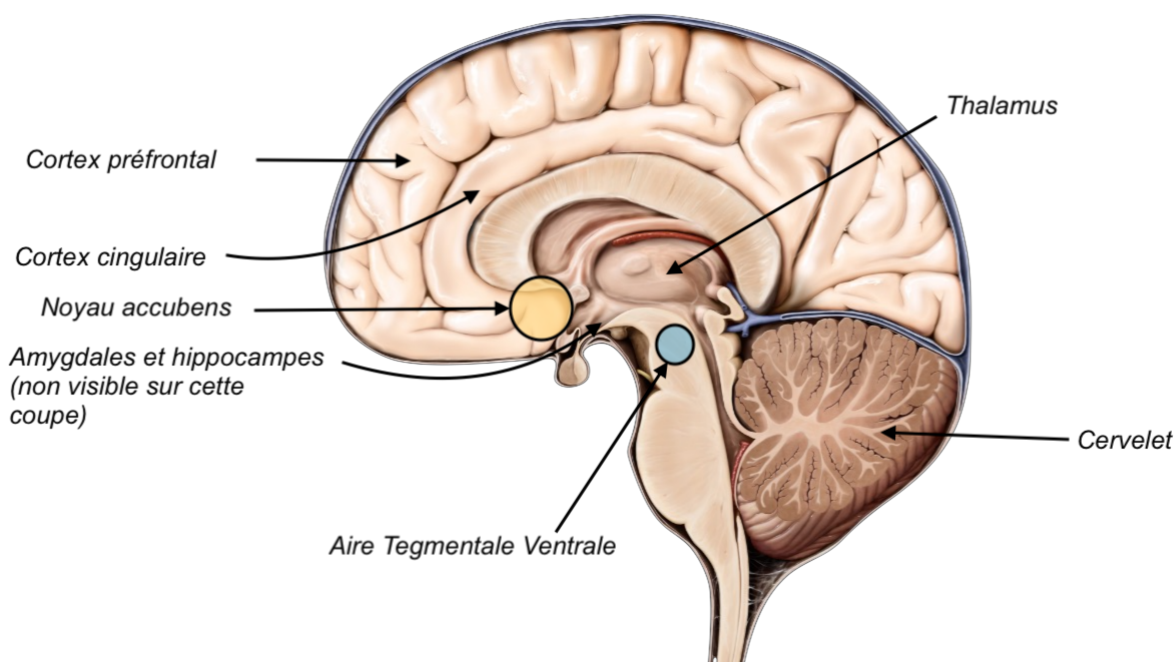
Toutes les substances qui sont prises en excès et, qui conduisent à un trouble de l'usage, ont en commun une **activation directe** du **système cérébral de récompense**.

Ce circuit est impliqué dans le renforcement des comportements adaptatifs et la production de souvenirs. La consommation de substances produit une activation si intense du système de récompense que **le fonctionnement cérébral s'en trouve modifié**. Par conséquent, l'usage des substances ou des non substances **va se substituer** à la mise en place des comportements adaptatifs antérieurement stockés ou à la mise en place de nouvelles stratégies.

Le système de récompense

Le **système de récompense** (ou système **hédonique**) est un système indispensable à la survie. Il est responsable de la **motivation** à la réalisation de certains comportements comme par exemple la recherche de nourriture ou la reproduction. La réalisation de ces comportements apporte des **sensations plaisantes** d'où le nom attribué à ce système. La sensation de plaisir est alors mémorisée et elle motivera la **reproduction des comportements**.

Ce circuit fermé implique plusieurs structures cérébrales. Il comprend le cortex préfrontal et cingulaire, le **noyau accubens** (sensibilisation à l'effet de plaisir), **l'aire tegmentale ventrale** (sensibilisation à une substance), les amygdales, l'hippocampe et le thalamus (mémoire et motivation des comportements).



Le circuit de récompense possède deux voies neuronales distinctes entre le **noyau accubens** et l'**aire tegmentale ventrale (ATV)**. L'une des voies est **activatrice** tandis que l'autre est **inhibitrice**. Ces voies neuronales, caractéristiques du circuit de récompense, utilisent un neuromédiateur qui est la **dopamine**.

La première voie, appelée « D1 », est porteuse de récepteurs à la dopamine de type 1 qui favorisent la **réalisation des actions**. La seconde voie, appelée « D2 », est porteuse de récepteurs à la dopamine de type 2 qui au contraire **freinent les actions**. La dopamine, hormone du plaisir, est libérée à la suite de la satisfaction d'un besoin. La voie D2 va alors entrer en jeu par son effet antagoniste sur la voie D1. Son rôle est d'éviter l'emballement du circuit de récompense en bloquant le renforcement et la réalisation du comportement par la recapture de la dopamine.

La récompense, autrement dit la libération de dopamine, est toujours l'aboutissement de plusieurs phases. Un stimulus est d'abord analysé par récupération d'informations stockées en mémoire le concernant. S'il a peu de valeur, la voie D2 est activée et aucune action n'a lieu. Si au contraire, sa valeur est élevée, la voie D1 entre en action et cela conduit à la production de comportements avec une mémorisation de ce scénario qui a une connotation positive.



*N.A : Noyau accubens
 ATV : Aire tegmentale ventrale
 D1 : Voie neuronale Activatrice
 D2 : Voie neuronale Inhibitrice*

L'usage répété de substances va entraîner une libération massive de dopamine. **Mais cette libération a également lieu en l'absence de consommation.** Un stimulus, comme le fait de voir une bouteille d'alcool par exemple, va faire émerger les mêmes effets ressentis, **par libération anticipée** de la dopamine. C'est donc cette **anticipation de la récompense** qui va entraîner la répétition de l'action, et donc, une surconsommation qui aggravera la dépendance physique et psychique. La consommation deviendra ainsi compulsive et difficilement contrôlable.

Le cannabis, la cocaïne, l'alcool, les jeux et les autres substances provoquent une libération de dopamine bien plus importante que celle d'une récompense naturelle du fait de la **surstimulation de la voie D1** qui est devenue **hyperactive**. Cela met l'accent sur l'effet renforçant extrêmement puissant de l'usage des substances et/ou des comportements.

La désadaptation du circuit de récompense explique le **mécanisme de perte de contrôle** et le **phénomène de craving**. Nous comprenons ainsi que la simple et seule **volonté** de l'utilisateur est insuffisante pour gérer sa problématique addictologique car « *c'est son cerveau qui dirige et non plus sa volonté. Demander à une personne atteinte d'un trouble de l'usage de se soigner avec sa seule volonté, c'est comme la convaincre que le mur est rouge alors qu'il est blanc. Cela n'a aucun sens si ce n'est de la culpabiliser et d'enfoncer le clou sur son manque supposé de capacités et de ressources.* » (A. Bengrine-Joret 2020).

Nous allons décrire le mode d'action spécifique des substances sur le circuit de récompense.

D. Le mode d'action spécifique des substances sur le circuit de récompense

Nous avons vu préalablement comment le circuit de récompense était amené à se désadapter. Le mécanisme pharmacologique impliquant la dopamine va aussi être spécifiquement perturbé **selon des procédés qui vont varier en fonction des substances consommées**. L'ensemble va concourir à aggraver la problématique de trouble de l'usage.

Si les amphétamines stimulent la **libération de la dopamine**, la cocaïne elle, **inhibe sa recapture** ce qui permet un maintien de sa quantité sur les récepteurs postsynaptiques. L'effet de la dopamine sera ainsi **potentialisé** dans les deux cas.

Par ailleurs, l'effet dopaminergique peut être activé **par inhibition du contrôle des neurones GABA** qui bloquent normalement l'action des neurones dopaminergiques. Les opiacés, par exemple, réduisent l'activité des neurones GABA ce qui a pour conséquence une désinhibition des neurones dopaminergiques.

Les substances agissent donc de différentes façons sur la **potentialisation de l'effet dopaminergique**. Cette potentialisation peut être produite en stimulant la libération de la dopamine, en diminuant sa recapture ou bien encore, en réduisant l'action inhibitrice du GABA. Ces différentes actions sur le circuit de la récompense et sur la dopamine expliquent aussi le pouvoir plus ou moins addictogène des substances.

E. Les dimensions psychologiques impliquées

Nous avons montré, lors des points précédents, les répercussions des substances sur le fonctionnement cérébral. Mais les produits consommés engagent aussi des dimensions psychologiques multiples. Nous allons donc étudier ces enjeux psychologiques appelés « **renforcements positifs et négatifs** » pour avoir une meilleure compréhension des mécanismes de l'usage.

1. Les renforcements positifs

Les renforcements positifs correspondent aux **effets agréables recherchés**. L'objectif est donc de retrouver les plaisirs inhérents aux effets des produits ou d'augmenter un état. Ces effets existent « *sans influences sociales et culturelles*²⁹ ». Leurs usages peuvent être encouragés par « *les contextes sociaux dans lesquels ces substances sont consommées*³⁰ ». Ainsi, les personnes peuvent avoir de fortes envies de consommer du fait de l'instauration d'une forme de conditionnement et d'habitudes de consommation. Les effets gratifiants sont associés au contexte.

2. Les renforcements négatifs

Les renforcements négatifs correspondent à la **recherche de réduction d'états déplaisants ou sources d'inconforts physiques et/ou psychiques**. « *Beaucoup de personnes commencent et continuent à se droguer pour échapper à un état désagréable*³¹ ».

Certains produits ont une action antalgique comme les opiacés. D'autres, ont une action anxiolytique comme l'alcool ou les benzodiazépines. Le trouble de l'usage peut donc s'apparenter initialement au **pansement d'une souffrance et/ou d'un isolement avant de s'autonomiser complètement**. Nous parlons ici d'un usage « *d'automédication* », qui est souvent rapporté par les patients. « *Le recours à l'abus d'alcool ou à une conduite addictive, serait une tentative faite par le sujet pour s'équilibrer et atténuer ses souffrances*³² ».

3. Les renforcements positifs et négatifs, une boucle infernale

La prise d'un produit provoque une **augmentation du ressenti positif** et cet état peut être potentialisé en fonction de la quantité de substance ingérée. Toutefois, le sevrage va entraîner une diminution du caractère positif de ces sensations et laisser place à des sensations négatives et inconfortables.

L'effet désagréable lors de la phase de « descente » est occasionné par la **même substance** qui avait donné un sentiment de plaisir. « *Les consommateurs pensent que le meilleur remède est de reprendre encore plus du même produit. Nous comprenons mieux pourquoi nous pouvons être prisonniers de ce cercle vicieux*³³ » et pourquoi d'autres substances peuvent être mésusées de manière combinée pour pallier cet état désagréable.

Nous pouvons ainsi toucher du doigt la cascade de problèmes médicaux, sanitaires et sociaux que ces mécanismes vont impliquer et que nous allons appréhender.

²⁹ H. BARLOW ; V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016 p.422

³⁰ H. BARLOW ; V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016 p.422

³¹ H. BARLOW ; V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016 p.422

³² M. REYNAUD. *Traité d'addictologie (2^e éd.)*, Edition Lavoisier, 2016 p.11

³³ H. BARLOW ; V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016 p.422

VII- Problématiques associées au trouble de l'usage

A. Les dérèglements cérébraux

Le trouble de l'usage entraîne un dérèglement du fonctionnement cérébral non seulement par les dommages qu'il cause sur l'organisme (toxicité des produits) mais aussi par l'atteinte de l'interaction entre les structures cérébrales.

La **régulation émotionnelle et la mémorisation** vont dysfonctionner par impact sur l'amygdale et l'hippocampe. Les **fonctions exécutives** vont progressivement être impactées du fait de l'atteinte du lobe frontal. Les patients présentent des perturbations graves de leurs organisations personnelles, institutionnelles, administratives et financières. Ces difficultés de **planification**, de **flexibilité mentale**, de **délai d'aversion** et ces **défauts d'inhibition des réponses impulsives** font l'objet d'un travail spécifique en psychomotricité car l'ensemble des difficultés décrites **font écho à d'importants états d'anxiété et de stress**.

Monsieur B est hospitalisé pour un trouble de l'usage à l'alcool. Il est en grande difficulté dans son organisation administrative. Il ne peut réaliser et régulariser ses formalités administratives sans l'aide soutenue de l'assistante sociale.

B. Les conséquences sanitaires et sociales

Madame C, âgée de 54 ans, est accueillie dans le service d'addictologie. Elle a perdu son emploi de cadre supérieure et elle se trouve aujourd'hui fortement endettée.

Les dommages sociaux découlent de la « *contrainte vécue d'organiser sa vie autour de la consommation³⁴* » d'un produit ou d'un comportement. Ils sont source de souffrances individuelles et familiales intenses. « *Face aux addictions sévères, les familles adoptent différentes attitudes, qui peuvent alterner dans le temps. Ces attitudes peuvent varier de la **surprotection** à l'attitude de **rejet** (séparation, exclusion)³⁵* ».

Au niveau financier, les dépenses d'argent sont souvent conséquentes et le consommateur présente rapidement des **difficultés financières** importantes. Les revenus liés à l'activité professionnelle, lorsqu'elle est encore possible, suffisent rarement. Les problèmes budgétaires se combinent fréquemment à des problématiques de **gestion administrative** (factures impayées, dettes, etc.).

La **précarité économique et sociale** est une des conséquences possibles du mésusage de substances. Cette précarité socio-économique est majorée par les risques d'exclusions professionnelles (**absentéisme au travail**, risque de **licenciement**). Cela est d'autant plus

³⁴ H. FRANCOIS. *Les drogues et dépendances en 200 questions*, Edition Vicchi, 2002.

³⁵ H. FRANCOIS. *Les drogues et dépendances en 200 questions*, Edition Vicchi, 2002.

important chez les personnes provenant de milieux défavorisés et de minorités ethniques. « *Chez les femmes, surtout si elles proviennent de milieux défavorisés, une trajectoire de consommation variée et continue augmente la probabilité de la pratique de la prostitution de rue qui en retour augmente la consommation*³⁶ ». L'exclusion sociale, le décrochage scolaire et professionnel ou les dettes financières, entraînent une détérioration de l'état de santé général avec une hygiène et un recours aux soins parfois inexistant. Les consommateurs de substances et en particulier ceux de substances illégales, sont soumis à des **risques de violences gravissimes**. En effet, « *les usagers qui s'inscrivent dans les réseaux de distributions et de reventes présentent davantage de risques de commettre des actes de violences*³⁷ ». Par conséquent, les personnes peuvent commettre des délits comme des infractions routières, des vols, des agressions, etc.

L'usage chronique de substances entraîne donc des **répercussions sévères dans le domaine sanitaire et social**. La **désaffiliation sociale**, courante chez les consommateurs est donc un enjeu important dans les troubles de l'usage puisqu'elle converge très souvent, à une **désinsertion sociétale progressive**, à un **isolement social, affectif et sanitaire**.

Ces conséquences aggravent la situation de la personne c'est pourquoi la prise en charge **se doit et se veut toujours globale**.

VIII- Les traitements

Nous parlerons ici des traitements d'une façon générale. Malgré des disparités existantes entre les substances ou les comportements, les approches thérapeutiques comprennent beaucoup de points semblables comme des programmes visant à un apprentissage d'aptitudes à gérer les stress quotidiens.

A. Les traitements biologiques

Les **traitements biologiques** sont utilisés essentiellement dans le but d'altérer les effets psychoactifs des substances ayant occasionné la dépendance.

Les **substitutifs agonistes** sont des traitements ayant les mêmes propriétés pharmacologiques que la substance habituellement consommée. La méthadone par exemple, est un agoniste des opiacés qui est administrée en substitution à l'héroïne. Les traitements **antagonistes** stoppent ou contrent les effets des produits psychoactifs. Enfin, les **traitements aversifs** sont des thérapeutiques qui visent à rendre la consommation du produit désagréable pour en stopper l'usage.

³⁶ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

³⁷ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

B. Les traitements psychosociaux

Les **traitements psychosociaux** incluent le soutien social et psychologique. Ils sont constamment associés aux traitements biologiques. Le patient est invité à « *retrouver des plaisirs avec d'autres moyens que la consommation de la substance*³⁸ ».

C. Les traitements des comorbidités

Le mésusage chronique des substances occasionne de multiples dysfonctionnements cérébraux et troubles neuropsychiatriques. « *Toutes les pathologies psychiatriques sont représentées avec des prédispositions plus marquées pour les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques et des **troubles anxieux***³⁹ ».

De ce fait, il est nécessaire de prendre en charge ces comorbidités pour améliorer la santé globale de l'individu d'une part, et pour prévenir les risques de rechute d'autre part.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons particulièrement à **l'approche comorbide des troubles anxieux que nous aborderons ultérieurement**.

IX- Conclusion

Cette première partie a traité de la problématique d'usage tout en mettant en lumière les difficultés majeures des usagers face à cette pathologie chronique. L'étude du **craving et du fonctionnement neurobiologique** nous ont permis une meilleure compréhension des processus de rechutes et des processus qui **engagent le corps dans un agir irrépressible**. Les différents mécanismes de l'usage ont été abordés pour saisir au mieux le fonctionnement global du sujet qui présente ce type de trouble, qu'il soit avec ou sans substance.

Cette pathologie chronique qui se perpétue « *pratiquement tout au long de la vie*⁴⁰ » entrave la liberté de l'usager et occasionne une grande souffrance. Les personnes sont en proie aux nombreuses conséquences négatives auxquelles elles doivent faire face. Nous allons donc orienter notre regard sur **certaines tensions** qu'elles peuvent éprouver en nous centrant sur les **problématiques de stress et d'anxiété**. Nous allons ainsi les aborder sur le plan théorique. Cette partie sera essentielle afin d'établir les liens existants entre le stress, l'anxiété et les troubles de l'usage.

³⁸ M. NAASSILA. Interview *Plaisir et addiction*, repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=129ouqNenMc>

³⁹ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.77

⁴⁰ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.5

Deuxième partie : Le stress et l'anxiété

Le stress est une **notion complexe**. C'est un concept autant populaire que scientifique qui possède une multitude de significations. Si le stress peut se définir comme étant une **cause**, il peut également se définir comme étant une **conséquence**. Le stress est un concept qui se trouve au carrefour de différentes disciplines comme les sciences physiques, psychologiques, immunologiques, etc, ce qui lui confère son caractère **polysémique**. Il est aussi dit « **ambivalent** » car il peut traduire des affects positifs comme négatifs.

Nous décrirons le stress au travers des différentes phases réactionnelles et adaptatives qu'il impose à tout individu tout en traitant ses différents modèles explicatifs.

Par ailleurs, nous associons bien souvent au stress d'autres représentations qui sont plus de l'ordre de l'anxiété. **L'ambiguïté et la confusion sémantique** portée à ces deux entités rendent légitime de définir l'anxiété et les modèles pathologiques associés en fin de partie.

1. Le stress

Une réaction que l'on nomme « stress » survient lorsqu'un individu (et/ou l'organisme) est soumis à une situation de menace ou d'agression. Le stress focalise l'attention sur une situation problématique. Il mobilise l'énergie nécessaire à **l'évaluation** et à la **prise de décision** afin de préparer une **action adaptée à la situation**.

Nous décrirons l'ensemble de ces étapes après avoir défini le stress.

I- Définition

Le mot stress apparaît pour la première fois au 17^{ième} siècle dans la littérature anglaise et il traduit **les conséquences d'une vie éprouvante**. « *C'est un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et l'adversité*⁴¹ ». Au siècle suivant, l'évolution sémantique de ce terme amènera à le définir comme étant une **cause**. Le stress devient alors « *une force, produisant une tension et à plus ou moins long terme, une déformation*⁴² ». Cette **déformation** que l'on appelle « *strain* » en anglais, traduit une tension excessive produisant une rupture.

Le stress ou plus exactement, la réaction de stress, se définit aujourd'hui comme étant « **un ensemble de réponses de notre organisme face à une situation qui nous demande de nous adapter**. Trois types de réponses émanent à la réaction de stress, à savoir des réponses **physiques** consécutives à des réactions biologiques, des réponses **mentales** ou **cognitives** regroupant des pensées et, des réponses **comportementales**⁴³ ». Si la réaction de stress

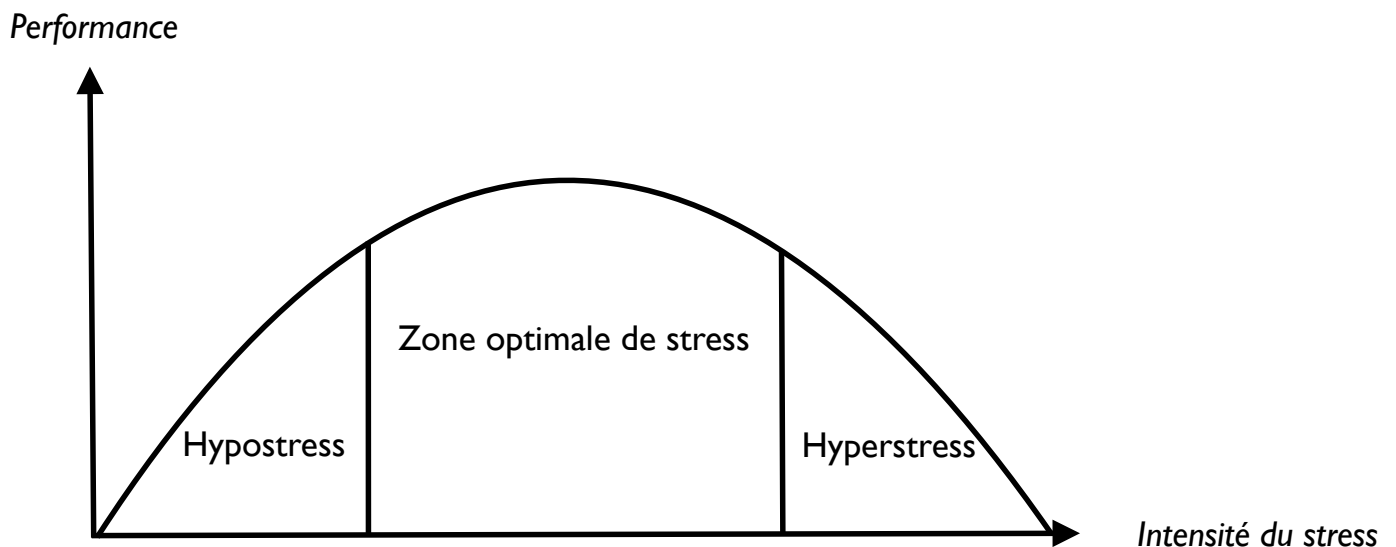
⁴¹ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2012 p.51

⁴² B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

⁴³ F. CHAPELLE. *Bon stress mauvais stress : mode d'emploi*, Edition Odile Jacob 2007 p.33

implique dans un premier temps une chaîne de réactions hormonales, elle ne se résume pas uniquement à un schéma moléculaire. L'homme, doué de langage et donc de capacités de symbolisation, élabore des pensées et des processus cognitifs associés à l'état de stress.

La réaction de stress est ainsi pensée comme **une réaction « normale »**. Elle permet une **adaptation situationnelle** dans un objectif **d'optimisation des performances**. Une mauvaise gestion de cet état peut avoir des conséquences délétères pour l'individu. Autrement dit, la réaction de stress qui initialement permet d'accroître les performances nécessaires à l'adaptation du sujet peut, si elle est trop intense, l'inhiber et ainsi le mettre en difficulté. Un stress peu élevé sera également contre-productif. Il ne permettra pas au sujet d'avoir une adaptation efficace du fait d'un manque motivationnel. La performance est donc corrélée à l'intensité du stress comme nous pouvons le voir sur cette courbe.



Courbe de la performance en fonction de l'intensité de l'état de stress

Nous allons appréhender les différentes étapes de la réaction du stress. Nous allons donc détailler, la nature des événements stressants, les réactions physiologiques du corps, les processus cognitifs associés à cet état spécifique et enfin, les stratégies possibles adoptées durant un état de stress.

II- L'événement stressant

L'événement stressant correspond à **l'objet déclencheur du stress**. Il peut être de nature différente. Nous allons décrire dans un premier temps les différentes classes de stressseurs puis dans un second temps, nous mettrons en avant l'aspect subjectif du stress. Nous verrons que les événements stressants sont soumis à une **subjectivité interindividuelle non négligeable**.

A. Les catégories de stressseurs

Les stressseurs correspondent aux « **événements de vie stressants** » (*The life stress event* des Anglo-Saxons) qui sont susceptibles de déclencher un état de stress chez un individu.

Nous pouvons distinguer deux catégories de stressseurs à savoir, les **événements de vie majeurs** (stressseurs événementiels) et les **événements de vie mineurs**.

Les événements de vie majeurs sont les épisodes de vie **ponctuels**. Ils regroupent tout événement qu'il soit **positif ou négatif** mais « *ayant pour conséquence des changements brutaux, importants*⁴⁴ ». Nous pouvons citer comme exemple le décès d'un proche, un mariage ou encore une naissance.

Les événements de vie mineurs sont les tracas du quotidien auxquels tout individu est confronté. Nous retrouvons par exemple les soucis ménagers, les difficultés administratives ou organisationnelles. C'est le caractère **additif, sournois et répétitif** des événements de vie mineurs qui engendre un stress. Ils peuvent ainsi être imagés tels « *une goutte d'eau qui fait déborder le vase* ».

Les événements de vie stressants sont nombreux et ils correspondent à des situations très diverses. S'ils se distinguent en événements de vie majeurs et mineurs, « *ils peuvent aussi se distinguer selon d'autres auteurs, en fonction des différents domaines impactés de la vie, de leur durée, de leur sévérité, de leur prévisibilité et du contrôle que le sujet exerce dessus qui apparaît comme un des éléments des plus importants*⁴⁵ ». Ces éléments nous amènent à nous questionner sur l'aspect subjectif du stress.

B. Le stress, une réaction subjective

Le modèle biologique du stress émet le postulat selon lequel les « *conduites du sujet et leurs évolutions résultent essentiellement des spécificités du contexte dans lequel l'organisme évolue*⁴⁶ ». Au regard de ce modèle, l'état de stress serait provoqué par la **nature de l'événement stressant**. La relation entre le sujet et l'environnement est donc considérée,

⁴⁴ F. CHAPELLE. *Bon stress mauvais stress : mode d'emploi*, Edition Odile Jacob 2007 p.37

⁴⁵ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.57

⁴⁶ B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

dans ce modèle, comme unidirectionnelle et sans référence à la perception de la personne. Toutefois, un événement peut être une source de stress pour certaines personnes et ne pas l'être pour d'autres. Cette différence a conduit R. Lazarus et S. Folkman à présenter un modèle dynamique dans lequel le stress serait « **une transaction entre l'individu et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par le sujet comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être**⁴⁷ ». Ce modèle privilégie les **interactions** entre l'individu et l'environnement où chacun agit sur l'autre dans une continuité dynamique. Le stress est alors conçu comme un état réactionnel où **le sujet est actif et non plus passif**. De plus, le rapport initialement établi entre un événement **objectivement grave** et la **sévérité** de la réaction de stress **devient inexact**. L'accent est mis sur l'absence de **relation linéaire** entre ces deux entités.

En définitive, « *le stress est subjectif car il résulte d'une appréciation, d'une perception situationnelle d'exigence*⁴⁸ ». Cela signifie que **le stress résulte de la manière dont nous nous représentons les situations** et non plus les situations en elles-mêmes. Nous allons à présent porter notre attention sur les modèles physiologiques du stress.

III- Les modèles physiologiques du stress

La compréhension du fonctionnement de l'état de stress nécessite de questionner les enjeux physiologiques impliqués. Nous verrons dans un premier temps le modèle de stress décrit par H. Selye, qui a révolutionné ce concept en mettant en avant le rôle crucial des réactions hormonales. Nous détaillerons dans un second temps le rôle du système nerveux à l'origine des manifestations physiologiques et corporelles du stress. La connaissance de ces manifestations constituera le socle nécessaire à la mise en place d'un travail spécifique en psychomotricité.

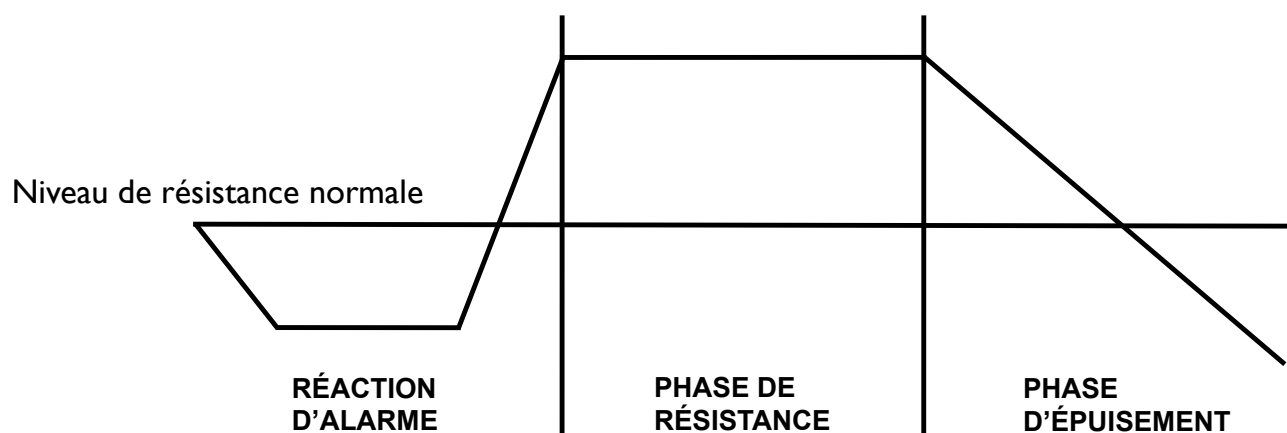
A. H. Selye et le syndrome général d'adaptation

H. Selye développe, en 1936, une théorie novatrice du stress dans laquelle il réalise une distinction franche entre la cause (l'agent stressant) et la conséquence (la réaction de stress). Il met l'accent sur le rôle des glandes surrénales et ses hormones. Ce modèle, appelé « **Syndrome Général d'Adaptation** » décrit trois phases durant lesquelles l'organisme réagit à un état de stress. Ces trois phases que nous allons décrire ci-dessous sont constituées de la réaction d'alarme, de la phase de résistance et de la phase d'épuisement.

⁴⁷ B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

⁴⁸ F. CHAPELLE. *Bon stress mauvais stress : mode d'emploi*, Edition Odile Jacob 2007 p.37

- **La réaction d'alarme** : Elle correspond à la perte de la fonction homéostatique corporelle. Le niveau de résistance de l'organisme **chute** de manière importante avec une sécrétion massive d'**adrénaline** et de **cortisol**. Ces deux hormones constituent les marqueurs biologiques d'un état de stress.
- **La phase de résistance** : Durant cette phase, les hormones sont **sécrétées** et **libérées** à leur potentiel **maximum** permettant un état de résistance optimal.
- **La phase d'épuisement** : C'est à ce moment du processus que la **chute brutale** du niveau de résistance survient. Le taux d'hormones surrénaliennes n'est plus suffisant pour faire face à l'état de stress occasionné ce qui aboutit à l'apparition des désordres symptomatiques du stress.



Les trois stades du syndrome général d'adaptation (Selye, 1936).

B. Les modèles actuels

L'imagerie cérébrale et les progrès de la recherche médicale montrent que la réponse physiologique du stress implique un système beaucoup plus élargi que celui des glandes surrénales. **L'encéphale** (cerveau), le **système nerveux autonome (SNA)**, le **système endocrinien**, le **système immunitaire** et **l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien** sont impliqués dans la problématique du stress ce qui rend compte de la complexité de cette réaction.

Schématiquement, le stress se compose de trois phases⁴⁹ :

- **La réception du stress**
- **La programmation de la réaction au niveau du cortex et du système limbique**
- **Le déclenchement de la réponse via l'amygdale et l'hippocampe**

⁴⁹ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.53

Le stress est perçu par les **organes sensoriels**. Le message est alors analysé par le **cortex** et le **système limbique** (système essentiellement impliqué dans les émotions). Le complexe cortex-système limbique « *est un système d'analyse comparative qui utilise comme une banque de données des souvenirs issus d'expériences affectives et de l'apprentissage*⁵⁰ ». Ainsi, le stress implique une comparaison entre les situations vécues et les expériences passées afin d'organiser la réponse la plus adaptée. Initialement, cette réponse se déclenche en partie via le **système limbique au niveau duquel l'amygdale et l'hippocampe** jouent un rôle majeur dans la réaction de stress. Par ailleurs et pour rappel, **ces structures sont les mêmes que celles impliquées dans les problématiques de trouble de l'usage**. Nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse selon laquelle il existerait une suractivation de l'état de stress dans les troubles de l'usage. Cette suractivation aurait lieu par action de l'amygdale et de l'hippocampe sur **l'hypothalamus** et sur la **formation réticulée** (structure impliquée dans le maintien de l'éveil). L'hypothalamus va ainsi agir sur le **système endocrinien corticotrope** et la formation réticulée va permettre d'activer le **système nerveux autonome**.

Nous allons étudier chacun de ces systèmes pour comprendre leur rôle dans les mécanismes physiologiques du stress.

Le système nerveux autonome sympathique et parasympathique :

Le système nerveux autonome (SNA) joue un rôle fondamental dans l'adaptation et la survie de l'espèce. Ce système neurologique se subdivise en un **système nerveux sympathique** et un **système nerveux parasympathique** qui fonctionnent indépendamment de notre volonté. Le système nerveux parasympathique conduit à un **ralentissement** des fonctions physiologiques dans un objectif de **conservation d'énergie**. Il constitue l'antagoniste du **système nerveux sympathique** qui **prépare l'organisme à l'action**. Le **système nerveux sympathique possède un rôle essentiel durant un état de stress**. L'état d'alerte qu'il déclenche permet d'exciter les fonctions organiques avec, par exemple, une **accélération des rythmes cardiaque et ventilatoire**. Il est à l'origine d'autres **réactions corporelles** comme l'hypersudation, une mydriase (dilatation de la pupille), un ralentissement de la fonction digestive. Son action est possible par le biais des médiateurs chimiques **d'adrénaline et de noradrénaline**.

« *Le système nerveux autonome sympathique prédominant durant l'état de stress conduit à l'élévation du niveau d'éveil physiologique*⁵¹ ». Cette élévation de l'éveil physiologique est également observable pendant la période de **sevrage** ou lors **d'un craving**.

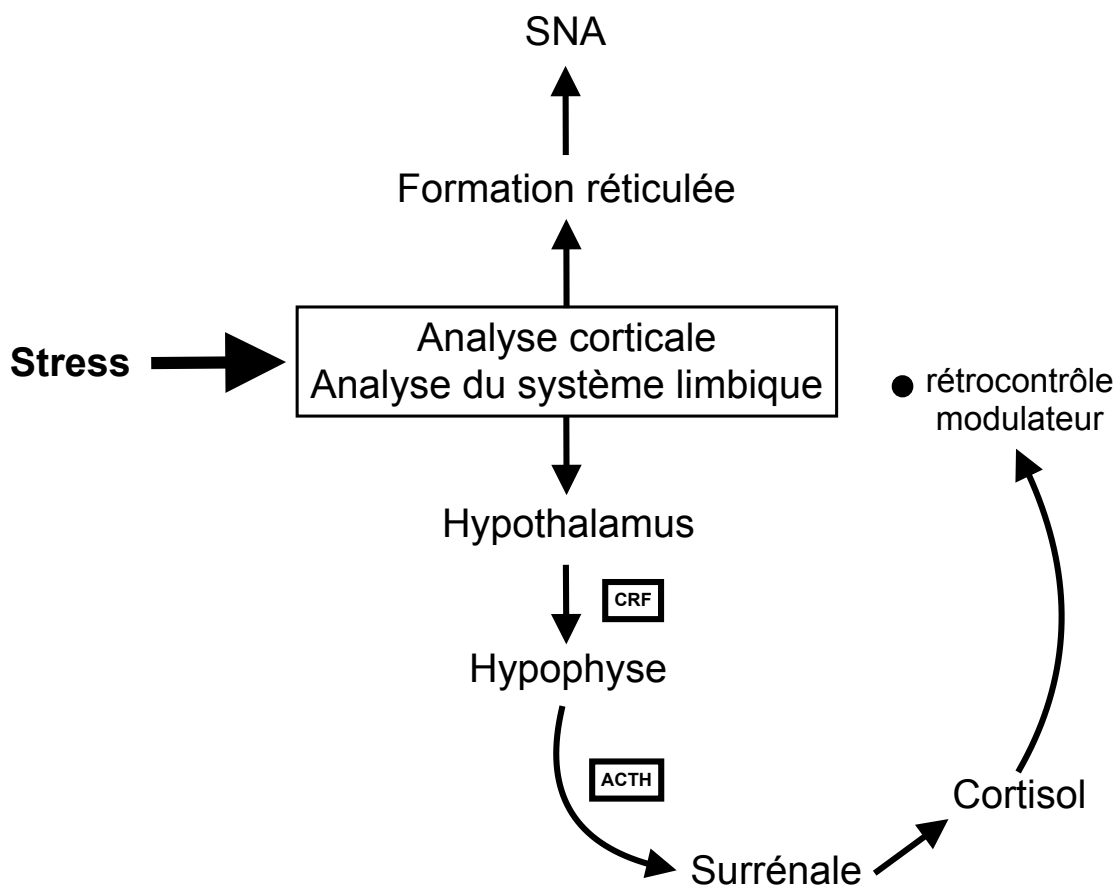
⁵⁰ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.53

⁵¹ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.54

Le système hypothalamo-hypophysio-corticosurrénalien ou axe corticotrope :

Le stress stimule l'axe que l'on appelle **corticotrope** pour aboutir à la libération de **cortisol** (sécrété par la glande surrénale).

Cette délivrance de cortisol s'opère à partir d'un enchaînement hormonal. Lors d'une réaction de stress, l'**hypothalamus** va agir sur l'**hypophyse** via la sécrétion de *Corticotropin releasing factor* (**CRF**). L'hypophyse va alors à son tour libérer d'autres médiateurs hormonaux comme l'**ACTH** pour agir sur la **glande surrénale**. Cette dernière émet alors du **cortisol**, marqueur biologique de l'état de stress que l'on retrouve dans les sécrétions salivaires du sujet stressé. Le cortisol va enfin avoir un rôle dans la régulation du système nerveux autonome par le rétrocontrôle négatif qu'il opère sur ce système.



Modèle neurophysiologique de la réaction de stress

IV- Les phases évaluatives

Au cours d'une situation stressante, tout individu réalise une **évaluation situationnelle** en parallèle des manifestations physiologiques de stress qu'il éprouve. Ce « temps d'évaluation » participe à l'appréciation et l'estimation de la situation. Cette approche cognitive initialement décrite par R. Lazarus met l'accent sur la part subjective et propre à chaque individu au stress. La sévérité du stress s'estime donc par **la signification et l'évaluation qui vont être données au contexte**. L'**évaluation cognitive** est constituée d'une évaluation **primaire** et **secondaire** que nous allons détailler ci-dessous.

A. L'évaluation cognitive primaire

L'évaluation primaire consiste en une **évaluation des enjeux de la situation** avec une **mesure du degré de stress perçu**. « *Elle est rapide, automatique, comme une photographie, informe si la situation est dangereuse ou pas, si elle nuit au bien-être physique et moral du sujet*⁵² ». Cette évaluation du degré de stress perçu permet à l'individu de **définir les enjeux de la situation** qu'ils soient en termes de :

- **Perte** : Il peut s'agir d'une perte matérielle, relationnelle et/ou corporelle.
- **Menace** : Elle correspond à une possibilité de perte.
- **Défi** : L'évaluation de la situation est opérée comme un challenge, un gain potentiel.

Le stress sera majoré si l'évaluation est réalisée en termes de **perte** ou de **menace**. Le stress sera en revanche moins intense si la dimension de défi prédomine et si des affects positifs tels que la joie, le plaisir ou le bonheur accompagnent l'évaluation. **Toutes les situations**, qu'elles soient positives ou négatives, peuvent être évaluées de ces trois manières à l'exception de la perte réelle qui ne peut être évaluée qu'en tant que perte.

« *Cette évaluation primaire dépend en partie des caractéristiques du contexte mais aussi du sujet*⁵³ ». Les **traits de personnalité** influencent aussi cette première évaluation. Les sujets anxieux, par exemple, vont souvent réaliser des évaluations primaires en termes de **perte** ou de **menace**.

A l'issue de cette évaluation, le sujet aura pu déterminer son degré de stress perçu qui sera soit **élevé** si la perte ou la menace prédominent, soit **peu élevé** dans le cas d'une évaluation source de défi. Le sujet va pouvoir, à partir de là, procéder à une évaluation dite secondaire.

⁵² D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.58

⁵³ B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

B. L'évaluation secondaire

Cette évaluation permet au sujet d'estimer le « **contrôle perçu** » de la situation. « *Plus le contrôle perçu est faible, plus les risques de troubles dans l'ajustement du sujet seront importants*⁵⁴ ». L'estimation du contrôle perçu repose sur **deux évaluations de ressources**.

- Une évaluation de ses **ressources personnelles**
- Une évaluation de ses **ressources sociales**

1. L'évaluation des ressources personnelles

L'évaluation des ressources personnelles fait appel au « **Locus of Control** » (lieu de contrôle en anglais). « *Elle renvoie à la croyance généralisée dans le fait que le cours des événements et leurs issues **dépendent ou non de son propre comportement***⁵⁵ » (J. Rotter 1966). Le locus of control (LOC) a une **dimension bipolaire caractérisée d'externe et d'interne**. Le **LOC externe correspond aux facteurs indépendants du sujet**. L'individu pense que les événements qui surviennent sont le fruit du **hasard** et de **facteurs indépendants** comme la **chance** et le **destin**. A contrario, le **LOC interne** regroupe un mode de pensées selon lequel l'individu pense que les événements sont inhérents à ses **propres actions**, ses **propres capacités** et ses **efforts personnels**.

Les personnes ayant principalement recours au LOC interne ont un contrôle perçu plus important. Elles s'ajustent et s'adaptent davantage que les sujets ayant une modalité de LOC externe.

2. L'évaluation des ressources sociales

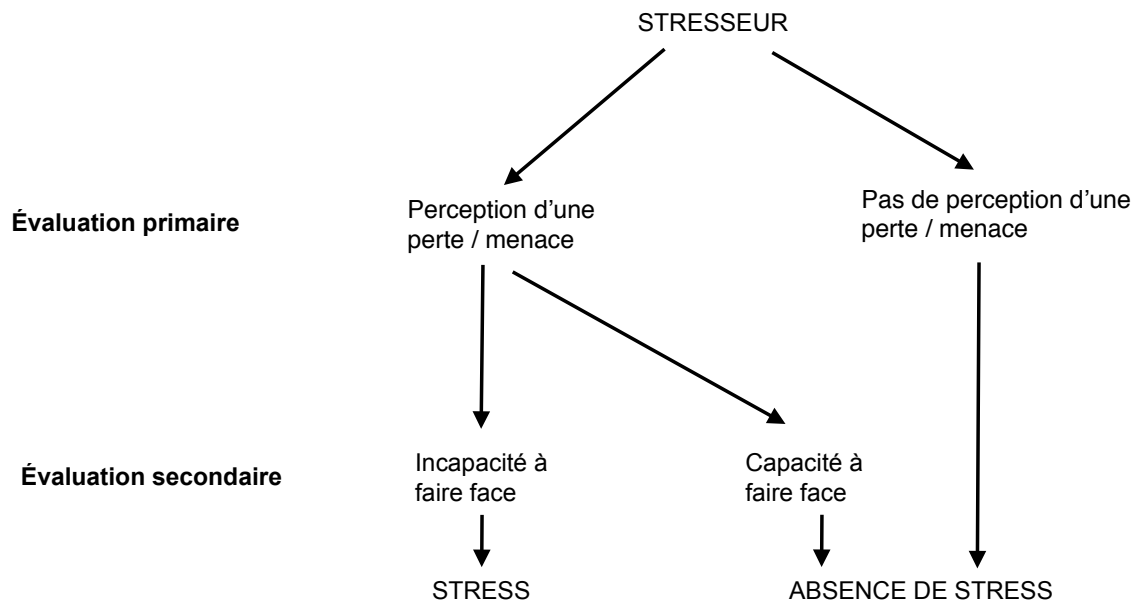
L'évaluation des ressources sociales comprend deux dimensions bien distinctes. Elle intègre dans un premier temps le **réseau social** qui, d'après G. Caplan, correspond au **nombre d'interactions** et de **liens sociaux** chez un individu. Elle inclut, dans un second temps, le **soutien social perçu**. « *Ce sont les ressources psychologiques qui regroupent l'ensemble des perceptions d'un sujet à l'égard de la qualité de ses relations sociales*⁵⁶ » (J. A. Gentry et S. C. Kobasa). Le soutien social perçu correspond au fait de « **savoir** » et non de « **recourir** ». A. Steptoe, en 1991, décrit quatre facettes spécifiques du soutien social perçu à savoir le soutien **affectif, d'estime, matériel et informatif**.

⁵⁴ B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

⁵⁵ B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

⁵⁶ B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

L'évaluation cognitive est donc un **phénomène subjectif**. « *Les deux types d'évaluation se font très rapidement et génèrent une émotion susceptible à son tour d'influencer les évaluations*⁵⁷ »



La double évaluation (Lazarus et Folkman, 1984)

Ce n'est qu'une fois exposé à la situation potentiellement stressante tout en ayant procédé à l'évaluation de ses ressources, que le sujet peut maintenant répondre à la situation de stress. Nous allons à présent étudier les différents **types de réponses** possibles durant un état de stress.

V- Les réactions comportementales

Tout organisme vivant, face à une agression, possède deux réactions basiques, primitives et archaïques qui ont été décrites par B. Cannon en 1918. Ces deux réactions sont la **fuite** et **l'affrontement** appelé le « **fight or flight** » (« *combat ou envol* » en anglais).

Inspirés du modèle adopté par B. Cannon, R. Lazarus et S. Folkman définissent en 1984 le « **coping** ». Le coping représente « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu*⁵⁸ ».

Le coping, ou plus exactement, la stratégie de coping est présentée en deux catégories. Les stratégies centrées sur la **résolution de problème** et les stratégies de coping centrées sur **l'émotion**. L'un visant alors à la gestion du problème à l'origine de la détresse et l'autre à la

⁵⁷ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.59

⁵⁸ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.59

régulation de la détresse émotionnelle. J. Suls et B. Fletcher parlerons de **coping évitant** (stratégie centrée sur l'émotion) et de **coping vigilant** (stratégie centrée sur le problème) que nous allons étudier en suivant.

A. Le coping évitant

Cette stratégie vise à « *réduire l'état de tension émotionnelle*⁵⁹ » en adoptant des comportements de **fuite** ou **d'évitement** (sommeil, prises de substances, nourriture). Elle inclut aussi **l'expression des émotions** (pleurs, cris), la réalisation d'une tâche à **visée distractive** ou encore l'expression de **pensées magiques**.

B. Le coping vigilant

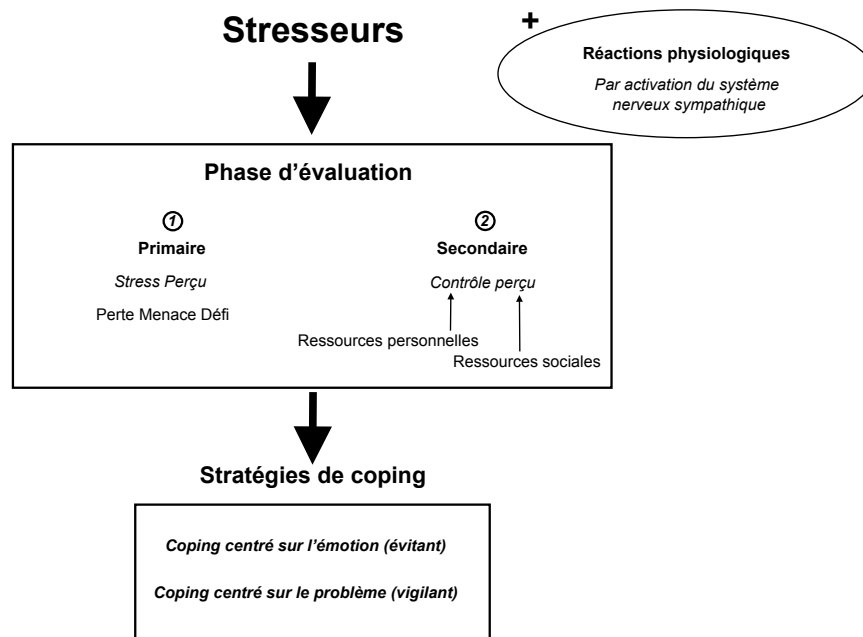
Le coping vigilant est orienté vers une recherche de **contrôle direct de la situation**. Il implique des comportements tels que la **combativité**, la mise en œuvre de plans d'action, la **confrontation** à la source du problème pour le résoudre.

Une stratégie de coping n'est donc pas forcément orientée vers une résolution systématique du problème. Il n'y a d'ailleurs pas une stratégie plus efficace que l'autre. Cependant, adopter une bi-stratégie de coping d'abord centrée sur l'émotion (coping évitant) puis centrée sur la résolution de problème (coping vigilant) semble être le plus adapté.

VI- Conclusion

Le stress décrit la réaction physiologique et psychologique de l'individu à des sollicitations variables de l'environnement. Il s'agit d'une **réaction d'adaptation** nécessaire à la vie de tous les jours car, comme le disait H. Selye, « *le stress, c'est la vie* ». Les mécanismes du stress sont aujourd'hui mieux connus ce qui a permis de mieux saisir les procédés physiologiques et psychologiques responsables de l'état de stress. Le schéma ci-dessous résume l'ensemble des manifestations et stratégies inhérentes à un état de stress :

⁵⁹ B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015



L'état de stress qui s'apparente à une réaction **normale et adaptative** à l'environnement va se distinguer de l'anxiété qui appartient au registre **pathologique**. La partie qui suivra traitera donc de l'anxiété et de ses particularités ce qui permettra de mieux la différencier du stress.

2. L'anxiété

Au cours de cette partie, nous tâcherons de définir l'anxiété et d'étudier ses caractéristiques propres. Nous tenterons ensuite d'expliquer son support biologique et de rapporter les modèles explicatifs de l'anxiété pour mieux comprendre ce processus. Enfin, nous évoquerons succinctement les moyens possibles afin de l'évaluer.

I- Définition et concepts associés

L'anxiété est une « *peur sans objet réel, apparent ou défini. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes*⁶⁰ ».

L'anxiété, telle qu'elle est définie, est un phénomène qui dure dans le temps et qui ne se limite pas à des épisodes ponctuels. Son inscription dans le temps lui est caractéristique puisqu'elle se détermine par un **vécu permanent** d'inquiétude et d'appréhension. **Elle**

⁶⁰ K. MBAILARA. *Psychologie clinique et pathologique, la clinique de l'humeur* Conférence universitaire 2010

persiste donc même en l'absence de stressseurs ce qui provoque un dysfonctionnement significatif et une souffrance importante chez le sujet.

« *L'anxiété est **multidimensionnelle**⁶¹ »*. Il s'agit d'une **émotion** désagréable qui se traduit par une sensation de **malaise**, de **tensions internes**, de pensées négatives orientées vers **l'avenir** et de construction de **scénarios catastrophes**. Elle occasionne une symptomatologie complexe avec une plainte somatique qui se trouve bien souvent au premier plan chez les patients. L'anxiété peut ainsi conduire à une **inhibition**, une **altération des performances et des capacités cognitives**. Elle entrave le sujet dans son adaptation au monde.

L'anxiété se distingue d'autres émotions comme **la peur**. La peur est une émotion orientée vers un danger identifié alors que la source de l'anxiété est **imprécise et flou**. **Elle est donc invalidante** car elle persiste en dehors de la présence de stressseurs ce qui l'inscrit **dans le registre pathologique**.

Toutefois, malgré des différences manifestes, le stress et l'anxiété possèdent des bases communes. Ils se caractérisent par l'émergence de **sensations corporelles** et des **manifestations physiques** quasi identiques. Les concepts de stress et d'anxiété cohabitent l'un avec l'autre ce qui rend compte de leur complexité.

II- Les modèles biologiques de l'anxiété

Le développement des traitements psychiatriques dans les années 1970 a permis de mieux comprendre les systèmes neurobiologiques de l'anxiété.

J. Ledoux, en 1992, a ainsi fait l'hypothèse selon laquelle l'anxiété résulterait de l'exagération d'une peur innée ou conditionnée. La peur implique un réseau de neurones dont **les amygdales (système limbique)** jouent un rôle fondamental. Elles sont en étroite relation avec d'autres structures cérébrales telles que le cortex préfrontal, le cortex sensoriel ou encore « ***l'hippocampe** qui est impliqué dans l'apprentissage explicite du caractère dangereux d'une situation mais aussi l'apprentissage implicite permettant la mémorisation de souvenirs inconscients⁶² »*. L'hippocampe est par ailleurs très sensible au contexte d'une expérience de telle sorte que le **déclencheur d'une émotion est mémorisé**. Il en est de même pour les objets et le lieu où s'est produite l'émotion.

L'émotion déclenche donc des réactions automatiques par l'intermédiaire des amygdales qui communiquent avec le système nerveux autonome ce qui entraîne des réponses physiologiques et endocriniennes spécifiques.

L'anxiété, selon ce modèle, s'explique par un **maintien dans le temps de l'action de l'amygdale** sur les structures nerveuses responsables de l'expression physiologique de la

⁶¹ K. MBAILARA. *Psychologie clinique et pathologique, la clinique de l'humeur* Conférence universitaire 2010

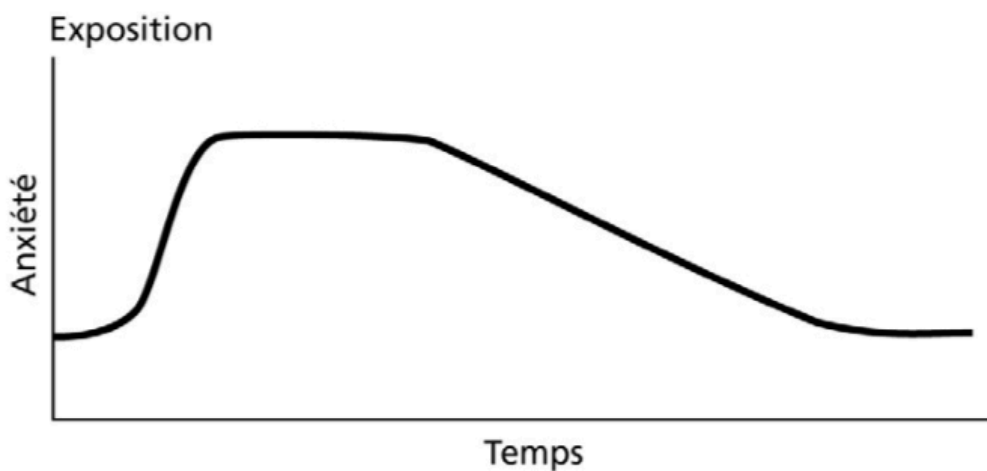
⁶² D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.47-48

peur. **L'émotion est donc au cœur de ce concept** et cette orientation rend compte de l'intérêt d'une **prise en charge en psychomotricité** centrée sur les troubles de la régulation émotionnelle. Qu'en est-il de l'aspect temporel des épisodes anxieux ? Nous allons aborder ce point ci-dessous.

III- Évolution des épisodes anxieux

L'anxiété est un phénomène temporel qui évolue sensiblement de la même manière quelle que soit la situation.

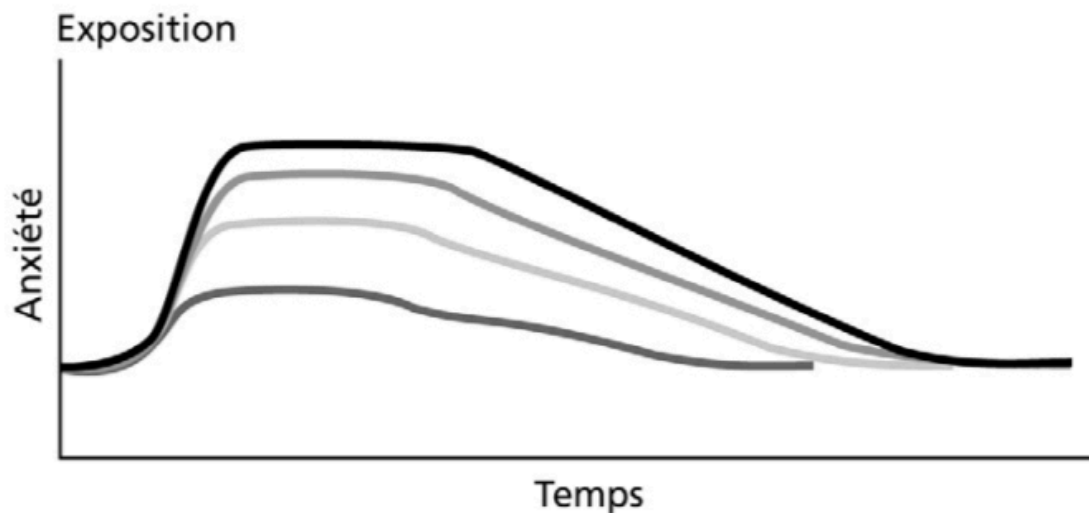
Il existe, chez les personnes anxieuses, un niveau habituel d'anxiété appelé « **seuil d'anxiété** » (qui peut se moduler en fonction du contexte). Ce seuil constitue le point de départ à l'évolution du séquençage de l'anxiété. Il connaît des variations dans des situations spécifiques avec des phases aiguës, des augmentations et des diminutions d'intensité. De manière générale, au cours d'une exposition à une situation anxiogène, l'anxiété **croît** de manière exponentielle jusqu'à atteindre une **phase plateau** durant laquelle son intensité persiste dans le temps et reste élevée. Puis, l'anxiété va **diminuer** après la phase plateau jusqu'à retrouver une intensité équivalente à **son seuil de base**.



Source : D. Servant. Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2012 p.211

Les sujets anxieux adoptent fréquemment des stratégies d'évitement des situations anxiogènes. Cet évitement a pour effet d'abaisser le niveau d'anxiété, avec une **chute quasi-immédiate** de son intensité. Cette stratégie va être **mémorisée comme un comportement adaptatif efficace**. Mais ces conduites d'évitement ont des conséquences négatives pour le sujet. Elles entraînent d'une part des restrictions d'activités sociales, relationnelles et interpersonnelles et d'autre part, elles aggravent le niveau d'anxiété perçu sur une même situation. Le maintien de cette stratégie de fuite **renforce le caractère anxiogène** de l'événement qui **reste perçu comme menaçant**.

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), centrées sur l'interaction entre les émotions, les comportements et les pensées, s'appuient sur le modèle du maintien de l'anxiété expliqué ci-dessus. « *L'exposition est une technique comportementale fondée sur le principe d'habituation. Si l'on prend l'exemple de la peur, on sait que l'anxiété va augmenter, se stabiliser (plateau) et progressivement diminuer. De plus, si l'on est de nouveau confronté à cette situation, le pic d'anxiété sera moins élevé*⁶³ ». C'est donc en renouvelant les expositions que le niveau d'anxiété du sujet va diminuer.



Source : D. Servant. Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2012 p.211

L'anxiété est **irrationnelle, inconfortable et invalidante. Contrairement aux atteintes somatiques, elle « ne se voit pas »**. Il s'agit d'une **Crainte incessante, invisible et peu lisible (y compris pour celui qui la vit)** qui place le sujet dans un **état d'insécurité**. Au regard des variations d'intensité de ce processus et de ses caractéristiques, il nous a semblé intéressant d'évaluer le niveau d'anxiété du patient qui en souffre grâce à l'observation clinique et à l'utilisation d'outils standardisés.

⁶³ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.210

IV- L'évaluation du niveau d'anxiété

L'anxiété occasionne une souffrance majeure qu'il est nécessaire d'appréhender. Son évaluation s'appuie dans un premier temps sur la **verbalisation du patient et l'écoute attentive et bienveillante de sa plainte**. La personne est invitée à exprimer ses ressentis ce qui permet une **appréciation subjective** de son niveau d'anxiété. Cette expertise va être renforcée par **une double lecture corporelle réalisée par la personne et par le professionnel**. Le corps est une voie privilégiée de l'anxiété avec l'ensemble des manifestations corporelles et physiologiques qu'elle implique. Elle s'accompagne en effet d'une **communication non verbale spécifique, d'expressions faciales singulières avec parfois une fixité du regard et un contact oculaire de mauvaise qualité, de réactions de prestances, de modifications respiratoires et d'une hypervigilance**. Le **recrutement tonique** est souvent important avec des postures dans lesquelles l'individu est prostré, courbé. Ces caractéristiques posturales nous rapprochent des apports de W. Reich sur la « **cuirasse musculaire** ». Cette carapace tonique définit l'excès de recrutement tonique qui traduit ce sentiment d'insécurité et d'état d'alerte continu. **L'agitation motrice et/ou l'instabilité psychomotrice, les stéréotypies et/ou les manies motrices ou encore, la présence d'une gestuelle maladroite, saccadée et peu spontanée peuvent aussi être les reflets de ces états**. La respiration est fréquemment désorganisée chez les personnes souffrant d'anxiété. **Elle est dysrythmique et thoracique plus qu'abdominale**. Ces particularités respiratoires entretiennent la boucle anxieuse. Elles sont d'autant plus marquées durant des épisodes aigus d'anxiété (comme une attaque de panique par exemple).

L'ensemble de cette lecture corporelle est une cible privilégiée en psychomotricité car elle vient interroger des aspects autres que les cognitions anxieuses. Ces points d'appels constitueront donc des axes de travail spécifiques que nous verrons ultérieurement.

L'appréciation du niveau d'anxiété prend **dans un deuxième temps** appui sur des questionnaires. Ils ont pour objectif de **quantifier objectivement** le niveau d'anxiété et sa sévérité.

L'utilisation de « *l'Inventaire de Beck pour l'Anxiété*⁶⁴ » (*Annexe n°1*) est une échelle classiquement utilisée dans le service dans lequel j'effectue mon stage. Il m'a semblé indispensable de rester dans la continuité des outils exploités et référencés par le service. Ce questionnaire **d'auto-évaluation** d'une vingtaine d'items interroge la présence de différents symptômes tels que les aspects **cognitifs de l'anxiété** (peur de mourir, crainte de perdre le contrôle, nervosité, etc.) et ses **manifestations corporelles** (tremblements, engourdissements, respiration, etc.). Cette échelle est également utilisée pour évaluer la progression du travail réalisé autour de la gestion du stress et de l'anxiété en psychomotricité.

⁶⁴ https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-l_anxic3a9tc3a9.pdf

V- Conclusion

L'anxiété est un état pathologique qui se traduit par une **souffrance somatopsychique majeure**. Elle handicape le sujet dans son adaptation au monde et elle engendre une gêne significative dans sa vie quotidienne. Il s'agit ici des différences principales entre le stress, qui est adaptatif, et l'anxiété, qui désadapte alors que les voies neurobiologiques activées sont les mêmes. Ainsi, les modèles psycho-comportementaux et la neurobiologie nous ont ainsi permis de comprendre les enjeux impliqués par cet état pathologique. Nous avons conclu nos propos sur l'évaluation du niveau d'intensité de l'anxiété qui repose non seulement sur une appréciation subjective du patient mais également sur l'observation des **manifestations corporelles qui la constitue. Ces dernières sont des marqueurs clés de son intensité.**

Nous allons à présent entamer la partie qui traite de **l'interrelation entre le stress, l'anxiété et les troubles de l'usage**. Cette partie sera nécessaire à la compréhension des processus qui vont pouvoir montrer en quoi la gestion du stress et de l'anxiété apporte une aide supplémentaire dans la prise en charge des patients atteints de troubles de l'usage.

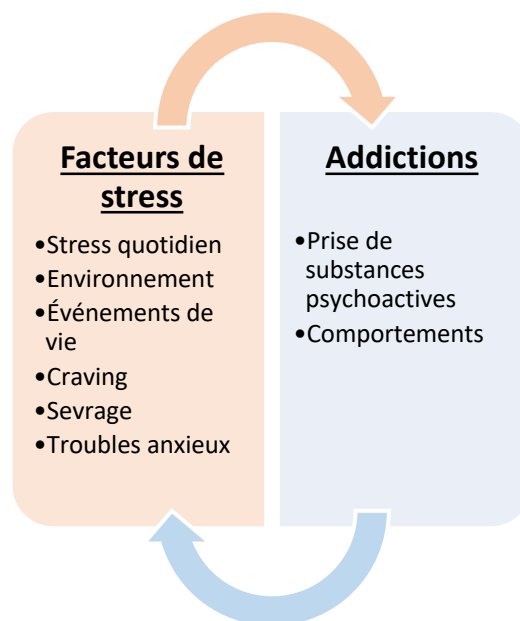
Troisième partie : Le stress, l'anxiété et les addictions, des entités difficilement séparables et perturbatrices de l'organisation psychomotrice.

L'approche théorique des conduites addictives nous a permis de saisir la complexité que revêt cette pathologie chronique. Cette complexité est encore plus marquée lorsqu'elle est mêlée à des problématiques de l'ordre du stress et de l'anxiété. Nous verrons dans cette partie comment l'intrication du stress et des troubles anxieux tendent à aggraver le tableau clinique des troubles de l'usage. Nous y mentionnerons également l'ensemble des perturbations psychomotrices inhérentes à l'association de ces troubles.

I- Du stress vers l'addiction et de l'addiction vers le stress

Nous avons vu précédemment, lors de la deuxième partie, que les facteurs stressants tels les événements de vie mineurs et majeurs obligent le sujet à mettre en place des stratégies de régulation. Les moyens de régulation de l'état de stress sont multiples et dans notre cadre, nous supposons que l'utilisation des substances peut en faire partie. Paradoxalement, la consommation chronique de substances constitue à son tour un facteur de stress. La période de sevrage et/ou le craving sont à l'origine d'un stress global, aussi organique que psychique. Ainsi, les facteurs de stress et les addictions pourraient s'inscrire dans une relation bidirectionnelle où chacun influence l'autre.

Nous allons étudier chacune de ces relations pour tenter d'appréhender les rapports entretenus entre ces deux pôles.



A. Du stress vers l'addiction

Le stress est avant tout un état de déséquilibre inconfortable qui pousse les individus à mettre en place des stratégies de régulation dont l'objectif vise un retour à l'équilibre. Les activités et les comportements tels que la relaxation, le sport, les sorties entre amis agissent comme des moyens de régulation de l'état de stress. La prise d'une substance va entrer dans ce cadre car elle va entraîner **une diminution rapide et extrêmement efficace de cet état**.

« Moi je suis quelqu'un tout le temps angoissé, je stresse, je rumine, j'ai les mains moites mais quand je bois, je pense moins à ces choses et ça me fait du bien ».

Ces mots livrés par un patient illustrent les propos ci-dessus. Le recours aux substances est utilisé à des fins anxiolytiques. Il a pour objectif d'atténuer les symptômes du trouble anxieux.

L'effet anxiolytique quasi immédiat de certaines substances constitue un **effet renforçant négatif** du trouble de l'usage. Cet effet permet la suppression ou la diminution de la souffrance du sujet car c'est un **moyen d'action rapide et efficace** sur le stress et l'anxiété. Cette efficacité va être à double tranchant. Elle va contribuer à **renforcer le mésusage** du produit consommé car *« la sensibilité et la réactivité au stress sont des facteurs déterminants dans l'installation d'une pharmacodépendance⁶⁵ »*.

Le stress est donc un **facteur pivot** dans le mésusage des substances car *« l'utilisation de substances addictives réduit les affects négatifs renforçant ainsi, la prise de substances comme stratégie de coping efficace mais inadaptée⁶⁶ »*. Ce faisant, la consommation de substances va progressivement constituer une **stratégie de coping évitante** lors d'épisodes de stress. L'augmentation de la tolérance aux substances va contribuer à diminuer la tolérance aux manifestations corporelles de stress. L'accroissement de ces inconforts va rapidement aggraver cette triade « stress, anxiété, trouble de l'usage ».

Dès lors, nous pouvons entrevoir le stress comme un facteur déterminant de l'installation et de la rechute des troubles de l'usage car il est un moteur à la consommation de substances.

Nous venons de mettre l'accent sur la relation étroite entre stress et trouble de l'usage où **ce premier constitue la base du développement d'un trouble de l'usage**. Mais la dimension de stress n'existe pas systématiquement en amont d'une addiction. Elle peut être une **conséquence** du développement d'un trouble de l'usage rendant compte d'une étiologie différente de celle précédemment évoquée. Nous allons à présent étudier ce phénomène.

⁶⁵ D. VELEA. *Conférence PTSD et addictions, l'addiction comme adaptation au stress et le stress comme cause des addictions* CMM Paris

⁶⁶ D. ZULLINO. *Anxiété, addictions, stress : mécanismes communs*. Rev med Suisse 2002

B. Le trouble de l'usage, une source majeure de stress

Certaines substances comme les psychostimulants ou les hallucinogènes provoquent des effets supposés agréables. L'excitation psychique (agitation, euphorie, sentiment de toute puissance) ou encore les hallucinations psychédéliques⁶⁷ sont des effets qui pourront être recherchés lors de nouvelles consommations. La recherche de ces sensations agréables constitue des **effets renforçant positifs**. Par conséquent, lors de l'arrêt des consommations, le sevrage va engendrer un état de stress important avec des inconforts somato-psychiques plus ou moins intenses. Ces désagréments peuvent pousser la personne à reconsommer pour lutter contre. L'intoxication générée par les effets et les propriétés pharmacologiques des substances va de surcroît aggraver la sensibilité et la réactivité au stress. Elle peut en outre favoriser l'émergence ou l'aggravation d'un terrain anxieux en agissant par exemple, sur les États de Stress Post Traumatique (ESPT) ou lors d'expériences désagréables de consommation, communément appelés « *Bad trip* ».

À distance des consommations, le craving va également être **un facteur de stress majeur** car il va « s'imposer » au sujet alors même qu'il est sevré et qu'il ne souhaite pas consommer.

II- Anxiété et addictions

L'étude épidémiologique « *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Study* » s'est intéressée aux relations entre les troubles de l'usage et les troubles psychiatriques en population générale. « *Elle a montré que les troubles psychiatriques étaient fréquents chez les sujets présentant des addictions en particulier, les troubles anxieux*⁶⁸ ».

L'anxiété, tout comme les états de stress, est en étroite relation avec les troubles de l'usage. Près de 40 % des sujets avec un trouble anxieux présenteraient un trouble de l'usage⁶⁹. À l'inverse, près de 20 % des sujets avec un trouble de l'usage auraient un trouble anxieux⁷⁰. **Le trouble anxieux est la comorbidité psychiatrique la plus importante chez les personnes atteintes d'un trouble de l'usage.** La recherche de diminution du seuil d'anxiété expliquerait **l'interrelation entre ces deux troubles.**

L'existence de troubles anxieux durant l'enfance et l'adolescence constitue un terrain favorable au développement d'un trouble de l'usage. « *Plusieurs études en population générale ont retrouvé que c'était surtout l'existence à l'adolescence de phobies sociales, de trouble de stress post-traumatique et d'anxiété chronique généralisée qui favorisaient les*

⁶⁷ Les hallucinations psychédéliques sont des perceptions visuelles de type pseudo-hallucinatoire, des distorsions spatio-temporelles et des perceptions déformées de son corps

⁶⁸ X. LAQUEILLE. *Pratiques cliniques en addictologie*, Édition Lavoisier 2017

⁶⁹ S. VIENNET. *Trouble anxieux et addiction* - Journée Lorradiet « Addictions et psychiatrie »

⁷⁰ S. VIENNET. *Trouble anxieux et addiction* - Journée Lorradiet « Addictions et psychiatrie »

*conduites addictives à l'âge adulte, notamment à l'alcool et au cannabis*⁷¹ ». Ces consommations sont par exemple fréquemment retrouvées chez les personnes atteintes d'une phobie sociale⁷² car les effets désinhibants, « *stimulants*⁷³ » et anxiolytiques de ces substances vont faciliter les interactions sociales.

Cette automédication va toutefois présenter des limites car « *si la conduite addictive peut avoir une fonction anxiolytique, elle peut à long terme, en un cercle vicieux, aggraver les troubles préexistants, y compris les troubles anxieux*⁷⁴ ». Les troubles de l'usage à l'alcool sont par exemple sévères dans le cadre d'une phobie sociale. « *Les alcoolismes associés à une phobie sociale sont les formes les plus sévères de dépendance*⁷⁵ ». Cette sévérité s'explique par l'alternance entre l'atténuation et donc l'amélioration des symptômes anxieux lors des consommations et l'effet rebond de ces derniers lors du début du sevrage. La phobie sociale **s'aggrave** à moyen et long terme du fait de l'exacerbation des symptômes après de fortes périodes de consommations.

Les rapports entre les troubles de l'usage, les dimensions de stress et d'anxiété sont aussi expliqués par des **similarités dans le fonctionnement biologique de ces états que nous allons à présent exposer.**

III- L'appui du support neurophysiologique

La réaction de stress et l'anxiété impliquent des récepteurs et des neuromédiateurs spécifiques comme la **dopamine** qui sont aussi impliqués dans les addictions. Ce faisant, la perturbation du circuit de récompense va aggraver les états de stress et augmenter le seuil d'anxiété de base. Réciproquement, un haut potentiel de stress ou d'anxiété va rendre le sujet plus vulnérable au développement d'un trouble de l'usage. Ces interrelations prennent appui sur la Corticotropin Releasing Factor (**CRF**) qui est non seulement impliquée dans l'acquisition du comportement de consommation des substances mais également dans le développement et l'expression des troubles anxieux

Nous pouvons objectiver de nombreux facteurs hormonaux communs entre les troubles de l'usage, les états de stress et les troubles anxieux.

La présence de cette triade symptomatique rend compte d'un tableau clinique complexe qui va se nourrir des troubles psychomoteurs associés. L'organisation psychomotrice du sujet **se trouve perturbée par l'ensemble de ces états et elle contribue, en retour, à les déstabiliser.** Nous allons donc aborder les différentes fonctions psychomotrices qui sont altérées par ces pathologies associées.

⁷¹ X. LAQUEILLE. *Pratiques cliniques en addictologie*, Edition Lavoisier 2017

⁷² *Trouble anxieux caractérisé par une forme pathologique de la timidité avec une peur du regard de l'autre et de parler en public.* M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.80-81

⁷³ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.82

⁷⁴ <http://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?p=666>

⁷⁵ M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson 2017 p.82

IV- Un profil psychomoteur désorganisé

Les troubles de l'usage associés à une dynamique anxieuse et un état de stress **bouleversent l'organisation psychomotrice du sujet**. Les perturbations sont nombreuses comme les **troubles toniques**, les troubles de la **perception et du ressenti corporels**, les **troubles du schéma corporel et de l'image du corps** et d'autres fonctions comme la **régulation émotionnelle**. Nous allons décrire ces désorganisations en citant les troubles psychomoteurs les plus fréquemment rencontrés dans ce cadre spécifique. Enfin, nous terminerons cette partie en évoquant le **rapport au temps** qui se trouve lui aussi modifié par cette triade symptomatique.

A. Le tonus

Le terme tonus, vient du grec « *tonos* » qui désigne une **tension mécanique**. Le tonus musculaire correspond à « *l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation réflexe continue de leurs nerfs moteurs*⁷⁶ ». Le tonus est **le socle sur lequel se construisent les autres fonctions psychomotrices**. Il est au centre du carrefour somatopsychique et il joue un rôle essentiel dans l'organisation psychomotrice du sujet. F. Leplat décrit le tonus comme « *une énergie qui permet au corps de se maintenir par la posture, de se mouvoir par la motricité et de s'émouvoir par ses deux variations*⁷⁷ ».

Le tonus se compose **du tonus de fond** (ou de base), du **tonus postural** et du **tonus d'action**. Ces trois fonctions adoptent des rôles différents et complémentaires. Le **tonus de fond** est constitué d'un état de légère tension musculaire. « *Il maintient la cohésion des différentes parties du corps et soutient le sentiment d'unité corporelle, base du schéma corporel comme du sentiment de soi*⁷⁸ ». Il est considéré comme le substrat de l'affectivité et des émotions. Le **tonus postural** est l'activité tonique qui permet la conservation des mises en forme du corps. Enfin, le **tonus d'action** est défini par le jeu de contractions musculaires qui permet l'action et la mise en mouvement dans un cadre spatialisé.

L'anxiété présente chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage va modifier l'activité tonique de différentes manières. Les personnes présentent une hypervigilance. Elles sont sur le qui-vive, en état d'alerte. Une **hypertonie** est souvent observée et plus rarement, **une hypotonie**. Ces modifications toniques vont être d'autant plus importantes du fait de l'influence des substances sur les états de stress et d'anxiété initiaux. Cette désorganisation tonique globale, et en particulier **celle du tonus de fond**, peut occasionner selon son intensité

⁷⁶ Le petit robert 2011

⁷⁷ F. LEPLAT. *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches* n°162/09 2010 p.104-105

⁷⁸ A. SERVANT. *Anatomie fonctionnelle* Enseignement universitaire 2013 p 20

des **modifications posturales**. Les attitudes posturales rendent parfois compte d'un **jeu de contractions musculaires non homogène, observable d'un point de vue clinique**. Ainsi, le caractère non économique et inconfortable des postures adoptées chez les personnes malades va engendrer de l'agitation psychomotrice. La motricité va progressivement être impactée négativement. Des **troubles moteurs**, « *des tremblements de repos ou d'action, des syncinésies de diffusion tonique, des dyskinésies*⁷⁹ » ou encore des troubles de la coordination motrice peuvent apparaître. De plus, un faible insight (conscience du trouble) de ces particularités est souvent objectivé. Les changements toniques sont difficilement identifiables chez les patients **au regard d'un phénomène d'habituación sensorielle qui s'est installé. L'identification de ces modifications est spécifiquement travaillée en psychomotricité** afin de remettre au travail la capacité de la personne à faire des liens entre l'état de tension interne présent et **la manière dont il se manifeste corporellement. Ces capacités font écho à la fonction alpha** développé par W. R. Bion qui permet à tout individu de mettre en pensée ce qui est ressenti sensoriellement et corporellement pour le rendre supportable. Les épisodes de craving sont représentatifs par exemple des moments critiques au cours desquels **le recrutement tonique et l'instabilité psychomotrice** sont les plus importants. Nous allons à présent aborder la question des représentations corporelles ci-dessous.

B. Les représentations corporelles

Les représentations corporelles font références aux images et à la cartographie que nous avons de notre corps. « *Elles conduisent à la notion d'un schéma intériorisé, de connaissances de soi, mettant en jeu son image*⁸⁰ ». Elles s'inscrivent dans différents niveaux de relation comme la relation à soi, à l'autre et à l'environnement. Elles sont **plastiques** et en « *perpétuel mouvement*⁸¹ » car elles « *se réinventent, s'adaptent et se transforment en fonction des différents chemins de vie*⁸² ». Elles prennent en compte le **schéma corporel et l'image du corps**.

Les représentations du corps font partie des désorganisations psychomotrices relevées chez les sujets souffrant d'un trouble de l'usage. Elles ont été modifiées par les substances consommées, par les modes d'administration des produits et par les états de stress et d'anxiété. En effet, les modifications des fonctions toniques ébranlent les représentations corporelles car, comme l'explique A. Bullinger, les **expériences sensori-toniques** sont « *un support aux représentations*⁸³ ».

⁷⁹ J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices*, Edition De Boeck Solal 2018 p.627

⁸⁰ O. RASAL. *Les représentations du corps*. Enseignement universitaire 2015 p.13

⁸¹ O. RASAL. *Les représentations du corps*. Enseignement universitaire 2015 p 7

⁸² O. RASAL. *Les représentations du corps*. Enseignement universitaire 2015 p 7

⁸³ J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Clinique et thérapeutique*, Edition De Boeck Solal 2015 p.204

Nous allons tout d'abord porter notre attention sur les modifications physiques retrouvées chez les personnes malades pour ensuite, orienter notre regard sur la question des limites corporelles. Nous terminerons cette partie sur l'abord du schéma corporel et de l'image du corps.

1. Les modifications physiques

Les impacts pathologiques peuvent être appréhendés par les **modifications physiques** qui se développent chez la personne.

La maladie, initialement discrète, va de plus en plus **marquer l'aspect extérieur du corps de la personne**. Elle peut s'amaigrir laissant transparaître parfois son ossature ou à contrario, s'épaissir. L'apparence physique de la personne change car des modifications pondérales apparaissent. Le visage est marqué, le teint change (rougeurs, couleur violacée, grisonnante, ou jaunâtre, vieillissement prématuré, œdèmes, etc.), les joues se creusent et la masse musculaire diminue (amyotrophie). La fatigue, pourtant peu perçue, survient inévitablement à cause de la sous-alimentation, de l'absence d'hygiène alimentaire et des carences nutritionnelles présentes. La peau devient plus fine et plus fragile. Elle est marquée par la dégradation générale de la personne et par les atteintes organiques liées aux modes de consommations ou aux modes de vies précaires (violences, expositions au froid, insalubrité etc.). La formation de points d'infection, les cicatrices et la dégradation franche du capital veineux sont les signes de la **vulnérabilité corporelle**. Les cheveux peuvent blanchir, devenir ternes. L'hygiène dentaire est quasi-inexistante et la sphère bucco-dentaire est catastrophique (caries, abcès dentaire, couleurs, haleine, etc). L'image de soi peut être atteinte et elle **perturbe l'investissement narcissique de la personne**. Autant d'éléments qui accentuent les états de stress et d'anxiété et qui entraînent une rupture globale.

2. Des limites corporelles qui s'estompent

« *Le Moi-peau*⁸⁴ »

« *Dans son concept, D. Anzieu introduit le corps comme support des fonctions psychiques. Le Moi s'étaye sur un Moi-corporel c'est-à-dire le Moi-peau. « 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 ».*

L'instauration du Moi peau répond à un besoin d'une enveloppe narcissique et assure à l'appareil psychique la certitude et la constance d'un bien être de base. Le Moi-peau trouve son étayage sur trois fonctions de la peau :

-C'est le sac qui retient à l'intérieur le bon et le plein de l'allaitement.

⁸⁴ D. ROLO. *Le Moi-peau* D. ANZIEU repéré à www.paradoxa1856.wordpress.com/2008/05/25/le-moi-peaudidier-anzieu/

-C'est la surface qui marque la limite avec le dehors et contient celui-ci à l'extérieur.
-C'est un lieu et un moyen primaire avec autrui.
Le Moi hérite de cette origine épidermique et proprioceptive la double possibilité d'établir des barrières et de filtrer des échanges. »

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les personnes accueillies renvoient l'image d'un corps malade malgré les efforts mis en œuvre pour réduire les impacts de la maladie, des techniques et des traitements. L'ensemble modifie **le vécu des limites corporelles (intrusion, perforation de l'enveloppe)** ce qui peut favoriser l'émergence d'une certaine **confusion** entre l'intérieur et l'extérieur, le dedans et le dehors, le Moi et le non Moi. Le sentiment de contenance de la peau⁸⁵ s'altère car, la maladie, les techniques et les traitements fragilisent celle-ci. Les perforations de l'enveloppe, les symptômes de sevrage et de craving, les branchements (perfusions, sondes, etc.) provoquent des sentiments de perte de contenance du corps, de perte du contenu du corps, qui peuvent alors altérer la fonction du Moi-peau. Ainsi, la certitude et la constance d'un bien être de base s'estompent. Par conséquent, des angoisses (angoisse de mort par exemple) peuvent naître étayées par ce sentiment de perte des limites, ce sentiment de vidage et d'épanchement.

3. Un schéma corporel perturbé

« Édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leurs significations⁸⁶ ». J. De Ajuriaguerra

Le schéma corporel est **la représentation de notre corps dans l'espace**. Il correspond, d'après F. Dolto, à une conscience de soi qui est commune à chaque individu. Il est évolutif dans le temps et dans l'espace par l'apprentissage et les expériences. Il s'agit aussi d'une **cartographie mentale** de notre corps à l'origine du « référentiel égocentrique⁸⁷ » propre à chaque individu et qui fournit, selon J.M. Albaret, « les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps ⁸⁸ ».

Les propriétés des différentes substances vont générer des **modifications sensorielles** et des **sensations** particulières. Elles peuvent être visuelles, auditives, olfactives, tactiles,

⁸⁵ Ce sentiment fait allusion à la fonction d'enveloppe corporelle de contenance du Moi-peau. Cette fonction est exercée par le Handling maternel, c'est-à-dire la manipulation du bébé au cours des soins. C'est une enveloppe tactile, sonore et de spatialité. La sensation-image de la peau comme un **sac** s'éveille par les soins adéquats exercés par la mère.

⁸⁶ O. RASAL. *Les représentations du corps*. Enseignement universitaire 2015 p.7

⁸⁷ O. RASAL. *Les représentations du corps*. Enseignement universitaire 2015 p.7

⁸⁸ O. RASAL. *Les représentations du corps*. Enseignement universitaire 2015 p.7

gustatives, proprioceptives, etc. Elles vont ainsi perturber le schéma corporel par les effets de la substance dans le corps. Le schéma corporel est aussi affecté et remanié en dehors des périodes de consommation. **Les décalages sensoriels et perceptifs entre période de consommation, sevrage et abstinence, le rendent particulièrement instable.** Les **fragilités de l'enveloppe corporelle** participent aussi à sa mauvaise intégration.

Le stress présente également des répercussions sur le schéma corporel. Le jeu de contractions musculaires modifie le profil tonique des patients ce qui induit des **changements avec de nouvelles cartographies corporelles.**

*Monsieur L est hospitalisé dans le service pour un trouble de l'usage à l'alcool. Il souffre d'un trouble anxieux généralisé. Sa description de l'anxiété est ciblée sur ses cognitions et elle exclut les retentissements corporels et toniques **pourtant observables.** Monsieur L est comme résumé à ses cognitions. Il est le parfait exemple de la dichotomie somatopsychique qu'entraînent les états anxieux.*

Enfin, les différents **modes de consommations** sont aussi des facteurs d'évolutions du schéma corporel. La toxicité des produits et les injections endommagent le système nerveux. Elles provoquent des paralysies musculaires et des troubles sensitifs. Le corps change. Il est piqué, moins sensible, moins mobile. « *L'habitude d'une prise quotidienne de toxiques modifie la perception du schéma corporel*⁸⁹ ». (T. Bénavidès et F. Giromini 2004).

4. Une image du corps désorganisée

Le fait de se sentir beau, grand, fort ou fragile sans lien objectif avec la réalité fait appel à ce que l'on nomme « **l'image du corps** ». L'image du corps « *est la part la plus **subjective et poétique** de la représentation du corps, une conscience de soi intimement liée aux affects, à la **relation sociale** et à la **symbolique** du corps*⁹⁰ ».

S. Gallagher définit l'image du corps comme étant « *un système de perceptions, d'attitudes et de croyances se rapportant à son propre corps* ». Ce concept a longtemps été théorisé par F. Dolto. « *L'image du corps est propre à chacun et liée à son histoire. Elle est imaginaire et s'est construite avec notre vie affective [...] éminemment inconsciente. Elle est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et en même temps actuelle, vivante, dynamique*⁹¹ ». B. Golse souligne qu'elle est « *à la fois narcissique et interrelationnelle*⁹⁰ ». Elle s'élabore et se remanie **dans le regard de l'autre** qui rappelle le regard de la mère ou premier miroir par lequel l'enfant se sent exister (D. W. Winnicott). L'image inconsciente du corps est l'image de nos sensations et de nos impressions corporelles

⁸⁹ J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Clinique et thérapeutique*, Edition De Boeck Solal 2015 p.204

⁹⁰ O. RASAL. *Les représentations du corps*. Enseignement universitaire 2015 p.10

⁹¹ E. FERRAGUT, *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*, p.64

emmagasiniées dans la petite enfance jusqu'au stade du miroir. Il s'agit du moment où l'image de soi s'unifie et se différencie de celle de la mère. À ce propos, J. Lacan parle **d'image spéculaire** qui est l'image du corps vue et reconnue dans le miroir « ça, c'est moi » structurant l'identité et l'unité du Moi de l'enfant. Le stade du miroir permet la reconnaissance par l'enfant de son image corporelle par identification à ses semblables. Cependant, F. Dolto pointe le **caractère aliénant** de cette image par laquelle l'enfant devient objet parmi les objets. Les trois images qui constituent l'image inconsciente du corps s'unifient en **une mémoire inconsciente**, source **du sentiment de soi**, à partir des sensations vécues dans le corps de l'enfant imprégné par le corps de sa mère, par son désir et sa parole : L'image de base qui nous donne le triple sentiment de rester *stable* dans l'espace, de rester *le même* dans le temps et de rester *consistant* face à l'altérité des êtres et des choses. Elle est au fondement du **narcissisme « primordial »** défini par J. D. Nasio comme le « *désir d'être et de vivre*⁹² ». L'image de base permet « à l'enfant de se ressentir dans une « *mêmeté* » d'être c'est-à-dire dans une continuité narcissique [...] »⁹³ ». L'image fonctionnelle qui se construit en rapport avec la recherche du plaisir dans la relation à l'autre et « *qui vise l'accomplissement du désir*⁹⁴ ». L'image érogène identifiée selon « *le lieu où se focalisent plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre*⁹⁵ » c'est-à-dire des zones érogènes (orale, anale, génitale). Selon F. Dolto « *l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [...] Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant*⁹⁵ ». L'image du corps est chargée de **notre identité** et de nos identifications. **Support du narcissisme**, elle nous donne « *le sentiment d'exister, d'être unique, d'être soi, différent de l'autre*⁹⁰ ». Notre besoin d'être aimé et reconnu s'étaye sur notre image du corps.

L'image du corps des personnes souffrant d'un trouble de l'usage est particulièrement détériorée. « *On trouve un corps imaginativement amalgamé, comme s'il tenait par collage d'éléments équivalents*⁹⁶ ». Ce **morcellement corporel** est accentué par des troubles de la perception et du ressenti corporels. Ces derniers se traduisent par une « *anesthésie corporelle qui alterne avec une hypersensibilité à la douleur, particulièrement chez les consommateurs d'opiacés*⁹⁷ ». Les modifications de l'image du corps sont aussi entretenues par des **sensations corporelles diffuses et peu différenciées**. La consommation est envisagée comme un « *substrat ou complément de sensations pour pallier un manque psychocorporel*⁹⁸ ». L'étouffement des ressentis corporels est souvent associé à un sentiment de **vide intérieur**, perturbant davantage l'image du corps. Ce sentiment de vide peut être accompagné de

⁹² J-D. NASIO. *Mon corps et ses images*, Edition Payot 2008 p.229

⁹³ F. DOLTO. *Le sentiment de Soi*, Edition Gallimard 1997 p.33

⁹⁴ F. DOLTO. *Le sentiment de Soi*, Edition Gallimard 1997 p.55

⁹⁵ F. DOLTO. *Le sentiment de Soi*, Edition Gallimard 1997 p.22

⁹⁶ A. GATECEL ; A. LEFRANC. *Le grand livre des pratiques psychomotrices*, Edition Dunod 2019 p.319

⁹⁷ A. GATECEL ; A. LEFRANC. *Le grand livre des pratiques psychomotrices*, Edition Dunod 2019 p.314

⁹⁸ J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices*, Edition De Boeck Solal 2018 p.627

conduites à risques avec une recherche active de sensations via l'activité ou via les consommations. Quoi qu'il en soit, « *les auteurs font consensus autour d'une image du corps relativement fragile*⁹⁹ ». L'image du corps est brisée et morcelée. Elle se reconstruit à partir de « *juxtapositions de contenus composites*¹⁰⁰ ». Elle est marquée par une **absence d'unité et de limites** la rendant **dénuée d'enveloppes** et de **représentations psychiques**. **L'utilisateur est ainsi confronté** à un corps résolument vide, troué. Cet état s'accompagne d'une **faible estime de soi** que certains patients rencontrés durant mes stages renvoient sous la forme d'un fort **sentiment de culpabilité**.

Monsieur R. est hospitalisé dans le service pour un trouble de l'usage à l'alcool et au cannabis. Il ne souhaite pas informer ses proches de son hospitalisation car il a peur du regard de sa famille. Il préfère ainsi dire qu'il se trouve en formation dans une autre région.

Mademoiselle N est hospitalisée dans le service pour un trouble de l'usage à la cocaïne. Ses bras portent les stigmates de ses consommations. Ils sont troués, abimés par les injections multiples et la recherche infructueuse d'une veine encore fonctionnelle. Ses sentiments de honte et de culpabilité sont manifestes. Ses vêtements sont devenus sa seconde peau.

Ces sentiments négatifs conduisent parfois l'utilisateur à éviter son entourage ce qui renforce son isolement social. L'image du corps s'inscrit dans le miroir visuel et sonore apporté par les parents. Cette image peut se déconstruire car elle « *est également touchée, blessée, détruite, dans les lésions corporelles, la chirurgie, l'accident. Avec l'événement traumatique, un changement brusque aigu se produit dans le champ intégratif de l'espace corporel, dans la cénesthésie*¹⁰¹ ». Le miroir structurant l'image du corps et son investissement narcissique est brisé par la maladie. La blessure narcissique peut être telle que le sujet ne peut plus ressentir « *le sentiment d'existence ou le sentiment d'identité*¹⁰² ». La personne ne se reconnaît plus comme étant elle-même, elle n'envisage plus d'aimer ou être aimée et être reconnue dans ce nouveau corps.

Ces bouleversements créent du stress, de l'anxiété et de la souffrance qui perdurent au-delà des consommations. L'état de santé ainsi que l'apparence physique se sont progressivement dégradés, parfois de manière irréversible. Les remaniements corporels ne s'estompent pas à l'arrêt des consommations. Ils sont encore possibles post-sevrage par le phénomène de **transfert d'addiction et notamment, celui du transfert alimentaire**. Il implique, lorsqu'il se développe, une **prise de poids importante et rapide qui attaque un**

⁹⁹ V. BREJARD. *Image du corps alcoolique, La représentation dans l'alcoolisme chronique et l'alcoolisme intermittent*, Archives ouvertes, 2012 p.2

¹⁰⁰V. BREJARD. *Image du corps alcoolique, La représentation dans l'alcoolisme chronique et l'alcoolisme intermittent*, Archives ouvertes, 2012 p.2

¹⁰¹ E. FERRAGUT. *Opus cité*. p.64

¹⁰² E. FERRAGUT. *Opus cité*. p.65

peu plus la problématique d'image du corps. Cela suppose donc un accompagnement de tous les instants, dans la durée.

5. Conclusion sur les représentations corporelles

Ces éclairages théoriques sur les aspects corporels donnent une place sérieuse aux dimensions corporelle et sensorielle. Les usagers sont en lutte perpétuelle contre les bouleversements sensoriels et perceptifs dont ils sont victimes. Les lésions corporelles, les lésions du système nerveux, la toxicité des substances créent des altérations du schéma corporel et de l'image du corps. Les afférences sensorielles sont non seulement modifiées mais leur traitement peut être entravé du fait des modifications des systèmes neurobiologiques. Nous allons à présent aborder les troubles émotionnels.

C. Les troubles émotionnels

« *Les émotions sont des états relativement brefs, provoqués par un stimulus ou par une situation spécifique* » (O. Luminet 2013). Elles se caractérisent par des éléments déclencheurs aisément identifiables, par une intentionnalité et par une fréquence d'apparition faible.

La clinique des patients souffrant d'un trouble de l'usage associée à celles du stress et de l'anxiété rend compte de **troubles émotionnels** multiples tant au niveau de la **régulation** que de **l'expression des émotions**. Les troubles de la **régulation** se caractérisent par de « *l'apathie, de la labilité émotionnelle, de la dépression, des angoisses liées à la consommation¹⁰³* ». **L'expression des émotions** devient, **quant à elle, labile**, du fait « *d'alexithymie, d'hyperthymie, d'athymie, d'amimie ou d'une discordance émotionnelle¹⁰⁴* ».

Les troubles émotionnels s'associent à certaines fonctions psychomotrices dont ils sont étroitement liés, comme le tonus. « *La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers des phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le dialogue tonique* » (J. De Ajuriaguerra, 1962). Le lien préexistant entre les fonctions toniques et émotionnelles, nous amène à parler de **troubles de la régulation tonico-émotionnelle** où chacune de ces deux fonctions est ici perturbée. Les émotions, le terrain anxieux et la composante du stress influencent la **communication non verbale du patient** ce qui constitue un accès direct à sa vie affective et émotionnelle. La communication non verbale, **comme les mimiques du visage, les regards ou encore la gestualité**, participe à l'analyse clinique globale du patient. Il s'agit d'une voie royale par laquelle nous pouvons identifier un état de stress ou d'anxiété

¹⁰³ J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices*, Edition De Boeck Solal 2018 p.627

¹⁰⁴ J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices*, Edition De Boeck Solal 2018 p.627

qui n'était parfois pas perçu par le sujet lui-même. Il permet aussi de rétablir du lien entre sensations, perceptions et représentations pour aider le patient à élaborer sur ses éprouvés corporels et ainsi mieux faire la distinction entre les processus pathologiques (craving, sevrage, anxiété, etc.) et les processus corporels normaux (faim, soif, douleur, etc).

A présent, nous allons envisager les modifications du rapport au temps.

D. Le rapport au temps : *Un temps qui s'étire, se dilate et semble interminable*

Les addictions perturbent les sujets dans leur rapport au temps. Les habitudes de vies et les rituels qui régissent l'organisation de la vie quotidienne sont bouleversés. Le temps **se distend** pour celui qui l'a organisé autour de la consommation de substances car ses pensées sont dirigées vers les envies de consommer. Il est déstructuré car il est consacré à la recherche et à la prise de la substance. Le temps devient « *une matrice cyclique, résultat de l'angoisse de la perte d'objet, et se confondant aux cycles des [consommations]. Le temps semble avoir été comme abîmé, déformé, réduit dans sa fonction symbolique¹⁰⁵* ».

Les troubles de l'usage sont des maladies chroniques qui s'inscrivent dans **la durée**. Le temps du sevrage n'étant qu'une étape. Les traitements, les suivis et la lutte contre les manifestations cliniques de la maladie durent des décennies voire toute la vie. Les épisodes de rechutes font partie de l'évolution naturelle de la maladie. Ils rendent compte de la complexité de cette pathologie qui peut engendrer chez la personne un **sentiment d'incurabilité**. Le stress et le terrain potentiellement anxieux des patients le renforcent également.

Les temps d'hospitalisations viennent redonner un rythme et une certaine **temporalité** dans le quotidien des patients. La mise à distance des substances permet une **libération du temps**. Néanmoins, ce temps libre, habituellement consacré aux consommations se trouve difficilement investi par les personnes qui présentent des difficultés à planifier leurs actions et organiser leur quotidien. Ce faisant, en l'absence de directions, les personnes éprouvent de l'ennui. Cette période d'hospitalisation et cette temporalité croise bien souvent **un vécu corporel particulier, allant dans le sens de la perception d'un état hypotonique**. Les personnes décrivent leur corps comme « mou », sans énergie apparente. Ils rendent ces aspects imputables au manque d'activités au sein de l'hôpital. Le corps, habituellement mis au centre des épisodes de consommations est perçu différemment durant ce temps d'hospitalisation ce qui peut générer des sentiments étranges et d'étrangeté vis-à-vis de la dynamique psychocorporelle.

« *Ce rapport au temps, cette conscience intime du temps, pour reprendre les termes d'Husserl¹⁰⁶* », implique que celui-ci « *s'étire, se dilate et semble interminable¹⁰⁷* ». Mais, il

¹⁰⁵ S. TONNERLIER, C. LEMAIRE, P. BODENEZ. Revue internationale des toxicomanies et des addictions (Vol 17), *Addictions et temporalités, Les hospitalisations programmées pour les patients alcoolodépendants* 2012 p.78

¹⁰⁶ M. HAUTEFEUILLE. Revue internationale des toxicomanies et des addictions (Vol 17), *Addictions et temporalités, Éditorial* 2012 p.3

peut aussi être synonyme de **vitesse** et **d'immédiateté** quand il s'agit d'envie de consommer. L'instant des effets de la substance est vécu comme une **pause temporelle**, comme un désir de **suspension du temps**.

Les contrastes perceptifs que nous venons d'étudier rendent compte d'un rapport au temps atypique qui ne cesse d'être interrogé par les personnes qui souffrent d'un trouble de l'usage.

V- Conclusion

L'approche théorique des troubles de l'usage, du stress et de l'anxiété nous ont permis d'établir les liens existant entre ces entités et leurs interactions possibles. Leurs substrats **physiologiques**, **neurobiologiques** mais également **psychologiques** expliquent leur **comorbidité élevée**. Par conséquent, « *il est essentiel pour le clinicien de tenir compte de ce carrefour et de rechercher en clinique la coexistence de ces symptômes et comportements*¹⁰⁸ ». Ainsi, ces éléments assoient l'idée selon laquelle une meilleure gestion du stress et de l'anxiété constitue un objectif de soin pertinent auprès de cette population. Nous allons donc traiter, dans cette dernière partie, de l'apport de la psychomotricité dans la gestion du stress et de l'anxiété. Nous étudierons les outils utilisés qui vont non seulement favoriser cette régulation mais également améliorer les fonctions psychomotrices impactées par le trouble de l'usage. Nous terminerons par la clinique à proprement parler.

¹⁰⁷ M. HAUTEFEUILLE. Revue internationale des toxicomanies et des addictions (Vol 17), *Addictions et temporalités*, Éditorial 2012 p.5

¹⁰⁸ D. ZULLINO. *Anxiété, addictions, stress : mécanismes communs*. Rev med Suisse 2002

Quatrième partie : L'approche psychomotrice

Nous allons enfin traiter, dans cette ultime partie, de l'apport de la psychomotricité auprès des personnes présentant un trouble de l'usage.

I- Présentation générale

La prise en soin en psychomotricité prend en compte le sujet dans sa **globalité**. Cette approche spécifique s'intéresse à la personne dans son intégralité d'un point de vue **moteur, cognitif, affectif et corporel** tout en portant une attention particulière à « *la manière d'un sujet d'habiter son corps*¹⁰⁹ » (F. Joly).

La psychomotricité tient **une place importante en addictologie**. Elle vient questionner les **enjeux psychocorporels** et soulever les **différents troubles psychomoteurs** retrouvés chez les personnes souffrant de troubles de l'usage. La prise en charge en psychomotricité est d'autant plus importante quand les troubles de l'usage sont comorbides aux dimensions de stress et d'anxiété.

Nous verrons dans cette dernière partie comment la psychomotricité accompagne les patients atteints d'un trouble de l'usage en secteur hospitalier. Nous nous intéresserons aux **médiations** que nous sommes amenés à utiliser dans le cadre de la problématique du mémoire. Puis, nous terminerons notre propos par l'analyse de **deux situations cliniques** avec les propositions de soins adoptées.

¹⁰⁹ <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615458/document> p 42

II- Le temps d'une rencontre

Le soin apporté aux patients s'adapte à leur histoire de vie et à leur disponibilité du moment ce qui nécessite de prendre le temps de les rencontrer. Cette rencontre permet de mettre des mots sur les souffrances du sujet et d'évaluer **où il en est dans l'histoire de sa maladie**. Le projet de soin et les actes de psychomotricité ne peuvent s'organiser sans une compréhension de la symptomatologie du patient. L'ensemble des soins prodigués durant ma période de stage, s'inscrit donc toujours après une lecture attentive du dossier médical du patient, la participation aux réunions d'équipes pluridisciplinaires et une ou plusieurs rencontres avec le patient.

Si cet espace de rencontre permet d'en apprendre davantage sur le patient, il **permet également au psychomotricien de se présenter** et de s'assurer que le patient identifie correctement le professionnel de santé qui le rencontre. Ce temps d'échange va aussi **rechercher des points d'appels psychomoteurs**. Cette recherche s'effectue à la fois au travers de ce **qu'exprime le patient** mais aussi via **l'observation et l'analyse de sa communication non verbale**. Le psychomotricien accueille la souffrance exprimée par le malade tout en portant un regard bienveillant et empathique sur les **manifestations motrices, corporelles et émotionnelles de la personne**.

La **qualité de présence** du professionnel est essentielle pour accueillir et recevoir ce que livre le patient. L'écoute attentive portée au patient transite par de nombreuses conditions qui sont « *les bases d'une pratique psychomotrice [...] telles qu'une attitude basée sur le respect et la recherche d'une compréhension de l'autre, une attitude empathique*¹¹⁰ ». Les patients expriment durant les rencontres ce qu'ils ont de plus intime dans leur histoire de vie. La souffrance engendrée par les histoires de vie oblige le psychomotricien à s'adapter au patient malade. Le psychomotricien se montre attentif à ce qu'il peut renvoyer au patient tout en l'accompagnant. Ainsi, durant les entretiens, le psychomotricien **adapte son discours mais aussi sa posture et sa communication non verbale**. « *L'accent est orienté sur ce que l'on peut nommer le langage du corps*¹¹¹ » pour accueillir les mots des patients qui restent fragilisés par leur pathologie et leurs histoires de vie parfois chaotiques.

C'est après avoir recueilli l'histoire de la maladie du patient et que le psychomotricien a pu interroger les éléments qui lui sont spécifiques que le projet de soin psychomoteur peut s'établir. **Dans notre cas, l'objectif de soin psychomoteur est exclusivement orienté vers la gestion du stress et de l'anxiété qui sont comorbides aux troubles de l'usage**. Ce soin débute dans un premier temps par de la psychoéducation que nous allons décrire ci-dessous.

¹¹⁰ C. POTEL. *Être psychomotricien*, Edition Érès 2019 p.65

¹¹¹ C. POTEL. *Être psychomotricien*, Edition Érès 2019 p.65

III- La psychoéducation comme jalon à la prise en soin

En psychomotricité, la proposition de soin débute par un atelier de **psychoéducation du stress et de l'anxiété**. La psychoéducation a pour but **d'informer** les patients sur les enjeux impliqués dans le stress et l'anxiété pour les aider à mieux comprendre, identifier et vivre leurs problématiques. Les patients sont actifs et acteurs dans le processus thérapeutique. Cet atelier est complémentaire de celui réalisé par la psychologue clinicienne du service qui traite spécifiquement les aspects addictologiques (craving, prévention de la rechute ...).

La psychoéducation du stress et de l'anxiété est proposée en groupe quand cela est possible ce qui permet de nombreuses interactions entre les patients. Elle traite en première intention du **caractère normal et adaptatif du stress** qui va s'opposer au caractère **pathologique de l'anxiété**. Nous décrivons durant cette séance, l'ensemble des **manifestations corporelles** et **physiologiques** possibles pendant un état de stress ou d'anxiété. Ceci permet aux patients d'identifier par eux-mêmes les moments où ils sont anxieux en personnalisant leur démarche. « *C'est New York sans feu rouge* » « *C'est comme si j'étais un vêtement sorti du sèche-linge* » disaient certains patients. Il n'est pas rare que les personnes soient surprises par les différentes manifestations corporelles énoncées et leurs variations entre chaque individu. Cela vient **questionner les curseurs corporels leur permettant d'identifier un état anxieux ou un état de stress**. L'anxiété, parfois omniprésente, peut « masquer » les repères corporels indispensables à son identification du fait **du phénomène d'habitué sensorielle**.

Au fur et à mesure, les patients effectuent des rapprochements et des comparaisons entre la réaction de stress et le craving. Ils font également part d'exemples personnels illustrant les propos de l'atelier. Le partage d'expériences des patients au sein de l'atelier se réalise sans craintes de jugement et il offre aux patients un espace d'écoute et d'expression. « *Les difficultés de chacun vont prendre une résonance particulière et vont engager des réponses de la part des thérapeutes mais également de la part des participants du groupe*¹¹² ».

La réalisation de l'atelier en groupe permet aussi d'observer les patients en dehors d'un rapport dualiste. Il permet d'apprécier la place qu'ils peuvent prendre et occuper au sein d'un groupe.

Cette première séance se termine par la distribution d'une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété (Inventaire de Beck). Les patients pourront la remplir afin d'évaluer leur niveau d'anxiété. Cette échelle permet d'une part de **rendre objectif la sévérité de l'anxiété** mais elle permet aussi d'aider les patients à **identifier** et **cibler les manifestations du stress et de l'anxiété**, qu'elles soient cognitives ou corporelles. L'identification des expressions corporelles du stress et de l'anxiété par la réalisation de l'échelle permet de mieux

¹¹² C. POTE. *Être psychomotricien*, Edition Érès 2019 p.420

appréhender le lien somatopsychique engagé dans ces troubles. Cette échelle permettra également de noter l'évolution du travail réalisé en psychomotricité avec une réévaluation du niveau d'anxiété en fin de cycle d'atelier. Ce travail permet aux patients de mieux saisir les liens entre les états anxieux et les réactions corporelles. Ils sont fréquemment surpris de leur profil anxieux comme peut l'illustrer les propos de Monsieur N « *Mais oui, je suis toujours crispé, ça c'est à cause de mon anxiété et ça me paralyse !* ».

Une fois la réalisation de ce premier travail sur la connaissance du stress, de l'anxiété et des curseurs corporels spécifiques à ces états, nous proposons des ateliers pratiques. Nous avons, pour ce faire, utilisé de la **relaxation** et une médiation utilisant la **boxe thaïlandaise**. Nous verrons les aspects psychomoteurs sollicités par ces médiations et en quoi ces pratiques diffèrent dans la gestion du stress et de l'anxiété.

IV- La relaxation comme réponse au stress et à l'anxiété

Nous allons brièvement définir la relaxation et les raisons pour lesquelles nous avons choisi de l'utiliser. Puis, nous aborderons le **contrôle respiratoire** et son rôle dans le cadre de la relaxation. Nous étudierons par la suite quelques **techniques de relaxation** utilisées avant de mentionner le **regard psychomoteur porté au cours de ces ateliers**.

A. Définitions et intérêts de la relaxation

« *La relaxation englobe l'ensemble de techniques qui permettent d'obtenir une réponse de relaxation*¹¹³ ». Elle se caractérise selon H. Benson (1974), par un état marqué d'une **diminution du niveau d'alerte**, de la **fréquence cardiaque** et **respiratoire** amenant à une **sensation de détente et de bien-être**.

L'intérêt d'utiliser des techniques de relaxation dans notre cadre spécifique repose sur l'état physiologique qu'elles procurent et qui s'oppose parfaitement aux manifestations de l'anxiété et des états de stress. En effet, l'état de relaxation provoque un **relâchement tonico-musculaire**, une **dilatation des vaisseaux sanguins**, une **bradycardie**, une **diminution de la température centrale** ou encore **l'augmentation de l'amplitude respiratoire et la diminution de sa fréquence**. Ces effets inhérents à la prédominance fonctionnelle du système nerveux parasympathique favorisent une meilleure gestion de la tension interne. « *Les modifications physiologiques induites par la relaxation vont dans le sens d'un véritable apaisement des fonctions organiques. [...] Tous ces effets neurophysiologiques et physiologiques s'entremêlent aux effets psychologiques et viennent les potentialiser* » (N. Baste, 2016).

¹¹³ D. SERVANT. *La relaxation. Nouvelles approches, nouvelles pratiques (2^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2015 p.1

La relaxation constitue également une indication adaptée à la **gestion du craving**. Elle permet une diminution significative de l'intensité du craving tout en jouant sur la diminution des facteurs de stress (L. Thatsanee, G. Rasmon, 2015). Elle permet aussi aux patients d'avoir accès à des notions de détente **autrement que par la consommation de substances**. Elle offre aux patients une parenthèse, une surprise tout en coupant de la monotonie du quotidien hospitalier. La relaxation apparaît donc comme un outil pertinent pour la gestion du stress et de l'anxiété chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage.

B. Contrôle respiratoire et relaxation

La fonction respiratoire, essentielle à notre existence, **est en étroite corrélation avec le stress et l'anxiété**. La boucle anxieuse peut être entretenue par **l'augmentation de la fréquence respiratoire ainsi que par un rythme respiratoire désordonné**. La respiration est une fonction physiologique **que nous pouvons contrôler**. Cette possibilité offre donc l'opportunité aux patients d'apprendre à la moduler et agir par ce biais sur leur dynamique anxieuse. Des exercices pratiques de **contrôle respiratoire** ont donc été proposés. « *Les états de stress et d'anxiété s'accompagnent d'une respiration rapide et superficielle qui auto-entretient le malaise anxieux. Il convient d'apprendre à respirer de façon lente et en favorisant une **respiration abdominale** propice à l'établissement d'un état de relaxation¹¹⁴* ».

Il est proposé aux patients de porter leur attention sur leur respiration. Ils sont invités à identifier les différents paramètres constituant la fonction respiratoire par une écoute spécifique de leur rythme respiratoire et de l'amplitude des mouvements respiratoires. À cet instant, la respiration est appréhendée comme une multitude de paramètres qui permettent son fonctionnement. Le patient pourra ainsi s'exercer à les contrôler, les modifier. La respiration souvent thoracique chez les sujets anxieux pourra être modifiée en une respiration davantage **abdominale**. Les patients sont invités à placer leurs mains sur le ventre afin d'avoir un feedback sensoriel des mouvements ce qui leur permet de **mieux ressentir les mouvements abdominaux**. La **fréquence et l'amplitude respiratoire** sont également des paramètres que nous proposons de varier au cours de cet atelier. Nous demandons aux patients d'allonger les temps d'inspiration et d'expiration grâce à un comptage oral.

La modification des paramètres respiratoires **aide à l'instauration rapide d'un apaisement physiologique** par « *la levée de la tension cardio-respiratoire qui conduit à une libération de la tension psychique, vécue comme une nouvelle disponibilité au calme et au dynamisme psychocorporel retrouvé* » (G. Soubiran, 1991). L'apprentissage de techniques du contrôle respiratoire favorise ainsi la « *maitrise de situations de stress et la dominance des émotions dans la vie de tous les jours¹¹⁵* ». Le patient s'exerçant à modifier son rythme et la

¹¹⁴ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.208

¹¹⁵ D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété (3^e éd.)*, Edition Elsevier Masson 2012 p.208

façon dont il respire, **pourra appliquer progressivement ces outils lors d'épisodes d'anxiété et de stress.**

L'apprentissage du contrôle respiratoire dans les ateliers pratiques, apparaît donc comme un outil essentiel pour la **gestion de l'état de stress et d'anxiété**. Il permet aussi de servir d'appui dans l'établissement d'un état de relaxation. Nous allons à présent étudier d'autres techniques de relaxation.

C. Les techniques de relaxation

La diversité des profils des patients souffrant de troubles de l'usage nous oblige à utiliser différentes techniques de relaxation. Les patients auront ainsi été initiés à différentes méthodes de relaxation pour leur permettre de trouver l'outil qui leur correspond le mieux.

Il est proposé aux patients de porter cette fois-ci leur attention sur **leurs sensations corporelles après avoir développé et exercé le contrôle respiratoire**. Cette proposition qui s'apparente à un « **scan corporel** » (de l'anglais *body scan*), est « *une exploration des différentes parties du corps, guidée par la conscience*¹¹⁶ ». Le patient est dans des formes **d'écoute attentive** et de **découverte des sensations** de chaque partie explorée de son corps. Cet exercice permet de porter le regard sur certaines zones corporelles où des tensions peuvent être présentes. La perception attentive de ces zones permet parfois d'identifier les tensions alors présentes et qui étaient masquées par le phénomène **d'habitation sensorielle**. Cette technique, initialement décrite par la méditation de pleine conscience, permet de « tourner la caméra vers soi ». Le patient observe et contemple ses **sensations internes, intéroceptives**. L'orientation progressive de l'attention sur les sensations corporelles l'amène à établir un « **filtre sensoriel** » des stimuli environnementaux.

L'attention particulière orientée sur les sensations permet de vivre des **expériences psychocorporelles**. Nous leur proposons ainsi de réinvestir leurs corps par un procédé différent des consommations. Le soin psychomoteur est donc une invitation à **des expériences sensorimotrices et perceptivo-motrices** qui nourrissent et réactualisent les représentations corporelles qui ont été modifiées et altérées par le trouble de l'usage.

D'autres méthodes de relaxation ont été présentées aux patients **comme les techniques d'imageries** et de **visualisations**. « *Ces méthodes sont caractérisées essentiellement par la création d'une image mentale*¹¹⁷ ». La visualisation correspond à la **création d'une image ou d'une scène précise et intentionnelle**. Les techniques d'imageries **laissent, quant à elles, une image s'imposer d'elle-même**. D'après D. Servant, ces méthodes ont pour objectif de

¹¹⁶ D. SERVANT. *La relaxation. Nouvelles approches, nouvelles pratiques* (2^e éd.), Edition Elsevier Masson 2015 p.29

¹¹⁷ D. SERVANT. *La relaxation. Nouvelles approches, nouvelles pratiques* (2^e éd.), Edition Elsevier Masson 2015 p.37

« *modifier des états psychologiques, émotionnels et affectifs associés à ces images* ». En conséquence, des états de relaxation, de bien-être et d'émotions positives peuvent être induits. L'intérêt de cette technique réside également dans le fait qu'avec son apprentissage, le patient n'aura qu'à visualiser et imaginer le paysage « **sécre** » sur son « écran mental », afin de retrouver, tel un conditionnement, **un état psychologique et corporel confortable**.

La technique de relaxation progressive de Jacobson a été proposée en complément des techniques de relaxation dite « passive ». La détente musculaire obtenue par des phases de contractions et de décontractions musculaires successives conduit le patient à un état de **relâchement musculaire**. Cette technique de relaxation a été « *validée dans l'indication de troubles anxieux*¹¹⁸ » et elle peut être associée avec du contrôle respiratoire pour favoriser un **état de relâchement tonique**. Cette technique **nécessite un certain apprentissage** qui, lorsqu'il a lieu, permet une gestion efficace des états de stress aigus.

La relaxation est une médiation qui a montré son efficacité et sa pertinence dans son utilisation. Toutefois, **elle n'est pas spécifique aux psychomotriciens**. Le **regard psychomoteur** porté sur les patients durant la relaxation est spécifique à la profession. Nous allons à présent traiter du regard psychomoteur dans le cadre de ces ateliers pratiques.

D. Le regard psychomoteur

Le psychomotricien durant la séance évalue les **manifestations psychiques et corporelles** que laissent entrevoir les patients qui pratiquent de la relaxation. Ces manifestations multiples comprennent les **expressions toniques** (spasmes, contractions musculaires brèves, etc.), les **expressions physiologiques** (comme le ralentissement de la fréquence respiratoire), les **réactions de prestances** ou encore les **manifestations émotionnelles** (sourires, larmes). L'observation de ces manifestations et la verbalisation des vécus corporels enrichissent l'analyse clinique du thérapeute et favorise la capacité des personnes à faire des liens.

Les éprouvés sensoriels des patients permettent de travailler les décalages existants entre ce qui est vécu au cours de la séance et le vécu corporel habituel. Le professionnel doit accompagner les patients dans ce vécu corporel nouveau ou plutôt oublié par les années de consommation. Il est à l'origine de confort mais parfois, d'inquiétudes. La mise en mot par les patients en fin de relaxation permet d'aiguiller le psychomotricien sur l'affinité que les patients ont eu avec certaines méthodes de relaxation. C'est de cette façon que le psychomotricien pourra **orienter les outils de gestion du stress et de l'anxiété pour chaque patient en relation duelle**. Nous comprenons ainsi qu'il est pertinent de proposer aux

¹¹⁸ D. SERVANT. *La relaxation. Nouvelles approches, nouvelles pratiques* (2^e éd.), Edition Elsevier Masson 2015 p.6

patients un panel élargi de techniques afin que chaque individu puisse trouver la méthode qui lui correspond.

A présent, nous allons étudier une autre médiation corporelle où l'implication du sujet est davantage inscrite dans le **mouvement** et l'**explosivité**.

V- Utilisation de la boxe thaïlandaise dans le soin psychomoteur

La boxe thaïlandaise ou encore *Muay thai* signifiant « *boxe du peuple thaïlandais* », est la pratique sportive la plus représentée dans le royaume de Thaïlande. Cette pratique sportive répandue aujourd'hui à l'international est un **art martial** par définition. Un art martial, selon l'encyclopédie Larousse est « *un sport de combat fondé sur un code moral où les combattants se doivent de se respecter*¹¹⁹ ».

Il m'a semblé intéressant d'intégrer cette pratique sportive comme **médiation** dans la réalisation des **objectifs de soins en psychomotricité**. Cette pratique agit comme un **moyen de régulation du stress au travers des versants moteurs et explosifs**. Elle implique le sujet dans l'**agir** et l'**expression** de sa tension interne **par du mouvement**.

Cette médiation implique l'instauration d'un **cadre thérapeutique strict**. Elle est **indiquée sur prescription médicale à certains patients pour garantir un soin cohérent**. Généralement, cette médiation est proposée à des patients dont l'**état de tension interne ne répond pas aux soins classiques**. Elle est **particulièrement pertinente chez les patients qui présentent une forte impulsivité**. La pratique sportive de la boxe thaï **ne s'apparente pas à de la violence**. Nous l'utilisons dans le but de **réguler un état de tension interne majeur**.

La boxe thaïlandaise **implique le corps dans sa globalité**. Elle permet l'utilisation de techniques mêlant les poings, les pieds, les genoux, les coudes tout en intégrant de multiples déplacements. Nous retrouvons **un grand nombre de capacités psychomotrices mises en jeu dans cette pratique**.

Nous allons aborder plus précisément cette pratique au travers des notions d'explosivité motrice et au travers des fonctions psychomotrices sollicitées.

¹¹⁹ https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/arts_martiaux/68448

A. Frapper, un moyen pour réguler

Nous allons développer les appuis théoriques sur lesquels nous nous baserons afin de comprendre les enjeux impliqués au sein de cette prise en charge.

La mise en place de cette médiation prend appui sur le modèle économique Freudien postulant que l'appareil psychique traite les excitations externes et internes pour **maintenir une certaine constance, un certain équilibre**. Freud distingue différentes voies de traitement de ces excitations comme la régulation par la voie psychique, la régulation par les activités sublimatoires et la régulation par la voie somatique et **le comportement**. **Cette dernière voie s'apparente au domaine sensorimoteur** sur lequel la médiation boxe thaï va prendre appui via le **versant moteur explosif**. M. Sami-Ali ajoute l'idée selon laquelle le sujet n'a pas d'autre moyen que d'utiliser son corps quand il a un **trop-plein émotionnel**.

L'acte moteur permet donc de réguler la tension interne du sujet car l'acte de frappe pourrait s'apparenter à la **sphère inconsciente** de l'appareil psychique. Cette sphère est « *régie par un processus primaire caractérisé par une énergie qui tend à la décharge immédiate de ses besoins de se libérer*¹²⁰ ». La **sphère consciente**, quant à elle, est le siège des opérations mentales et de la relation du sujet avec l'environnement. Elle permet « *d'élaborer les pulsions sous forme de représentations symboliques à travers les processus secondaires pour exprimer ce que l'on pense*¹²¹ » comme lors de l'expression verbale de l'état de tension interne du patient.

L'acte de frappe offre une **voie directe à l'extériorisation des états internes**. Il est indispensable de préciser au patient et à l'équipe soignante que **cette proposition de soin ne cherche aucunement l'acquisition d'une performance** mais qu'elle s'inscrit dans cet objectif de **régulation de tension interne**.

Nous pouvons donc dire que l'utilisation de la boxe thaïlandaise en psychomotricité « *aide à la transformation des éprouvés en représentations*¹²² » tout en permettant l'expression de la tension interne par un acte moteur et dynamique.

B. Tonus et posture

Le tonus musculaire **entretient un lien étroit avec le schème postural** de l'individu. Il aide au maintien de la posture et permet l'ajustement lors de toute activité statique ou de l'exécution d'un mouvement. Comme nous l'avons vu précédemment, **l'état d'anxiété et de stress modifie de manière significative les fonctions toniques et posturales**.

L'atelier de boxe thaï investigate et met au-devant de la scène les enjeux posturaux du patient. La boxe thaïlandaise demande une adaptation tonico-posturale du fait de **l'alternance entre l'hypertonie** durant les temps de frappes et **le relâchement musculaire** pendant les

¹²⁰ B. QUINTARD. *Théorie Freudienne de l'appareil psychique* Enseignement universitaire 2015

¹²¹ B. QUINTARD. *Théorie Freudienne de l'appareil psychique* Enseignement universitaire 2015

¹²² J. DEZES. *Tempérer les passages à l'acte en passant par l'acte* Mémoire de psychomotricité Université de Bordeaux, 2014 p 46-47

phases de récupération. Nous observons, durant la proposition de l'exercice, que le patient adapte progressivement son schème tonico-postural à celui qui est recherché car l'effort conduit à l'établissement d'une posture économique. Cette adaptation permet de proposer au patient un relâchement tonique volontaire, venant contraster avec le profil postural habituellement adopté.

Le couple « contraction-relâchement » accompagné par une phase de récupération amène progressivement à une dynamique corporelle plus fluide qui sera d'autant plus marquée au fil des séances proposées. Ce couple favorise le relâchement musculaire et permet de tendre vers un « **état de détente psychique** » comme lors de l'utilisation de techniques de relaxation actives. Cet état, obtenu par une diminution graduelle du fond tonique, soutient une meilleure gestion des émotions : « *Les qualités toniques sont progressivement modulées, apportant un contrôle plus facile des émotions comme la peur et en retour, un abaissement du fond tonique*¹²³ ». **Ainsi, la mobilisation du tonus musculaire par cette médiation constitue un appui supplémentaire dans la gestion du stress et de l'anxiété.**

C. La respiration à travers la médiation boxe thaï

Outre le fait que la respiration entretient un lien étroit avec la dimension anxieuse, elle permet de soutenir d'autres fonctions psychomotrices comme le tonus. Le psychomotricien porte un regard attentif à la fonction respiratoire. L'exercice de boxe thaï requiert un effort physique prononcé. Il nécessite une augmentation du rythme respiratoire. Il impose au patient **d'adapter et de coordonner son rythme respiratoire aux efforts fournis**. Ainsi, le patient suspend sa respiration dans les frappes et la récupère durant les temps de repos. Cette alternance respiratoire va être **rythmée** par la pratique et elle va **se synchroniser avec la fonction tonico-posturale ce qui ne laisse aucune place à la désorganisation de la respiration**. La respiration est comme guidée par les enchainements de boxe et plus largement, guidée verbalement par le psychomotricien.

Durant les temps d'arrêts de l'exercice, le patient est invité à retrouver une respiration calme et **abdominale**, l'exerçant ainsi à expérimenter cette variante respiratoire **favorable à une diminution du stress et de l'anxiété**. Cette méthode respiratoire abdominale diverge de celle adoptée dans l'anxiété où le flux respiratoire mobilise davantage la partie thoracique.

¹²³ G. GAUDRY, O. GRIM, M. GUIOSE et J-P. LOUVEL. *Arts martiaux en Psychomotricité*, Edition Heures de France 2008 p 88

D. Vers un changement identitaire

L'utilisation de la boxe thaïlandaise implique des fonctions psychomotrices qui s'étendent au-delà des fonctions toniques et respiratoires. La sensation de force délivrée par les coups du patient lui confère un **sentiment de puissance qui contraste avec sa faible estime de lui-même**. La perception subjective d'un corps habituellement « faible » et « endommagé » évolue vers une perception d'un corps « fort » et « puissant ». **Cette évolution dans les représentations corporelles fait appel à une modification progressive de l'image du corps et du schéma corporel.**

La revalorisation de l'image du corps ne se limite pas au cadre spatio-temporel de l'atelier proposé. Elle continue en dehors des séances puisque **le souvenir perceptif du sentiment de puissance dans les frappes est mémorisé**. La mémorisation des perceptions est d'autant plus soutenue car cette pratique engage la totalité du corps du patient : « *Vous oublierez très vite ce que vous aurez appris oralement mais vous vous rappellerez de ce que vous aurez appris avec votre corps*¹²⁴ ». C'est à partir de ces sensations que le patient accède à une image et des représentations corporelles davantage positives et gratifiantes.

Ainsi, les coups portés par le patient sur les cibles de frappes lui renvoient en feedback des sensations synonymes de force et de puissance. Elles vont ainsi lui permettre un réaménagement de ses représentations corporelles.

E. Conclusion

L'utilisation de la boxe thaïlandaise comme médiation corporelle est donc un outil pertinent dans la **gestion du stress et de l'anxiété**. Elle permet **aussi de soutenir les fonctions psychomotrices**.

La pratique de cette médiation sollicite les capacités motrices des personnes mais aussi les aspects relationnels entre les personnes. Le plaisir et la motivation au cours du soin crée une alliance thérapeutique de qualité renforcée par la communication non verbale et le dialogue tonico-émotionnel. Le psychomotricien doit s'engager pleinement pour pouvoir accompagner les patients dans cette médiation ce qui donne « *accès au sentiment d'être présent à soi [...], existant pour soi en relation à l'autre*¹²⁵ ».

¹²⁴ G. GAUDRY, O. GRIM, M. GUIOSE et J-P. LOUVEL. *Arts martiaux en Psychomotricité*, Edition Heures de France 2008 p 88

¹²⁵ www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/mediations1/POLY.Mini.5.html

VI- Études cliniques

Je souhaite en cette fin de mémoire, exposer deux prises en charge psychomotrices que j'ai pu réaliser durant mes stages en milieu hospitalier. Elles me permettront d'illustrer la **complexité des tableaux cliniques** jusqu'ici développés entre les troubles de l'usage, les troubles anxieux et l'état de stress. Ces prises en soins exposent la façon dont l'accompagnement en psychomotricité a permis de soutenir les patients dans leurs problématiques addictives et en particulier dans **la gestion de leur stress et de leur dynamique anxieuse**. Les deux situations que nous allons présenter traitent de deux personnes souffrant de troubles de l'usage sévère et pour qui le stress et l'anxiété sont au premier plan. Nous verrons les soins spécifiques proposés et comment nous avons adapté la proposition de soin en fonction de leur profil. Nous parlerons dans un premier temps de Monsieur N puis dans un second temps de Monsieur G dont j'ai croisé les chemins en **unités de soins complexes en addictologie**.

A. De la représentation à l'expérimentation : Étude clinique de Monsieur N

Présentation du patient

L'étude de cas de Monsieur N porte sur la prise en charge dont il a bénéficié durant mon stage expérimental. Il est âgé de 30 ans. Il est hospitalisé dans le cadre d'un **sevrage à l'alcool et au cannabis dont les troubles de l'usage sont sévères**. Il présente également des **antécédents d'épisodes dépressifs caractérisés**. Monsieur N vit seul dans un petit appartement. Il est socialement isolé. Les seuls liens sociaux qu'il possède sont ceux avec ses parents avec lesquels il entretient de bonnes relations. Selon son dossier médical, Monsieur N a « **un trouble anxieux** » dont la nature n'a encore jamais été spécifiée. Ses nombreuses visites médicales sont orientées dans la recherche d'un soin adapté à ses problématiques addictives, **laissant sa problématique anxieuse au second plan**. Son trouble sévère de l'usage à l'alcool a entraîné **plusieurs rechutes** malgré les nombreuses périodes de soins addictologiques. Monsieur N fait part d'une grande souffrance associée à **un fort sentiment d'incurabilité et un sentiment d'impasse** : « *je ne m'en sortirai jamais de la vie* ».

L'équipe médicale le décrit comme « **hypertendu** » et « **irritable** ». Son traitement pharmacologique est composé d'anxiolytiques et de neuroleptiques pour prendre en charge sa période de sevrage mais aussi sa dynamique anxieuse.

Je rencontre ce patient à la demande du médecin afin **d'investiguer son niveau d'anxiété** et d'y **joindre une prise en charge psychomotrice**. Cette demande donnera suite à la programmation d'une rencontre avec ce patient, rencontre qui enrichira la compréhension des enjeux impliqués dans son trouble de l'usage.

Une rencontre

Ma première entrevue se passe au sein de la chambre de Monsieur N. J'aperçois ce dernier, au travers du cadran vitré de la porte. Il est allongé sur son lit avec le regard fixé sur son téléphone. Il apparaît complètement absorbé par les images de son écran. Le signalement de ma présence attire son attention vers la porte. Il décroche son regard du téléphone, l'orientant ainsi vers moi et pliant les yeux comme pour discerner le visage venant à sa chambre. Cette modalité de rencontre est particulière car nous **entrons dans l'espace du patient**. Ainsi, je prends toujours le soin de demander l'autorisation d'entrer et de m'installer pour respecter l'intimité du patient. Après m'être installé, présenté et l'avoir informé de ma fonction au sein du service, je demande au patient **comment il se porte**. Il est intéressant de noter que cette simple interrogation permet d'ouvrir une discussion où le patient oriente lui-même l'échange dans ce qu'il pense important de dire. Monsieur N oriente d'emblée son discours sur le vécu de son hospitalisation et la sévérité de sa problématique addictologique. Il me raconte l'histoire de ses consommations qui est **teintée d'une peur de « ne jamais s'en sortir »**. Je perçois rapidement **un état de détresse** chez Monsieur N qui vient assombrir son récit. Cet état est visible corporellement par le biais de **sa communication non verbale**. Il présente une gestuelle vive, une **agitation des membres supérieurs et inférieurs**, un **regard fuyant orienté vers le bas** et des **mimiques faciales de peur**. Je peux également noter un **recrutement tonique important**. Son état global m'amène à ralentir mon débit de voix, à adoucir ma voix et à accueillir les inquiétudes de celui-ci pour mieux le rejoindre.

L'échange s'oriente sur les dernières consommations ayant menées à son hospitalisation afin d'identifier le contexte dans lequel elles sont survenues. Il est frappant de repérer que toutes ses dernières consommations ont eu lieu lors d'épisodes **« de peur et de détresse »** ce qui me pousse à évaluer sa dynamique anxieuse.

L'évocation des « peurs et des états de détresse » me conduit à questionner **leurs fréquences d'apparitions**. Cette interrogation laisse place à un moment de réflexion, plongeant le regard du patient dans le vide où il livrera avec désespoir que **« ces sentiments se manifestent constamment »**. Monsieur N se décrit comme une personne ayant toujours éprouvé de la peur jusqu'à même se définir **« de nature peureuse »**. Son discours est accompagné d'une communication non verbale qui ne cesse d'exprimer **un état d'alerte continu**. **L'expression croissante de son inquiétude** me pousse à établir une posture professionnelle de réassurance en mettant en avant **la protection** du cadre hospitalier et en l'assurant de l'accompagnement **médical et paramédical dont il bénéficiera**.

Au terme de cette première rencontre, je propose à Monsieur N un nouvel entretien le lendemain. Cette proposition a pour objectif d'approfondir l'évaluation du sentiment d'inquiétude constant qui semble handicaper globalement Monsieur N et de proposer une prise en charge psychomotrice autour de cette problématique. Monsieur N accepte cette proposition, esquisse un sourire et me remercie de prendre soin de son stress et de sa peur. Il

me livrera durant la poignée de main que « *personne ne s'est vraiment occupé de ça, mais que de ses addictions* ».

L'Atelier psychoéducation : mettre des mots sur les ressentis

Les conditions du service hospitalier ne m'ont malheureusement pas permis d'effectuer de séances de psychoéducation en groupe. Elle a donc eu lieu au cours d'un entretien individuel.

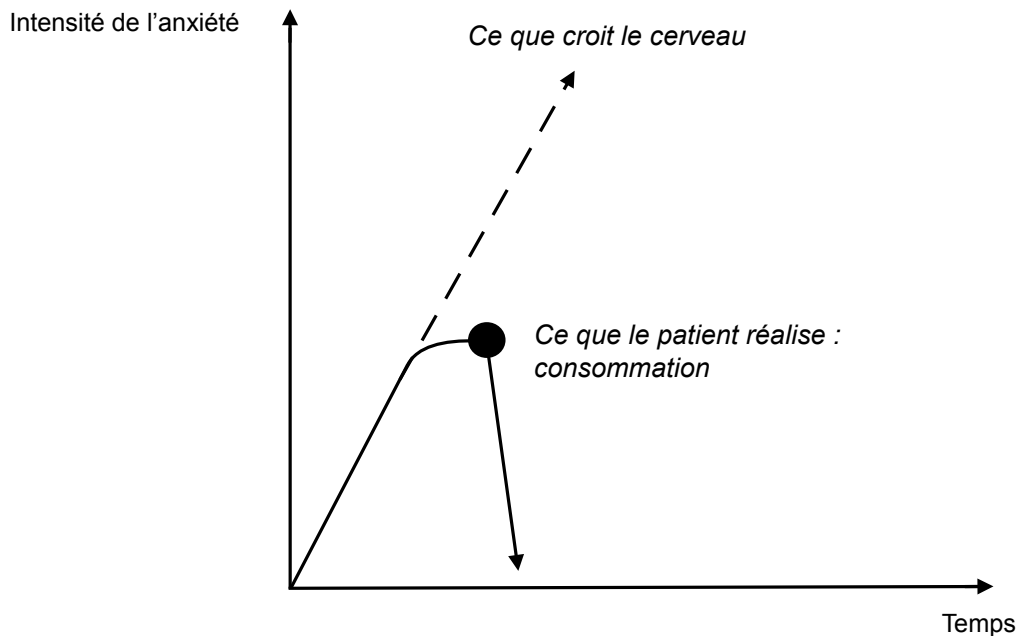
Le lendemain comme convenu, nous nous revoyons dans l'objectif **d'investiguer davantage la question du sentiment d'inquiétude**. Monsieur N présente toujours le même état d'alerte, d'hypervigilance et de qui-vive. En guise d'introduction à la psychoéducation, je le questionne sur le caractère normal ou non de l'inquiétude et du stress. Sa réponse est **immédiate et spontanée** : « *Ah bah non, ce n'est pas normal du tout, c'est bien ça mon problème !* ». A partir de cette réponse, je peux saisir chez Monsieur N, toute la **confusion autour du sentiment d'inquiétude et de stress puisqu'il représente le stress comme un sentiment anormal**.

Je me permets durant ce moment, d'insister sur le **caractère normal et adaptif du stress**. Cela rassure Monsieur N tout en l'étonnant et en attisant sa curiosité comme peut illustrer ses propos « *Ah bon, ça veut dire que vous aussi vous stressez parfois ?!* ».

Durant l'atelier, l'accent est mis sur les **différentes manifestations corporelles et physiologiques** du stress notamment **cardiaques**. Monsieur N **montre beaucoup d'inquiétudes autour des battements cardiaques**. Il présente une hyper focalisation et une hypervigilance sur la sensorialité intéroceptive. Ces symptômes laissent également à penser que le trouble anxieux de Monsieur N est aussi constitué **d'attaques de panique** ce qui renforce ses cognitions anxieuses et ses « scénarios catastrophes ». Par la suite, nous travaillons avec Monsieur N sur les stratégies de *coping* afin qu'il établisse les liens entre ses stratégies centrées sur l'évitement et ses consommations durant les périodes de stress. Cette base me permet ainsi d'engager un travail spécifique sur **l'anxiété**.

Il est important de noter que Monsieur N n'avait encore jamais évoqué ce terme ni même travailler spécifiquement cet aspect alors qu'il présente un trouble anxieux non spécifié. Cela met en avant l'importance de le présenter, de l'identifier afin de mettre des mots sur une souffrance subie mais mal étiquetée. Ces apports prennent une résonance toute particulière pour Monsieur N qui dit « *s'identifier entièrement à cette description de l'anxiété* ». Ce sentiment **d'être compris**, et d'avoir identifié sa souffrance en mettant des mots et des explications sur ce ressenti désagréable, conduit le patient à mobiliser son énergie sur les propositions de prise en charge.

La psychoéducation du stress et de l'anxiété se poursuit en prenant soin **d'intégrer la problématique addictologique**. Cette relation identifiée par le patient lui-même est abordée à l'aide d'un schéma graphique que nous établissons et, grâce auquel, Monsieur N identifie la corrélation entre son trouble de l'usage et son trouble anxieux :



Evolution de l'anxiété en situation de l'évitement

Source : M. Gallé-Tessonneau ; L. Dahéron. *Comprendre et soigner le refus scolaire anxieux* Edition Dunod 2020 p.123

La prise de conscience et l'insight des manifestations de stress et d'anxiété permettent à Monsieur N d'envisager son fonctionnement. Les consommations de substance « *aggravent ainsi l'anxiété et généralise la stratégie d'évitement à d'autres situations*¹²⁶ ». Nous évoquons en parallèle **l'évolution naturelle de l'anxiété en insistant sur le décroissement progressif de son intensité.**

Au terme de cette première séance, les jalons explicatifs du stress et de l'anxiété ainsi que la relation qu'ils entretiennent avec les troubles de l'usage sont établis auprès de Monsieur N. **Les consommations d'alcool et de cannabis sont ainsi comprises comme les rares moyens en sa possession de régulation des états de stress et d'anxiété.** Par ailleurs, l'accent a aussi été mis sur l'autonomisation de ces troubles car la compréhension du lien existant entre stress/anxiété et trouble de l'usage pourrait illusionner la personne en banalisant les difficultés propre à chaque trouble. Cela pourrait être résumé ainsi « si je guéris de mon anxiété alors je n'aurai plus de problème d'alcool et de cannabis ».

¹²⁶ M. GALLÉ-TESSONNEAU; L. DAHÉRON. *Comprendre et soigner le refus scolaire anxieux* Edition Dunod 2020 p.59

La rencontre se conclut par l'introduction de la pratique psychomotrice et la passation de « l'inventaire de Beck pour l'anxiété » qu'il complètera dans la matinée. L'objectif est de renforcer le travail engagé et de l'inviter à découvrir **des outils alternatifs à la prise de consommations**.

Analyse de l'inventaire de Beck pour l'anxiété (Annexe n° 2)

L'inventaire de Beck permet de mesurer et standardiser l'anxiété. L'anxiété est qualifiée de « sévère » lorsque le score est supérieur ou égal à 26. Le score obtenu par Monsieur N est de 33 ce qui témoigne d'une **dynamique anxieuse majeure**. L'échelle permet également d'établir le profil anxieux de la personne. Monsieur N présente un profil hétérogène avec des cognitions anxieuses notables et de nombreuses manifestations corporelles. Ainsi, **la peur de mourir, l'emballement cardiaque, les maladrotes motrices, les difficultés digestives** ou encore les **rougissements** et la **transpiration** sont très présents chez Monsieur N. Il **souffre donc d'une anxiété sévère et invalidante**.

Ateliers pratiques : 1^{ère} séance

Je retrouve Monsieur N pour poursuivre la proposition de soin dans sa chambre. A mon arrivée, il présente un **niveau d'anxiété élevé** du fait, entre autre, de la modification de ses traitements médicamenteux qui nécessite une phase d'adaptation. Ce changement rend Monsieur N particulièrement inquiet qui a « *peur d'avoir des effets secondaires inattendus* ». Cette situation anxiogène précipite **l'apparition de craving** avec des effets anticipés et recherchés d'anxiolyse (effet renforçant négatif). Il ne perd toutefois pas de vue l'objectif de ma venue et m'invite à présenter les outils de soins pour « *laisser passer ce craving* » **ce qui est extrêmement positif**. J'objective ici les prémices d'une motivation au changement en acceptant des stratégies de régulation différentes et inconnues du craving et des états de stress et d'anxiété.

Dès lors, je propose à Monsieur N de s'allonger sur son lit, de lui baisser légèrement les volets et de m'installer non loin de lui sur une chaise. Je l'invite à réaliser une **séance de relaxation**, invitation qu'il accepte tout en me questionnant de manière détaillée sur la nature de cette proposition.

Cette première initiation à la relaxation s'oriente sur **l'attention portée aux sensations corporelles** et à la **respiration**. Au cours de cette séance, j'invite Monsieur N à **prolonger ses temps d'expiration** et à favoriser **l'inspiration abdominale**. La nouveauté de l'exercice provoque un léger rebond anxieux visible par des **réactions de prestance (rires)** qui vont progressivement s'atténuer au fur et à mesure de la séance. Monsieur N est invité à ressentir, décrire et interroger ses sensations corporelles. Son investissement et son souci de bien faire (anxiété de performance) sont manifestes. **Comme pour combler le vide**, il réalise de nombreux **retours verbaux de ses sensations, y compris pendant la relaxation**. Il est

étonné par des perceptions de chaleur, de circulation sanguine et des différences existantes entre les deux hémicorps qu'il décrit comme « *bizarres mais agréables* ». **Ses muscles du visage se décontractent, des contractions toniques à type de spasmes musculaires émergent, l'espace entre ses pieds s'accroît et sa fréquence respiratoire diminue.** Ces éléments témoignent **d'un état de relâchement tonico-musculaire global et de l'installation d'un état de relaxation.**

Monsieur N me fait néanmoins part de ses **inquiétudes concernant les sensations cardiaques** qu'il éprouve. Il dit sentir « *des battements trop fort du cœur* ». Je le rassure sur le caractère normal de la perception des sensations cardiaques et des pulsations sanguines durant la relaxation. J'insiste également sur les sensations apportées par les autres régions du corps qui vont agir comme une **distraction attentionnelle** tout en l'exposant, de manière sécuritaire, à ces sensations. Le but est de l'accompagner et le désensibiliser de ses **préoccupations au niveau cardiovasculaire.**

En fin de séance, Monsieur N réouvre lentement les yeux et esquisse des petits étirements. Il me regarde avec un sourire tout en me disant « *c'était très étrange mais je me sens plus relâché* ». Sans même l'inviter à verbaliser le vécu de cette séance, Monsieur N prend les devants et me fait part de **l'effet « relaxant » de cette proposition.** Son **débit verbal est beaucoup plus ralenti** et son **agitation psychomotrice s'est atténuée.** Toute sa communication non verbale s'est modifiée et est en adéquation avec l'état psychique dans lequel il se trouve. Il revient sur l'expression des sensations « *étranges* » et « *nouvelles* » qu'il a pu ressentir au cours de la séance tout en cherchant des explications rationnelles à ce vécu corporel. **L'attention** spécifique portée aux **sensations corporelles** et le **relâchement tonico-musculaire** induit par l'état de relaxation peut entraîner une **modification du référentiel sensoriel à l'origine de remaniements du schéma corporel et de l'image du corps.** Le patient est **agréablement surpris** de l'état dans lequel il se trouve, comme un **vécu corporel nouveau**, synonyme d'un corps où l'apaisement est de nouveau possible par assouplissement de **l'état de tension interne.** La séance se conclut sur cet état de relâchement tant corporel que psychique.

Ateliers pratiques : 2^{ème} séance

Je revois Monsieur N pour continuer de lui présenter différentes méthodes de gestion du stress et de l'anxiété. Une fois rentrée dans sa chambre d'hospitalisation, il me salue en souriant puis ajoute : « *Vous allez être content, j'ai utilisé la technique de respiration par le ventre cette semaine quand j'étais stressé et ça a plutôt bien marché* ». Ces quelques mots témoignent d'une revalorisation narcissique et des remaniements profonds qui commencent à s'opérer au niveau psychocorporel chez Monsieur N (image du corps, schéma corporel, sentiment d'efficacité personnelle, autonomisation, etc.). Monsieur N me fait part de ses émotions positives de **joie, de fierté et d'espoir.** **Il a également pu expérimenter des stratégies autres que les consommations ce qui n'est pas négligeable.** Je valorise et

encourage Monsieur N à poursuivre ses efforts dans l'utilisation des techniques utilisées afin qu'il **généralise ces outils dans sa vie quotidienne**.

Nous reprenons ensemble les situations sources d'anxiété durant la semaine et les stratégies mises en place. Monsieur N a pu se saisir des techniques de relaxation même s'il a parfois eu recours à des comportements d'évitement en consommant du cannabis lors de son hospitalisation. La consommation de substances psychoactives a eu lieu lors d'épisodes d'anxiété aiguës ce qui est classiquement retrouvé chez les personnes ayant un trouble de l'usage. Il est en effet strictement impossible de demander à la personne de changer radicalement alors que son cerveau et ses circuits neuronaux ont principalement engrammé comme stratégie efficace de régulation, la consommation. Cela suppose donc de la part des professionnels d'accueillir avec bienveillance, empathie et sans jugement ces épisodes de consommation pour les retravailler.

Monsieur N est inquiet par la perspective de sa permission hospitalière prévue car son domicile est un lieu anxigène. Il quantifie son niveau d'anxiété à 6/10. Nous réalisons un schéma, **sous l'angle des fonctions exécutives**, sur lequel nous déclinons l'ensemble des possibilités envisageables pour gérer la présence d'éventuels épisodes anxieux durant cette permission. La **planification, l'anticipation** et la mobilisation des capacités de flexibilité mentale **permettent d'élaborer différentes stratégies**. Une fois ce travail réalisé (et qui rassure Monsieur N), je lui propose la relaxation progressive de Jacobson. Le choix de cette technique réside dans le fait qu'une « *méthode de relaxation active est préférable chez un sujet très anxieux*¹²⁷ » car elle renforce le contrôle et la maîtrise du sujet. Cette méthode est également plus facile à appliquer lors d'épisode aigu.

Au cours de la relaxation, Monsieur N se montre attentif et très engagé dans la proposition. Je propose de coupler cette méthode avec des temps d'inspiration, de blocage et d'expiration.

J'observe là aussi des spasmes musculaires, des contractions toniques brèves qui reflètent l'instauration d'un état de relaxation musculaire. En fin de séance, Monsieur N prend quelques grandes respirations et ouvre les yeux. Regardant le plafond, il dit à petite voix « *je sens vachement mon corps* » **avec des vécus corporels particuliers**. On objective une diminution de l'état d'anxiété. Monsieur N quantifie son anxiété à 4 sur 10. Cette nette réduction démontre l'effet rapide et opérant de la proposition du soin psychomoteur sur son état d'anxiété et sa sensibilité à cette méthode de relaxation. Nous terminons la séance par la **verbalisation et l'élaboration des éprouvés corporels**. Monsieur N décrit une fatigue corporelle « *apaisante* » comme s'il venait « *de faire du sport* ». Il dit ressentir tout son corps comme « *activé* » et encore « *chaud de l'effort musculaire* ». L'expérimentation de la technique de Jacobson n'a pas soulevé, cette fois, de sensations corporelles « *étranges* ». Nous nous quittons sur les remerciements chaleureux de Monsieur N.

¹²⁷ <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/03/la-relaxation-progressive-de-jacobson.pdf>

Ateliers pratiques : 3^{ème} séance, dernière rencontre

L'équipe infirmière, durant la réunion d'équipe pluridisciplinaire, me fait part d'inquiétudes exprimées par Monsieur N **centrées sur ses sensations cardiaques**. Il décrit un rythme cardiaque « *irrégulier et trop fort* » **malgré un électrocardiogramme normal**. Nous émettons l'hypothèse que le niveau d'anxiété de Monsieur N est aujourd'hui très important avec des cognitions anxieuses fortes et des symptômes corporels proches de l'attaque de panique. Je réaffirme à l'équipe ma venue auprès du patient ce jour. Dès mon arrivée, Monsieur N est assis au bord du lit, me regardant avec des expressions faciales figées, tendues. Je lui demande comment il se porte. Monsieur N se montre irritable et agacé. Il exprime avec fermeté que « *cela fait depuis hier soir que je dis au médecin que mon cœur pulse trop à cause du traitement et rien n'est fait, franchement ce n'est pas normal !* ».

Je prends le temps, avant de répondre, de lui renvoyer la tension présente, palpable et visible chez lui. L'inquiétude exprimée par Monsieur N, représentée aussi par ses sensations cardiaques, semblent être le reflet de son terrain anxieux. Aussi, je tente de ne pas renforcer positivement ou négativement son anxiété car, même si nous avons conscience que ces manifestations cardiaques sont de l'ordre anxieux, elles sont **bien réelles** pour lui et sources d'une souffrance importante. Je décide donc de prendre appui sur le diagnostic médical établi tout en prenant en compte son inquiétude. Je valide sa souffrance et dit entendre l'anxiété générée par les sensations éprouvées sans pour autant avoir d'inquiétude au vu des résultats médicaux **irréprochables**. Je rajoute une note d'humour venant dédramatiser davantage la situation « *J'ai vu les résultats vous savez, et vous avez un vrai cœur de jeune !* ».

Cette séance avait pour objectif d'initier Monsieur N à de la relaxation par des **techniques de visualisations**. Mais face à l'inquiétude pénalisante de ses sensations cardiaques, je lui propose de réaliser la séance autour de cette problématique qui semble entraver son confort de vie. Je l'invite à s'allonger sur son lit, à prendre quelques inspirations au niveau de la région abdominale. Puis, je lui propose d'attirer son attention spécifiquement sur le cœur et d'observer les battements cardiaques présents. Pour donner suite à cette observation, je lui demande de me décrire les sensations éprouvées. « *Je sens le cœur battre doucement, il ralenti et là d'un coup, il pulse et c'est ça qui fait peur car ça peut faire des AVC vous savez !* ». Je demande ensuite de préciser si possible, cette sensation de « pulsation ». Le patient illustre cette perception par un geste de la main, le point fermé en verbalisant « *qu'au moment où le cœur se contracte ça pousse fort et à ce moment précis, c'est dangereux* ». Ces quelques mots sont accompagnés d'une grande détresse. En effet, Monsieur N indique qu'il associe ces battements cardiaques intenses et irréguliers au développement d'une maladie cardiovasculaire pouvant provoquer la **mort**. Ces fausses croyances entretiennent toute une dynamique anxieuse autour de cette thématique et conduisent même à adopter des **comportements d'évitement**. Par exemple, Monsieur N ne souhaite plus faire de sport à cause de l'emballement cardiaque perçu lors des efforts physiques.

Ainsi, ce travail d'exposition sensorielle aux battements cardiaques nous a permis de définir **les sensations à l'origine de sa cardiophobie**. Le battement cardiaque et plus précisément, la phase d'expulsions du cœur, synonyme de vie et d'existence, prend chez Monsieur N une coloration sombre et s'imprègne de cognitions orientées vers la mort (distorsion cognitive). Ce travail nous a permis d'échanger, sans menace, sur la thématique cardiaque. J'ai également invité le patient à **questionner le médecin** pour avoir des éclaircissements sur les résultats de ses examens et le fonctionnement cardiaque. L'entretien s'est terminé sur une note positive car Monsieur N m'a livré réussit à mettre en place des stratégies adaptatives dans des situations de stress et d'anxiété.

Monsieur N, au cours des séances, a pu **renforcer son contrôle perçu** en expérimentant diverses médiations qui ont eu pour objectif la gestion de son niveau d'anxiété. Cette séance de psychomotricité fut la dernière. Monsieur N a quitté le service d'hospitalisation le soir même. C'est sur cette note d'espoir et d'ouverture des possibles que je laisse Monsieur N tout en l'encourageant à poursuivre ce type de prise en charge.

Conclusion de la prise en charge de Monsieur N

L'objectif de soin psychomoteur initialement prescrit par le médecin reposait sur **l'analyse clinique de l'anxiété** de Monsieur N. Nous avons pu observer par cette étude de cas que l'anxiété pouvait se manifester à la fois au niveau des cognitions et des pensées mais aussi **corporellement**. L'échelle d'anxiété de Beck et le regard clinique apporté nous ont permis de dresser un tableau descriptif et objectif de l'état anxieux de Monsieur N. La prise en charge de son **trouble anxieux constitue un levier majeur dans la prise en charge de son trouble de l'usage. Sa prise en compte est donc tout aussi primordiale pour que le soin addictologique soit efficient.**

Nous avons réalisé pour ce faire de la psychoéducation du stress et de l'anxiété ce qui a permis au patient d'entrevoir **les liens qu'entretiennent ses problématiques addictives avec son trouble anxieux**. Par la suite, l'initiation aux techniques de relaxation a **significativement diminué ses états de stress et d'anxiété avec un début de généralisation de ces outils dans sa vie quotidienne**. Il pourra donc utiliser ces méthodes en fonction de ses préférences pour mieux gérer les manifestations cliniques de ces troubles.

En définitive, le patient a pu accéder à une forme de représentation de la pathologie dont il souffre et concevoir les relations qui s'entremêlent avec son trouble de l'usage. **Il a pu expérimenter diverses propositions de médiations corporelles afin d'avoir un meilleur contrôle des manifestations cliniques de ses troubles**. Il se trouve aujourd'hui « plus armé » pour faire face aux difficultés futures.

Il aurait été intéressant de réévaluer le niveau d'anxiété du patient par l'intermédiaire de l'échelle de Beck. Cependant, cela n'a pas été possible compte tenu de la sortie de Monsieur N. Nous nous sommes donc appuyés sur l'évaluation subjective du patient et l'observation

corporelle de ce dernier afin d'estimer l'évolution de son anxiété. **Ainsi, nous pouvons dire que l'approche psychomotrice a favorisé une meilleure régulation de ses états.**

B. Quand l'anxiété rencontre l'explosivité : Étude clinique de Monsieur G

Présentation du patient

Je rencontre Monsieur G dans le cadre de sa **prise en charge hospitalière**, en hôpital de jour Addictologique. La prise en soin de Monsieur G est décrite comme **difficile** par l'équipe pluridisciplinaire au regard du caractère sévère de sa pathologie et de son évolution très instable. Monsieur G est âgé de 28 ans. Il a une **carrure** et une **posture imposantes** du fait de sa taille et de sa forte corpulence. Il souffre d'un **trouble sévère de l'usage à l'alcool**, au **tabac** et au **cannabis**. Il a des antécédents personnels de consommations occasionnelles de cocaïne et d'ecstasy.

L'histoire des consommations débute avec l'alcool. Ces consommations sont initiées vers l'âge de 13 ans dans des **contextes festifs**. **La perte de contrôle** est datée aux alentours de ses 17 ans avec une consommation quotidienne d'alcool fort (whisky, vodka, rhum). Actuellement, Monsieur G consomme **deux litres de whisky par jour**. Les consommations de cannabis débutent quant à elles vers l'âge de 15 ans dans un contexte d'aggravation des conflits familiaux avec une **quantité d'emblée importante**.

Le contexte familial durant l'enfance de ce monsieur est **carencé**. Il a subi de **nombreuses violences** tant **verbales** que **physiques** avec des **négligences**. **Les violences provenaient de son père qui avait lui-même un trouble de l'usage à l'alcool**. Ces violences ont cessé à l'arrêt des consommations du père de Monsieur G. Les conséquences de ce contexte familial sont gravissimes non seulement par la sévérité de son trouble de l'usage mais également par la décompensation sévère d'**État de Stress Post Traumatiques (ESPT)**. L'ESPT se caractérise par des **reviviscences** qui **agissent comme des facteurs précipitants de ses consommations** « *Je bois pour oublier tout ça* ». L'ensemble de ces éléments a vraisemblablement **favorisé le développement de ses troubles de l'usage**.

Monsieur G bénéficie de traitements médicamenteux lourds comprenant des **neuroleptiques**, des **anxiolytiques** et des **traitements addictologiques** tels que les traitements substitutifs au tabac. Il ne présente par ailleurs aucun problème de santé somatique à l'exception d'une hypercholestérolémie malgré le niveau de ses consommations. À ce jour, Monsieur G est en couple. Il est cuisinier mais il est en arrêt de travail du fait de la sévérité de ses problématiques.

Évolution durant l'hospitalisation

Sur le plan addictologique, Monsieur G est à distance des consommations. Il présente d'importants et d'intenses épisodes de **craving** à l'alcool et au cannabis qui se traduisent par **une tension interne majeure, de l'irritabilité et une augmentation de son impulsivité**. Les troubles du sommeil se sont **majorés** du fait, entre autre, de la phase de sevrage.

Monsieur G a été hospitalisé durant le mois de Décembre en hospitalisation séquentielle pour lui permettre de mieux gérer la période des festivités. Seulement, Monsieur G, le matin même de sa venue en hospitalisation, s'est intoxiqué gravement à l'alcool et aux neuroleptiques (coma). Il pensait consommer un ou deux verres avant la venue du transporteur mais, au premier verre, il a perdu le contrôle de sa consommation et a tenté de la réguler en ingérant des neuroleptiques dont il a également perdu le contrôle. Il a donc été hospitalisé en soins intensifs avant de réintégrer le service d'addictologie.

C'est durant cette période d'hospitalisation que je rencontre Monsieur G. Le suivi en psychomotricité est indiqué pour poursuivre le travail engagé sur les fonctions exécutives et dans le cadre de la **gestion de sa tension interne**. Ma rencontre avec le patient s'est réalisée durant un suivi psychomoteur déjà initié par la psychomotricienne du service hospitalier.

Un profil psychomoteur particulier

La symptomatologie inhérente à ce patient intéresse tout particulièrement la psychomotricité. Le trouble de l'usage aux substances et l'état de stress occasionné par les multiples traumatismes se traduisent chez Monsieur G par **une dimension anxieuse omniprésente et un état de tension interne majeur** où la consommation d'alcool apparaît comme **l'unique moyen** de régulation. L'état de stress se manifeste corporellement par une **respiration saccadée, bruyante et une agitation psychomotrice**. Paradoxalement à l'état de tension interne, Monsieur G est **hypomimique** et **hypotonique**. Cet état est en partie lié à ses traitements neuroleptiques dont la posologie importante vient impacter son organisation psychomotrice. Monsieur G apparaît **désinvesti corporellement** avec une **posture recourbée**, les bras ballants très souvent **le long du corps**. Le **désinvestissement corporel** traduit ici, un corps qui ferait simplement office **d'objet d'assimilation de substances**. En effet, les évolutions toniques et posturales se « *traduisent de l'investissement psychocorporel du patient par un hyperinvestissement ou un sous-investissement généralisé ou localisé*¹²⁸ ». Monsieur G a par ailleurs une **faible estime de lui-même** qui est renforcée par ses nombreuses rechutes. Son père, qui est abstinent, critique « *le manque de volonté* » de son fils à stopper ses consommations. La résolution d'un trouble de l'usage **n'étant pas de l'ordre de la volonté**, les paroles de son père engendrent chez Monsieur G une forte culpabilité tout en

¹²⁸ J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices*, Edition De Boeck Solal 2018 p.627

aggravant les composantes de l'image du corps. Ce patient **prend très peu soin de lui** et il tend à montrer un faible **narcissisme**.

Monsieur G est de **très bon contact**. Il possède de **bonnes qualités relationnelles** avec une communication aisée et directe (presque « bourrue ») de ses difficultés. La spontanéité de son **contact relationnel a d'emblée suscité mon empathie**.

L'indication du suivi en psychomotricité, prescrite par le médecin, reposait sur de la relaxation au regard de l'omniprésence de sa tension interne. La psychomotricienne a proposé du Jacobson, de la pleine conscience et autres techniques à visées de relaxation, mais **aucune d'entre elles ne fit abaisser significativement son état de tension interne**. Il les décrit comme agréables mais néanmoins « *pas assez puissantes* » ce qui témoigne de la gravité de sa symptomatologie globale. D'ailleurs, il est peu soulagé par ses traitements si bien que des **traitements novateurs** lui sont proposés pour tenter de le soulager. Monsieur G présente une impulsivité majeure avec des troubles du comportement de type « bagarres » hors contexte hospitalier. **Lorsqu'il se bat et que la voie motrice est utilisée, il décrit une diminution de ses difficultés**. Cette information livrée par le patient m'a donc amené à proposer à l'équipe médicale d'instaurer un espace de médiation de **boîte thaïlandaise** avec le matériel adapté pour la réalisation de cette médiation corporelle.

L'atelier boîte thaï

La proposition de ce type de travail a d'emblée suscité un engouement majeur auprès de Monsieur G. **Sa réaction fut franche et spontanée** : « *Ah putain, enfin un truc qui me plait depuis des années à l'hôpital* ». Sa joie et sa motivation se firent immédiatement ressentir et voir au niveau corporel au travers de l'élévation de son tonus musculaire et l'apparition d'une **agitation psychomotrice**.

L'objectif de ma proposition reste la gestion du stress et de l'anxiété mais également d'inscrire cette médiation dans un cadre strictement défini pour qu'elle ne soit pas détournée. Ainsi, le matériel utilisé et l'encadrement de la pratique feront office de cadre. Le matériel se constitue de gants de boxe et de « *paos* » qui sont des cibles de frappes que je porte dans mes mains (*Annexe n°3*). Ce cadre peut se rapprocher de celui défini par C. Potel qui l'envisage à deux échelles. Le **cadre physique**, avec des horaires fixes, une durée déterminée, un lieu choisi ainsi qu'un matériel décidé et un **cadre psychique** qui se rapporte davantage à la fonction de contenance et de pare-excitation. Ma **voix** et mon **regard** viennent ainsi porter ce cadre psychique avec une voix **imposante, plus haute** et bien **différente** de celle que je peux adopter avec d'autres patients. Après l'échauffement réalisé, Monsieur G frappe de manière guidée sur mes cibles (*Annexe n°4*). Il teste mes capacités de résistance à ses coups, jusqu'à frapper au maximum de sa force pour **jauger la puissance qu'il peut dégager**. Le fait de voir et de **ressentir** qu'il peut frapper de tout son potentiel et que la résistance est optimale, lui

permet d'être dans **une explosivité motrice et d'utiliser l'exercice comme un moyen de régulation émotionnelle.**

En fin d'atelier, Monsieur G s'allonge pour laisser redescendre son rythme cardiaque et sa fréquence respiratoire. Il effectua un retour positif à cette proposition avec une **diminution franche du craving**. L'exercice a aussi agi positivement comme une activité de **dérivation attentionnelle de sa symptomatologie traumatique. Il fera ainsi part d'une baisse significative de son état de tension interne** : « *Je me sens moins tendu, ça fait beaucoup du bien* ». Monsieur G est en demande de réitérer ce soin toutes les semaines car **il identifie les effets bénéfiques de cette médiation pour lui**. Cette première séance et les retours qui en résultent permettent de relever que ce type d'atelier correspond au profil de Monsieur G. Je repère également la naissance d'une **alliance thérapeutique de qualité**.

Cette médiation lui est proposée chaque semaine tout en travaillant les **aspects psychomoteurs** qui sont altérés. Je cherche également à me détourner de cette explosivité motrice pour l'amener progressivement vers une **meilleure dynamique corporelle globale**. **Le désinvestissement corporel** peut être ici travaillé avec du mouvement, des temps de pause dans les frappes, des déplacements, et une gestion efficiente du tonus pour ne pas saturer son rythme cardiaque et son effort musculaire. Graduellement, le recrutement tonique nécessaire à l'exercice s'effectua et c'est la posture tout entière qui fut améliorée durant l'atelier. La pratique fait également appel **au contrôle inhibiteur des réponses impulsives** ce qui constitue un travail pertinent pour lui.

La **communication non verbale** est également sollicitée dans nos rencontres par le biais de la boxe thaï. Si au début nous nous parlons avec des **mots**, l'atelier amène à communiquer avec des **gestes**. Il n'est plus nécessaire de se dire « *je suis prêt on y repart* », un hochement de tête et un regard suffisent.

L'implication conjointe du thérapeute et du patient illustre **l'engagement corporel du psychomotricien** au travers de cette séance. Si nous prenons une photographie durant l'atelier, nous pouvons y voir deux personnes dans une **dynamique corporelle dualiste** où **l'enjeu relationnel** est mis au-devant de la scène.

Devant l'efficacité de la médiation sur l'état de tension interne de Monsieur G, l'équipe médicale lui propose de pratiquer la boxe thaï sur un sac de frappe à son domicile. Mais, ce fut un échec car, pour Monsieur G, « *ce n'est pas pareil que lorsqu'on est tous les deux* ». Ces mots témoignent de l'importance des **enjeux relationnels impliqués entre le thérapeute et la personne**.

Conclusion de la prise en charge de Monsieur G

À travers cette étude de cas, nous avons pu relever, dans un premier temps, **l'intercorrélation** existante entre les états de stress inhérents aux multiples traumatismes et les consommations à visée anxiolytique de Monsieur G. Nous avons également pu mettre en avant **l'intérêt de proposer un atelier de gestion du stress et de l'anxiété** chez ce patient. La médiation boxe thaï est un soin qui correspond parfaitement au profil de Monsieur G. Cette médiation corporelle implique le corps dans l'agir, dans l'explosivité motrice et dans une dimension sensorimotrice intense. Monsieur G a été très demandeur de ce type de soin ce qui a été une motivation supplémentaire pour tenir ses objectifs d'abstinence sur l'hôpital de jour. L'anticipation des **effets anxiolytique de cette médiation rend compte de son efficacité dans la gestion de ses problématiques de stress et d'usage**. Cela permet de diminuer **l'apparition de craving et de limiter la symptomatologie traumatique comme les reviviscences**. Par ailleurs, la médiation et le sentiment de puissance ressenti dans les frappes offrent au patient un **renforcement de son estime de soi**. Enfin, nous avons vu qu'au-delà des aspects psychomoteurs sollicités dans cet atelier, **les enjeux relationnels** apportent un **plaisir** et une **motivation** supplémentaire dans la réalisation du soin, consolidant davantage l'alliance thérapeutique instaurée. Le soin apporté au patient ne se limite donc pas uniquement à l'objet médiateur utilisé, il inclut aussi **la dimension relationnelle établie entre le patient et le thérapeute** ce qui rejoint les propos du Professeur Fatséas « *le traitement est celui qui le donne* ».

VII- Conclusion des études de cas cliniques

Les parcours de soins psychomoteurs que nous avons exposés dans cette partie nous ont permis d'illustrer de manière clinique, **les enjeux entretenus entre les troubles de l'usage, le stress et la dimension anxieuse**. Ces deux patients avec lesquels l'alliance thérapeutique fut solide et marquante ont bénéficié **d'un soin et d'outils à visée de gestion du stress et de l'anxiété** qu'ils ont pu expérimenter grâce au **suivi psychomoteur**. Le choix des outils du psychomotricien pour la problématique de stress et d'anxiété a été **pensé en fonction du profil des patients**. L'utilisation d'outils dont l'explosivité motrice est au premier plan, a davantage correspondu au profil de Monsieur G du fait de sa tension interne majeure, de son impulsivité et de son irritabilité. La problématique de Monsieur N s'est exprimée au travers de sa dynamique anxieuse et de son caractère invalidant dans le quotidien. Le soin s'est donc davantage orienté sur des techniques de relaxation et d'écoute sensori-motrice. Quoi qu'il en soit et quel que soit le profil du patient, le contrôle respiratoire et le contrôle tonique sont des leviers importants dans la gestion des épisodes de stress et d'anxiété.

La prise en charge de ces patients a été plus loin que le seul objectif de gestion du stress et de l'anxiété. Elle a apporté un soutien supplémentaire aux fonctions psychomotrices altérées par le trouble de l'usage. De plus, le sentiment d'un meilleur contrôle perçu a entraîné un **remaniement positif des représentations corporelles** qui sont habituellement teintées négativement et d'une mésestime de soi. Ainsi, nous pouvons affirmer que l'accompagnement psychomoteur dans ce cadre spécifique s'engage dans une prise en charge globale sans se restreindre à l'approche exclusive des problématiques addictologiques.

Les patients ont en leur possession des outils qu'ils pourront continuer à utiliser. Ils pourront tenter de **moduler leurs réponses anxieuses et leur réaction de stress face aux difficultés**. Les propositions **d'expériences corporelles** ont, en définitive, constitué une autre forme d'approche thérapeutique qui a été opérante dans ce contexte et **qui leur a donné une nouvelle note d'espoir dans leurs parcours de soin**.

Conclusion

La maladie chronique qu'est le trouble de l'usage est une pathologie **complexe** dont les conséquences négatives sont nombreuses. Elle conduit le consommateur **à perdre une partie de sa liberté**, lui occasionnant des souffrances prononcées. Plus que les désordres psychomoteurs que nous avons pu relever tout au long de ce travail, **la symptomatologie des troubles de l'usage entretient des rapports étroits avec le stress et le terrain anxieux**. Ces derniers vont majorer et renforcer la survenue du moteur de la rechute qu'est **le craving**. **La relation entre les addictions et les enjeux de tensions s'avère donc conséquente et tenace**. Elle s'explique en partie par leurs mécanismes communs qui appartiennent au carrefour dans lequel les éléments psychologiques et physiologiques jouent un rôle majeur.

Nous avons ainsi traité de l'approche théorique de l'addictologie ainsi que du stress et de l'anxiété. Pour faire suite à cela, nous avons décrit la relation qu'entretiennent ces deux entités et les conséquences qu'elles impliquent sur l'organisation psychomotrice des consommateurs.

La **gestion de l'anxiété et du stress** constitue une composante clé dans l'établissement des axes de traitements des patients souffrant de troubles de l'usage. Aussi, **l'approche psychomotrice favorise une meilleure gestion de l'anxiété et du stress grâce aux outils dont elle dispose pour y arriver**. Pour ce faire, nous avons placé au centre de notre pratique, le vécu corporel spécifique des patients souffrant d'un trouble de l'usage et d'anxiété. Cette approche corporelle tend entre autre à replacer le sujet dans une position où il est acteur de sa lutte contre sa pathologie.

C'est ainsi que le suivi psychomoteur s'est révélé bénéfique dans la régulation de ces états qui précipitent les envies impérieuses de consommer. Notre hypothèse de travail est donc validée. Les propositions des différentes médiations corporelles telles que la **relaxation passive, active** ou encore **l'art martial thaïlandais**, furent l'opportunité d'atténuer les manifestations des états d'anxiété et de stress. Elles ont également offert aux patients **un vécu psychocorporel** différent mais salvateur aux manifestations de ces états complexes.

Les patients ayant bénéficié d'un suivi psychomoteur dans ce cadre spécifique ont donc été initiés à des outils alternatifs et complémentaires des traitements pharmacologiques et dont certains leur ont précisément correspondu. L'objectif est qu'ils puissent **se saisir de ces apports tout en continuant à les réutiliser de façon autonome**.

La clinique que nous avons pensée, proposée et exposée ici me permet de réaffirmer que l'approche psychomotrice a été favorable à la diminution des envies irrésistibles de consommer les substances. Elle a participé à améliorer le **confort de vie des patients**.

Les réponses positives et prometteuses obtenues au cours des propositions de soin, m'incitent à poursuivre en ce sens tout en envisageant la possibilité d'augmenter la fréquence des séances hebdomadaires.

Si je devais être amené à réaliser une nouvelle fois ce travail, j'aurais souhaité proposer à l'équipe soignante une **initiation aux techniques utilisées**. Cette proposition aurait permis de sensibiliser l'équipe sur l'intérêt de proposer ce type de travail, d'autant plus qu'elle est soumise à un stress quotidien important. Malheureusement, la crise sanitaire liée au Covid-19 n'a pas permis la réalisation de ce souhait car mon stage s'est interrompu avant la date prévue.

« Addictions et enjeux de tensions » : quelques mots, couchés sur le papier, pour tenter d'articuler des notions d'apparence simple mais néanmoins extrêmement complexes. Le titre de ce mémoire est dédié à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant cette année, à toutes les personnes que j'ai rencontrées et accompagnées qui m'ont énormément appris et touché par leur sincérité et leur confiance...

Je vous remercie pour l'attention portée à mon mémoire.

Annexes

- Annexe n° 1

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougeur du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

• Annexe n° 2

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : Mr N Date : 13 février 2020 Résultat : Score total : 33

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougeur du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

- Annexe n° 3



Image de « Paos » utilisés pour l’atelier médiation boxe thaï

Source : repéré à <https://fr.shopping.rakuten.com/offer/buy/2332442440/rdx-mma-pattes-d-ours-boxe-entrainement-thai-bouclier-courbe-paos-de-frappe-cible.html>

- Annexe n° 4



Photo d’un boxeur s’entraînant aux « paos »

Source : « Buakaw por pramuk training » repéré à www.youtube.com/watch?v=Emyb7j_oHI

Bibliographie

A. CICCONE et M. LHOPITAL. *Naissance à la vie psychique*, Edition Dunod, 1991 p 120

A. DECREUSE. *Se sentir prêt pour être psychomotricien* Mémoire de psychomotricité Université Pierre et Marie Curie, 2017

A. GATECEL et A. LEFRANC. *Le grand livre des pratiques psychomotrices*, Edition Dunod, 2019

A. SERVANT. *Anatomie fonctionnelle* Enseignement universitaire, 2013

Alcool Info Service, repéré à

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi19Jum6avoAhUJYxoKHTeWA4gQFjABegQICBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.alcool-info-service.fr%2Fcontent%2Fview%2Fpdf%2F4517&usg=AOvVaw05UEJZSHvliZc1u-xC4vfP>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.), Edition Arlington, 2013

B. QUINTARD. *Évolution des conceptions relatives au stress* Enseignement universitaire 2015

C. POTEL. *Être psychomotricien*, Edition Érès, 2019

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, repéré à www.cnrtl.fr/definition/plaisir

D. ROLO. *Le Moi-peau* D. ANZIEU repéré à www.paradoxa1856.wordpress.com

D. SERVANT. *Gestion du stress et de l'anxiété* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson, 2012

D. SERVANT. *La relaxation. Nouvelles approches, nouvelles pratiques* (2^e éd.), Edition Elsevier Masson, 2015

D. VELEA. *PTSD et addictions, l'addiction comme adaptation au stress et le stress comme cause des addictions* CMM Paris, repéré à <http://drdanvelea.fr/wp-content/uploads/2017/03/PTSD-ET-ADDICTIONS.pdf>

D. ZULLINO. *Anxiété, addictions, stress : mécanismes communs*. Rev med Suisse, 2002

Drogue Info Service, repéré à <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/Le-sevrage#.XnYqQC17RQI>

E. FERRAGUT. *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*, Edition Elsevier Masson, 1995

ECNI. *Référentiel de psychiatrie et d'addictologie*, Edition Presse universitaire Sides, 2016.

F. CHAPELLE. *Bon stress mauvais stress : mode d'emploi*, Edition Odile Jacob, 2007

F. DOLTO. *Le sentiment de Soi*, Edition Gallimard, 1997

F. LEPLAT. *Psychomotricité de groupe : espace de maturation tonico-émotionnelle*, in *Thérapie psychomotrice et Recherches n°162/09*, 2010

G. GAUDRY, O. GRIM, M. GUIOSE et J-P. LOUVEL. *Arts martiaux en Psychomotricité*, Edition Heures de France, 2008

H. BARLOW et V. DURAND. *Psychopathologie, Une approche intégrative*, Edition Boeck, 2016

H. FRANCOIS. *Les drogues et dépendances en 200 questions*, Edition Vicchi, 2002.

Institut National de Recherche et de Sécurité, repéré à <http://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-generales.html>

Institut National de Santé et de la Recherche Médicale, repéré à <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>

J-D. NASIO. *Mon corps et ses images*, Edition Payot, 2008

J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Clinique et thérapeutique*, Edition De Boeck Solal 2015

J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Concepts fondamentaux*, Edition De Boeck Solal 2012

J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Examen psychomoteur et tests*, Edition De Boeck Solal 2018

J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques*, Edition De Boeck Solal 2015

J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM. *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices*, Edition De Boeck Solal 2018

J. DEZES. *Tempérer les passages à l'acte en passant par l'acte* Mémoire de psychomotricité Université de Bordeaux, 2014

J. REY. *Le petit Robert*, Edition Le robert, 2011

K. MBAILARA. *Psychologie clinique et pathologique, la clinique de l'humeur* Conférence universitaire, 2010

LAROUSSE, repéré à https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/arts_martiaux/68448

M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSEAS. Article *Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions*, 2016

M. FREESTON. Traduction française de la *Beck Anxiety inventory*, 1989, repéré à https://tccmontreal.files.wordpress.com/2015/08/inventaire-de-beck-pour-l_anxic3a9tc3a9.pdf

M. GALLÉ-TESSONNEAU ; L. DAHÉRON. *Comprendre et soigner le refus scolaire anxieux* Edition Dunod, 2020

M. HAUTEFEUILLE. Revue internationale des toxicomanies et des addictions (Vol 17), *Addictions et temporalités*, 2012

M. LEJOYEUX. *Mini traité d'Addictologie* (3^e éd.), Edition Elsevier Masson, 2017

M. NAASSILA. Itv *Plaisir et addiction*, repéré à www.youtube.com/watch?v=129ouqNenMc

M. REYNAUD. *Traité d'addictologie* (2^e éd.), Edition Lavoisier, 2016

M. VAILLEUR. Hôpital Marmottan, repéré à <http://www.hopital-marmottan.fr/wordpress/?p=666>

O. RASAL. *Les représentations du corps. Vers une conception psychomotrice* Enseignement universitaire, 2015

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, repéré à <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxdsk4.pdf>

P. DAVID. Revue internationale des toxicomanies et des addictions (Vol 17), *Addictions et temporalités*, 2012

S. TONNERLIER, C. LEMAIRE, P. BODENEZ. Revue internationale des toxicomanies et des addictions, *Addictions et temporalités, Les hospitalisations programmées pour des patients alcoolo-dépendants : une façon de redonner un mouvement au temps ?* (Vol 17), 2012

S. VIENNET. *Trouble anxieux et addiction* - Journée Lorradiet « Addictions et psychiatrie », 2016

V. BREJARD. *Image du corps alcoolique, La représentation dans l'alcoolisme chronique et l'alcoolisme intermittent*, Archives ouvertes, 2012

X. LAQUEILLE. *Pratiques cliniques en addictologie*, Edition Lavoisier, 2017