



HAL
open science

Approche psychomotrice en psychiatrie adulte. Gestion de l'anxiété chez les personnes présentant un trouble bipolaire : un accompagnement par la relaxation

Clémence Brémaud

► To cite this version:

Clémence Brémaud. Approche psychomotrice en psychiatrie adulte. Gestion de l'anxiété chez les personnes présentant un trouble bipolaire : un accompagnement par la relaxation. Psychologie. 2023. dumas-04310554

HAL Id: dumas-04310554

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04310554>

Submitted on 27 Nov 2023

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 des Sciences de la Santé - Institut Universitaire des
Sciences de la Réadaptation

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Approche psychomotrice en psychiatrie adulte

**Gestion de l'anxiété chez les personnes
présentant un trouble bipolaire :
un accompagnement par la relaxation**

BRÉMAUD Clémence

Née le 10 septembre 1997, à Niort (79)

Juin 2023

Directrice de mémoire : Madame Brigitte KERMAÏDIC

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de mémoire Brigitte Kermaïdic, pour sa bienveillance, son attention et ses précieux conseils. Ils m'ont permis d'avancer dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie mes maîtres de stage de ces deux années, Flavie, Audrey, Fany, Marie, Lucie, Marine et Pierre, qui m'ont consacré du temps et apporté leurs connaissances. Ils m'ont permis de découvrir cette belle profession, de prendre confiance en moi et d'enrichir mes réflexions.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Psychomotricité de Bordeaux, pour son accompagnement tout au long de cette formation.

Un grand merci à mes parents, à mon frère, à ma famille de m'avoir toujours soutenue et encouragée tout au long de mes études. Sans eux, rien n'aurait été possible.

Merci à Orlane, Miléna et Lisa, camarades et maintenant amies, avec qui j'ai partagé ces deux années d'études, merci pour votre présence et votre soutien.

Merci également à mes ami(e)s, particulièrement à Coline et Flavie pour la relecture de ce travail, et à Hugo pour sa présence rassurante. Merci pour leur soutien sans faille et leurs nombreux encouragements depuis des années.

Merci enfin à Valentine : après avoir emprunté des chemins divers, nous voici (enfin) en fin de parcours universitaire, merci de m'avoir toujours écoutée et épaulée.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
PREAMBULE	3
INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1 : Le trouble bipolaire : l’historique du concept à sa définition actuelle	6
1. L’histoire du trouble : la folie maniaco-dépressive.....	6
2. Le trouble bipolaire aujourd’hui	8
3. « De l’euphorie à l’effondrement » : les critères diagnostiques des épisodes.....	9
4. Une étiologie complexe	11
5. Les répercussions psychomotrices.....	16
6. Les différents traitements.....	21
7. Les comorbidités psychiatriques	24
8. Le risque suicidaire	28
CHAPITRE 2 : Anxiété et trouble anxieux, une comorbidité récurrente dans le trouble bipolaire	29
1. Quelques définitions	29
2. L’anxiété : du vécu individuel normal au vécu pathologique	30
3. Un diagnostic spécifique : les troubles anxieux.....	36
4. L’évaluation de l’anxiété	38
CHAPITRE 3 : La relaxation thérapeutique comme accompagnement à l’anxiété	41
1. La relaxation : généralités et éclairage sur les méthodes proposées.....	41
2. La médiation relaxation en psychiatrie	46
3. Les effets de la relaxation sur les symptômes anxieux.....	51
CHAPITRE 4 : L’accompagnement en psychomotricité dans la gestion de l’anxiété	55
1. Présentation du lieu de stage.....	55
2. Bilan psychomoteur en psychiatrie adulte.....	57
3. Étude de cas clinique : Madame P.....	58
4. Étude de cas clinique : Madame L.	69
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXE	86
TABLE DES MATIERES	87

PREAMBULE

*Quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle
Sur l'esprit gémissant en proie aux longs ennuis,
Et que de l'horizon embrassant tout le cercle
Il nous verse un jour noir plus triste que les nuits ;*

*Quand la terre est changée en un cachot humide,
Où l'Espérance, comme une chauve-souris,
S'en va battant les murs de son aile timide
Et se cognant la tête à des plafonds pourris ;*

*Quand la pluie étalant ses immenses traînées
D'une vaste prison imite les barreaux,
Et qu'un peuple muet d'infâmes araignées
Vient tendre ses filets au fond de nos cerveaux,*

*Des cloches tout à coup sautent avec furie
Et lancent vers le ciel un affreux hurlement,
Ainsi que des esprits errants et sans patrie
Qui se mettent à geindre opiniâtrement.*

*— Et de longs corbillards, sans tambours ni musique,
Défilent lentement dans mon âme ; l'Espoir,
Vaincu, pleure, et l'Angoisse atroce, despotique,
Sur mon crâne incliné plante son drapeau noir.*

Charles Baudelaire, *Les Fleurs du Mal*, Spleen (IV).

INTRODUCTION

Chacun subit des fluctuations d'humeur selon les évènements auxquels il est confronté. Mais ces variations demeurent généralement contenues dans une certaine limite. Chez les personnes souffrant de troubles bipolaires, ces changements d'humeur sont disproportionnés, caractérisés par des phases d'excitation et de dépression, ponctuées par des périodes de stabilité.

Le trouble bipolaire touche plus de 1% de la population mondiale (Grande et al., 2016) et se classe parmi les dix pathologies les plus invalidantes selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'agit d'une pathologie complexe, qui peut avoir des retentissements importants dans la vie des patients. Complexes, d'intensités variables, les épisodes de variation de l'humeur peuvent dans un premier temps passer inaperçus pour le médecin comme pour le patient. De plus, la pathologie bipolaire est fréquemment associée à d'autres troubles psychiatriques, qui complique son diagnostic et son évolution. Parmi ces comorbidités, troubles addictifs, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité, troubles anxieux, c'est ce dernier qui m'a plus particulièrement intéressée.

Mon stage de troisième année de psychomotricité se déroule dans un service de psychiatrie ambulatoire, qui accueille des patients adultes présentant un trouble bipolaire. Après plusieurs semaines de stage, d'écoute, d'observation et de discussions, j'ai constaté que les plaintes somatiques et psychiques en lien avec l'anxiété étaient récurrentes chez la majorité des patients. Je me suis donc intéressée au lien existant entre bipolarité et anxiété. J'ai pu consulter une étude réalisée à grande échelle, montrant que les troubles anxieux comorbides à la pathologie bipolaire sont présents dans plus de la moitié de l'échantillon. Ils sont associés à une apparition précoce des symptômes, à une probabilité de guérison moindre, à une qualité de vie plus faible et une augmentation des tendances suicidaires (Simon et al., 2004).

En psychomotricité, les médiations corporelles et notamment la relaxation sont largement utilisées et nous y sommes sensibilisées pendant notre formation. L'impact de la relaxation sur l'anxiété a également fait l'objet de nombreuses études, révélant l'effet positif sur la réduction des symptômes de l'anxiété (Manzoni et al., 2008). La question d'un accompagnement possible par l'intermédiaire de la relaxation s'est alors rapidement imposée à moi durant mon stage.

La problématique de ce mémoire est donc née d'une réflexion : **comment l'approche psychomotrice à travers la relaxation, pourrait-elle contribuer à la gestion de l'anxiété chez des patients souffrant de troubles bipolaires ?**

J'ai émis l'hypothèse que la psychomotricité, grâce à la médiation relaxation, constitue un appui dans la gestion de l'anxiété chez les patients rencontrés. De plus, la relaxation va permettre un apaisement des tensions physiques et psychiques induites par l'anxiété et engendrer un effet sur les états thymiques du patient. L'approche corporelle apportée par la psychomotricité va encourager les patients à retrouver une position de sujet-acteur de leur maladie.

Pour répondre à ma problématique, mon mémoire est divisé en différents chapitres. Dans un premier temps, je m'efforcerai de retracer l'historique du trouble bipolaire. Je tenterai d'en donner une définition rendant compte de sa complexité. Dans un second chapitre, nous aborderons la notion d'anxiété, comorbidité récurrente dans ce trouble de l'humeur. Le troisième chapitre portera sur la relaxation en y apportant mon regard de future psychomotricienne. Enfin, un dernier chapitre présentera des études cliniques illustrant les différentes notions abordées dans la partie théorique.

CHAPITRE 1

Le trouble bipolaire : l'historique du concept à sa définition actuelle

« J'ai été l'exaltée, la désinhibée, la hurlante. J'ai été la souffrante, la vidée d'elle-même, la désincarnée. J'ai été la regonflée, la libérée, la combative. J'aurais voulu une vie douce et sereine. Elle s'est imposée à moi fragile et puissante. »

Marie Alvery dans *J'ai choisi la vie*.

1. L'histoire du trouble : la folie maniaco-dépressive

Dès l'Antiquité, Hippocrate affirmait que l'origine des maladies était due au déséquilibre des quatre humeurs principales (la bile jaune, la bile noire, le sang et la lymphe). L'excès de bile noire entraînerait un état caractéristique de tristesse et d'abattement qu'il appelait la « mélancolie » (Besche-Richard & Bungener, 2020). Ce terme préfigure ce que l'on nommera bien plus tard la « dépression ».

Dans les pas d'Hippocrate, Arétée de Cappadoce au II^e siècle, semble être le premier à décrire chez un même patient l'ébauche d'une **succession entre état mélancolique et manie**. Pour compléter cette description, il faudra attendre le XVII^e siècle avec le livre de Robert Burton, *« L'Anatomie de la mélancolie »*. Dans cet ouvrage, l'auteur décrit *« une première utilisation de la mélancolie dans son sens moderne de dépression, avec une description de son alternance avec la manie. »* (Crocq, 2014, p. 4).

En 1854, deux psychiatres français évoquent sous deux noms différents ce qui semble constituer une même maladie mentale, dans laquelle alternent des accès de manie et de mélancolie. Pour Jean-Pierre Falret, la « folie circulaire » est caractérisée par *« la répétition régulière d'un état maniaque, d'un état mélancolique, puis d'un intervalle lucide plus ou moins long »* (Crocq, 2014, p. 5). En parallèle, la « folie à double forme » décrite par Jules Baillarger est caractérisée par *« deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation. »* (Crocq, 2014, p. 5).

À la fin du XIXe siècle, Emil Kraepelin considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne, s'est attaché à créer une classification pour les maladies mentales basée sur des critères cliniques objectifs. Il va définir dans la sixième édition de son « *Traité de psychiatrie* », le **terme de « folie maniaco-dépressive », réunissant en une seule entité l'alternance de dépression et de manie**. Concept auquel il ajoutera les états mixtes qu'il conçoit comme un « *état de transition entre manie et mélancolie* » (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac, 2015, p. 33).

En 1980, c'est avec la publication de la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* (DSM-III) par l'Association Américaine de Psychiatrie, que la « maladie maniaco-dépressive » se substitue à l'appellation « trouble bipolaire ». La parution du DSM-III marque une véritable rupture avec les précédentes classifications. **La dichotomie psychose-névrose est délaissée aux profit de catégories regroupant les troubles mentaux en fonction de leurs caractéristiques communes**. Dans cette troisième édition, le trouble bipolaire appartient à la catégorie des « troubles affectifs », au même titre que les troubles dépressifs.

C'est dans sa version trois révisée, que la catégorisation « troubles affectifs » laissera place à celle de « troubles de l'humeur », désignant ainsi cet ensemble de troubles caractérisé par des déviations significatives de l'humeur.

Il faudra attendre la dixième révision de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM), publiée en 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour que le terme « trouble bipolaire » fasse son apparition dans le chapitre des « troubles de l'humeur ».

Depuis la fin du XXe siècle, le trouble bipolaire a connu divers remaniements au regard des différentes classifications pour aboutir à sa description actuelle.

2. Le trouble bipolaire aujourd'hui

Dans la cinquième édition du DSM, les troubles mentaux sont regroupés en divers chapitres. L'un d'entre eux consacré aux « troubles bipolaires et apparentés », s'émancipe donc des troubles dépressifs, également traités dans un chapitre distinct.

La nomenclature des troubles bipolaires et apparentés se subdivise en sept catégories : le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament, le trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, le trouble bipolaire ou apparenté spécifié, et le trouble bipolaire ou apparenté non spécifié.

Dans ce qui suit, je décrirai les formes les plus fréquentes puis je préciserai la définition des épisodes maniaque, hypomaniaque et dépressif.

- Le **trouble bipolaire de type I** doit répondre aux différents critères diagnostiques de l'épisode maniaque. Celui-ci peut précéder ou succéder à un épisode dépressif, mais la présence de l'épisode dépressif n'est pas requise pour le diagnostic de ce premier sous-type.
- Le diagnostic du **trouble bipolaire de type II** demande de remplir les critères d'au moins un épisode dépressif caractérisé et les critères d'au moins un épisode hypomaniaque.
- Dans le cas du **trouble cyclothymique**, le patient doit présenter pendant au moins deux ans, des périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs et des symptômes hypomaniaques sont manifestes, sans pour autant valider tous les critères diagnostiques de l'épisode dépressif, hypomaniaque ou maniaque.
- Le **trouble bipolaire induit par une substance ou un médicament (type III)** doit également remplir les caractéristiques diagnostiques de la manie, de l'hypomanie, ou de la dépression. Ces perturbations doivent persister au-delà des effets du médicament.

3. « De l'euphorie à l'effondrement » (Hantouche, 2016) : les critères diagnostiques des épisodes

Le diagnostic des troubles bipolaires mentionnés dans la partie précédente repose sur des critères précis pour chacun des épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs définis dans le DSM-V.

3.1. L'épisode maniaque et hypomaniaque

Dans le cas d'un épisode maniaque, le DSM-V précise que **l'humeur est élevée, exaltée, euphorique** mais le plus souvent irritable et labile. Elle est accompagnée d'une **augmentation anormale de l'énergie ou de l'activité** orientée vers un but presque quotidiennement. Ces symptômes doivent être présents pendant au moins une semaine, et sont accompagnés d'au moins trois des symptômes suivants :

- L'impression d'une supériorité intellectuelle augmentant l'estime de soi,
- La diminution du besoin et du temps de sommeil,
- Une accélération du discours (logorrhée) pouvant devenir incohérente en raison de la tachypsychie. Le patient passe du « coq à l'âne », on parle de « fuite » ou « envol » des idées,
- Une certaine distractibilité, se manifestant par l'incapacité à faire abstraction des stimuli extérieurs,
- Une hyperactivité psychomotrice souvent désorganisée et improductive,
- On retrouve une désinhibition, un engagement dans des dépenses excessives et autodestructrices : des achats inconsidérés, une hyperactivité sexuelle, une prise d'alcool ou de substance.

L'épisode hypomaniaque répond aux **mêmes critères que l'épisode maniaque** **mais sous une forme atténuée**. Contrairement aux épisodes maniaque et dépressif, sa sévérité est donc insuffisante pour entraîner une altération sociale ou un dysfonctionnement professionnel.

3.2. L'épisode dépressif caractérisé

Il est aux antipodes de l'état maniaque et se caractérise par deux éléments fondamentaux :

- **L'humeur dépressive** implique une vision pessimiste du monde et de soi-même, une tristesse générale de l'humeur ou une douleur psychique.
- **La diminution marquée de l'intérêt pour les activités quotidiennes, et une inaptitude à vivre ou ressentir du plaisir**, appelée anhédonie.

L'un de ces deux symptômes au moins doit être identifié lors du diagnostic, auquel vient s'ajouter la présence quotidienne de cinq symptômes parmi ceux qui suivent, pendant au moins deux semaines :

- Des modifications significative de l'appétit avec une perte ou un gain de poids,
- Des insomnies ou hypersomnies,
- Le ralentissement ou l'agitation psychomotrice,
- Une perte d'énergie ou asthénie ayant des répercussions sur l'activité motrice,
- Un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée,
- Une diminution des processus intellectuels, inaptitude à penser ou se concentrer,
- Des pensées de mort ou des idées suicidaires sans scénario pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide.

Dans le cadre du groupe relaxation proposé par le psychomotricien, j'ai rencontré Madame S. dès mon arrivée dans le service. Elle participe de façon assidue à ce temps de relaxation, qu'elle investit positivement. Avant la relaxation, chacun est invité à s'exprimer sur son humeur. Ce jour-là, Madame S. dit ne pas aller bien, elle se sent « nulle », elle n'est pas allée au sport depuis deux semaines, elle n'a « plus la force de d'y aller », « j'ai envie mais j'y arrive pas, c'est comme si je n'avais pas l'énergie nécessaire ».

3.3. L'épisode mixte

Pour parler d'état ou d'épisode mixte, le patient doit **présenter des symptômes dépressifs et maniaques de façon concomitante ou successive**. Plus spécifiquement, il doit remplir les critères de l'épisode maniaque ou de l'épisode dépressif avec au moins trois symptômes de la polarité opposée pendant la majorité des jours de l'épisode.

À l'exclusion de certains symptômes « non spécifiques » : l'agitation, l'irritabilité, la distractibilité pouvant être considérés comme des symptômes de dépression.

Les épisodes décrits dans cette partie alternent avec des **périodes « intercritiques »**. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, celles-ci ne sont pas exemptes de symptômes. Les observations cliniques remettent en cause la notion d'« euthymie » qui suppose que les patients seraient « asymptomatiques » (Guichard, 2014). Durant ces périodes « intercritiques », d'autres troubles peuvent éventuellement apparaître chez le sujet : troubles cognitifs, troubles du sommeil, perturbations anxieuses, conduites addictives, troubles du comportement alimentaire, etc.

4. Une étiologie complexe

Le trouble bipolaire est une **maladie multifactorielle, avec une étiologie incertaine**. C'est pourquoi son explication, comme celle de la plupart des troubles mentaux, ne peut se résumer à un seul paradigme. Alors pour mieux comprendre les origines de ce trouble, j'aborderai dans cette partie différents facteurs de risques potentiels : biologiques, psychologiques et sociaux. Il semble nécessaire d'articuler entre eux ces facteurs, pour permettre une meilleure compréhension du trouble bipolaire.

4.1. Les facteurs psychologiques et sociaux

A. Un facteur de risque liés au vécu

Les patients atteints de troubles bipolaires ont, en comparaison avec la population générale, subi davantage de traumatismes infantiles graves (négligence physique ou émotionnelle, abus physique, sexuel ou émotionnel) (Etain et al., 2008). **L'existence d'antécédents d'abus constitue un facteur de risque pour le développement d'une maladie bipolaire**. Cela peut également influencer son expression clinique, par un âge de début plus précoce de la pathologie ainsi qu'une augmentation des comportements suicidaires (Etain et al., 2008).

B. L'impact de l'évènement de vie stressant

« L'évènement de vie stressant » est une théorie développée par Georges Brown. Selon lui, le contexte dans lequel se produit l'évènement stressant et la signification attachée à la situation, seraient plus importants que l'évènement lui-même. Ces « évènements de vie stressants » renvoient aux types de pertes vécues par le sujet : deuil, rupture, divorce, vente d'une maison, Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), perte d'une fonction ou d'une situation sociale, licenciement, etc.

G. Brown démontre que les « *évènements de vie à type de perte sont fréquemment associés aux syndromes dépressifs* » (Gorwood et al., 2010, p. 368). **Ces évènements de vie stressants sont en effet fortement corrélés à l'apparition ou à une rechute d'un trouble de l'humeur** (Barlow et al., 2016). Cependant, il est important de prendre en compte le fait que l'humeur, notamment pendant un épisode dépressif, colore plus négativement l'évènement et que tous les évènements perçus et vécus comme stressants n'entraînent pas systématiquement un trouble bipolaire.

C. La théorie de l'impuissance acquise

Un autre modèle explicatif dans l'apparition du trouble de l'humeur : « la théorie de l'impuissance acquise » par Martin Seligman. Selon lui, **la dépression résulterait d'un sentiment d'impuissance face à la gestion des difficultés de la vie**. Ce modèle reposerait sur trois causes principales : « Internes », le sujet s'attribue les causes de l'évènement négatif ; « Stables », le sujet pense que les événements négatifs vont systématiquement lui arriver ; « Globales », une généralisation négative intervient dans les différents domaines de sa vie (Barlow et al., 2016).

Cette impuissance acquise face aux évènements stressants ne constitue pas une cause directe de dépression. Néanmoins, les personnes concernées présentent davantage de risque de développer des cognitions négatives. Ce sont ces styles cognitifs négatifs qui constituent un facteur de risque de dépression.

D. La triade cognitive de la dépression

Selon Aaron Beck, la dépression serait le résultat d'une **tendance à interpréter les situations quotidiennes de façon négative**. Il qualifie ces biais de perception d' « erreurs cognitives ». Ces schémas de pensées dysfonctionnels et automatiques vont constituer « la triade cognitive de la dépression ». Cette triade négative s'exprimera chez le patient par une vision négative de soi, des autres et du futur (Poinsot, 2018).

Plus que l'événement lui-même, c'est la façon dont l'individu se représente l'événement ainsi que les pensées erronées attachées à celui-ci qui pourraient constituer une hypothèse étiologique dans l'apparition des symptômes dépressifs.

Corrélé à ces différentes hypothèses, il est également **important de prendre en compte le soutien social et familial et les effets de son absence**. Un soutien social important permettra de prévenir ou réduire les symptômes dépressifs. Au contraire, le manque peut quant à lui aggraver les symptômes.

4.2. Les facteurs biologiques et génétiques

A. Apport de l'épidémiologie génétique

Le risque de présenter un trouble bipolaire pour les descendants et les apparentés au premier degré d'une personne présentant un trouble bipolaire est d'environ 10% comparé à une prévalence de 1 à 2% dans la population générale. (Malgat, 2012)

Un autre apport de la contribution génétique dans l'apparition du trouble bipolaire est démontré au travers des études sur les jumeaux. Si l'un des jumeaux d'un couple monozygotes doté du même patrimoine génétique présente un trouble bipolaire, son co-jumeau aura deux à trois fois plus de risque de présenter le même symptôme que dans le cas de jumeaux hétérozygotes partageant seulement la moitié du patrimoine génétique (Barlow et al., 2016).

Le trouble bipolaire n'est pas une maladie monogénique avec un unique gène qui se transmet d'une génération à une autre : c'est une **pathologie à hérédité complexe** qui repose sur une multitude de gènes (non détaillés ici). On parle donc de **vulnérabilité génétique, de propension à développer le trouble**.

B. Des dérèglements neurobiologiques

a. Le système limbique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

Des études d'imagerie cérébrale ont révélé que chez les personnes bipolaires, l'amygdale et l'hippocampe sont atteintes. Ces deux structures font partie du système limbique qui est impliqué dans notre réponse au stress. Les altérations et les dysfonctionnements observés dans ces régions du cerveau restent cependant à clarifier, afin de déterminer s'ils sont des facteurs de vulnérabilité pour la maladie bipolaire ou des séquelles des épisodes de la maladie. Quoi qu'il en soit, ces anomalies pourraient contribuer au maintien de la pathologie (Guichard, 2014).

Il existe également chez les personnes bipolaires une suractivité de l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien (HHS) qui sécrète le cortisol, également appelé « hormone du stress » (Barlow et al., 2016). À noter que l'amygdale et l'hippocampe jouent un rôle sur ce système. Chez les sujet exposés à un niveau de stress élevé sur des périodes longues, on remarque une atrophie de l'hippocampe, qui, avec l'amygdale, interprète les stimuli potentiellement dangereux. Donc, si ces structures sont atteintes, elles ne peuvent plus exercer correctement leur contrôle sur cet axe. **Le dysfonctionnement de cette réponse au stress pourrait expliquer en partie, le développement du trouble bipolaire.**

Nous reviendrons dans le chapitre 2 sur l'explication du fonctionnement de ces deux structures (système limbique et axe HHS), également impliquées dans les mécanismes de l'anxiété.

b. Le cortisol et la neuroplasticité

D'après l'Académie Nationale de Médecine (2019), la neuroplasticité désigne les mécanismes par lesquels « *le cerveau s'adapte [aux stimuli environnementaux] en créant, défaisant ou réorganisant des réseaux de neurones* ». Ce processus implique la régulation de l'expression du gène codant le Brain derived neurotrophic factor (BDNF), impliqué dans la croissance, la survie et le maintien des connexions neuronales.

Lors de l'exposition à un stress chronique, les glucocorticoïdes (dont le cortisol) sont sécrétés de manière excessive. Ces hormones peuvent réduire l'expression du gène codant le BDNF, entraînant ainsi une diminution de la production de ce facteur, qui rappelons-le, est impliqué dans la survie et donc dans la mort des neurones. Ces altérations peuvent contribuer à une atrophie de l'hippocampe et à des concentrations élevées de cortisol en raison d'un manque de rétrocontrôle efficace (Guichard, 2014).

L'effet inhibiteur de l'hormone du stress sur le BDNF pourrait contribuer à expliquer les effets dépressifs sur l'humeur. Le BDNF joue un rôle dans le maintien des concentrations de neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la noradrénaline, au niveau des synapses, qui sont souvent réduites dans les états dépressifs (Guichard, 2014).

En effet, diverses hypothèses neurobiologiques portent sur les anomalies dans les systèmes de neurotransmission. Ces hypothèses sont liées aux découvertes sur les mécanismes d'action des molécules antidépressives. Les antidépresseurs ont pour objectif commun d'augmenter la quantité de neurotransmetteurs (sérotonine et noradrénaline) disponible au niveau synaptique (Malgat, 2012). Il a d'ailleurs été observé que **les traitements antidépresseurs avaient un effet progressif de normalisation de l'hyperactivité de l'amygdale et de l'axe HHS, tout en réactivant les mécanismes de la neuroplasticité** (Guichard, 2014).

Cette compréhension des mécanismes de la neuroplasticité permet de mieux appréhender l'étiopathogénie de la maladie bipolaire, notamment son lien avec l'axe du stress et le cortisol.

c. Les rythmes circadiens

Il existerait également une relation entre le trouble de l'humeur et les perturbations du sommeil. Dans l'épisode maniaque, on retrouve une réduction du besoin et du temps de sommeil, tandis que l'épisode dépressif est marqué par l'hypersomnie ou les insomnies (Barlow et al., 2016).

Dans l'hypothalamus, sont situés les noyaux suprachiasmatiques (NSC) qui constituent l'horloge centrale de l'organisme. Ils régulent la température corporelle, le rythme veille-sommeil ainsi que les sécrétions de diverses hormones telles que le cortisol et la mélatonine.

Cette dernière, produite à partir de la sérotonine, est principalement libérée la nuit et facilite l'endormissement. Chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire, il existe des perturbations du rythme de sécrétion de la mélatonine en lien avec une altération de la sensibilité aux changements de l'environnement. **Ces perturbations pourraient causer une désynchronisation globale des rythmes biologiques, incluant celui du sommeil et ainsi jouer un rôle dans le déclenchement d'épisodes thymiques** (Guichard, 2014).

En conclusion, il est désormais admis que vulnérabilités génétiques et biologiques s'expriment en interaction avec l'environnement. **Il est important de comprendre le rôle joué par différents types d'évènements stressants et les capacités du sujet à « faire face »** (Gindre & Swendsen, 2014). **L'ensemble de ces facteurs de vulnérabilité : biologique, psychologique et social, contribuerait au développement de la pathologie bipolaire.** Cependant, il est important de souligner que tous les sujets vulnérables ne présenteront pas nécessairement ce trouble.

5. Les répercussions psychomotrices

Les profils psychomoteurs rencontrés dans le trouble bipolaire sont variables d'un patient à l'autre, chacun possédant des **spécificités individuelles**. Les variabilités sont observées **selon l'intensité et la polarité de l'épisode. Les perturbations restent néanmoins nombreuses, s'articulant autour de deux grands pôles : le ralentissement d'un côté et l'agitation psychomotrice de l'autre.** Dans cette partie, il s'agira de décrire les spécificités psychomotrices rencontrées chez les patients bipolaires.

5.1. Les variations toniques

Le mot « tonus » vient du grec « *tonos* », qui désigne une tension mécanique. Le tonus musculaire est défini par l'Académie de Médecine (2019) comme étant un « *état de légère tension dans lequel se trouve le muscle strié au repos* ». D'un point de vue psychomoteur, **la fonction tonique est le véhicule de l'expression des émotions**, il constitue ainsi le support essentiel de la communication infra-verbale. **Le tonus s'organise conjointement à la maturation neurologique et à partir des premières relations, des premiers échanges physiques et émotionnels entre l'adulte et l'enfant.**

Le tonus est divisé en trois formes différentes et complémentaires, le tonus de fond, le tonus d'action et le tonus d'attitude ou de posture.

- Le **tonus de fond** est défini par « *la contraction minimale, ou l'état de légère excitation d'un muscle au repos* » (Pireyre, 2015, p.103). Le tonus de fond est toujours présent et soutient la préparation, l'orientation et l'efficacité du mouvement. Il est également le lieu d'expression des émotions et de l'affectivité.
- Le **tonus d'action** permet l'action et la réalisation de gestes précis.
- Enfin, le **tonus de posture** correspond à l'activité tonique minimale permettant le maintien de la posture et des équilibres statiques et dynamiques ; ainsi il permet au corps de conserver ses positions en luttant contre la gravité.

Dans leur ouvrage « *Psychomotricité en psychiatrie adulte* » (2022), les psychomotriciens Treillet, Anneheim, Siegrist et Ott ont synthétisé les divers éléments psychomoteurs relatifs à la bipolarité afin de dresser un profil psychomoteur. Il est possible d'observer des répercussions au niveau du tonus musculaire chez les personnes présentant des troubles bipolaires. **Le tonus s'articule autour d'un versant hypertonique d'intensité variable en fonction de l'état thymique.**

Cette hypertonicité impacte l'harmonie gestuelle. Elle s'observe au travers d'une énergie inadaptée, laissant place à des mouvements rapides saccadés et une amplitude gestuelle augmentée en phase maniaque. Il est alors possible d'observer des tremblements et une agitation physique. Les personnes peuvent également présenter des difficultés à se détendre ou à rester immobiles.

Dans les épisodes d'hypomanie, le tonus peut également être augmenté, mais de façon moins importante que dans la phase maniaque. Les mouvements sont plus rapides, mais on observe moins de tremblements ou de rigidité.

Dans la dépression, le tonus musculaire est souvent moindre, accompagné d'une faiblesse musculaire et d'une fatigue accrue qui se retrouve dans les verbalisations des patients. L'amplitude du mouvement sera au contraire restreinte avec un ralentissement important. Une perte d'énergie générale est à noter.

Le tonus étant à la base de la posture et du mouvement, ces changements toniques peuvent également impacter les fonctions motrices et les coordinations.

Les **coordinations** spontanées sont plus adaptées que les coordinations volontaires, liées à une désorganisation dans le rythme du mouvement plus marquée en phase maniaque. Au contraire, les personnes dépressives peuvent éprouver des difficultés à effectuer les tâches quotidiennes simples, en lien avec une diminution du tonus global.

Des difficultés sont également à noter en **motricité fine** dans les deux polarités, expliquées par les tremblements au niveau des mains.

Les troubles de **l'équilibre** statique sont également marqués, majorés en appui unipodal. L'équilibre dynamique est souvent moins impacté, mais des difficultés peuvent s'observer en fonction de la phase.

Les difficultés d'équilibre statique en lien avec des difficultés de régulation tonique sont très souvent observées pendant les séances de relaxation. Au moment de retirer leurs chaussures, les patients ne parviennent pas à rester en appui unipodal. Après plusieurs tentatives, ils cherchent systématiquement un appui sur une table, ou retournent s'asseoir sur les tapis pour pouvoir enfiler leurs chaussures.

Les répercussions au niveau du tonus musculaire peuvent varier d'une personne à l'autre, en fonction de la gravité des symptômes et de la phase de la maladie. Les traitements médicamenteux peuvent aider à réduire les symptômes et améliorer le fonctionnement global. Au contraire, sur des courtes durées, **les traitements peuvent majorer les répercussions au niveau du tonus.**

5.2. Les modifications du rapport au corps : entre vécu corporel douloureux et surpuissance

Les symptômes de la maladie peuvent entraîner tantôt une perte de poids, résultant de la perte d'appétit dans la dépression ou d'une restriction alimentaire dans un contexte délirant par exemple. Inversement, il est fréquent pour les patients de se retrouver confrontés à une prise de poids importante, effet secondaire des médicaments prescrits pour stabiliser l'humeur.

L'implication du corps dans le trouble bipolaire est centrale. Les modifications pondérales et physiques vont constituer pour les patients une vulnérabilité et un éprouvé corporel douloureux, face aux bouleversements imposés par ce trouble.

Dans l'état dépressif, le ralentissement impacte les activités physiques et psychiques. Le discours lié au corps est souvent teinté négativement et s'accompagne de plaintes somatiques.

Madame S, pendant le temps d'échange avant la relaxation : « ça va toujours pas », elle parle d'un « corps lourd », qu'elle a du mal à mettre en mouvement. Elle parle également de sa prise de poids, de ce corps qu'elle ne supporte plus.

Le corps est source de déplaisir et le vécu qui lui est associé est au mieux peu agréable, voire désagréable dans le pire des cas. Le ralentissement place le patient dans une perte d'initiative, une perte de l'envie d'agir, de bouger, le corps semble lourd.

Pour Daniel Widlöcher, **le ralentissement est tant psychique que physique et constitue le point fondamental de la dépression**, il « *entretient la souffrance psychique qu'il est censé contenir, il empêche les activités mentales ordinaires de résorber cette souffrance ou de s'adapter à ses causes. En outre, il est aussi une source de malaise et d'humiliation.* » (cité dans André et al., 2004, p. 81). C'est dans ce corps peu actif, que les souffrances physiques et psychiques viennent s'installer.

En 1968, Paul Schilder introduit la notion d'image du corps, qu'il définit comme « *l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes.* » (cité dans Guiose, 2007, p. 90). C'est au travers de l'expérience émotionnelle et dans la relation aux autres que l'image du corps se construit. **Cette perception subjective de notre corps peut être influencée par différents facteurs : l'humeur, les émotions et les relations sociales.**

Dans l'état dépressif, les perceptions et le vécu émotionnel associés au corps sont altérés. Ces nombreux bouleversements entraînent chez le patient des perturbations négatives de l'estime de soi et de la confiance en soi (Treillet et al., 2022).

Cette perception négative pouvant elle-même conduire à la perte d'appétit et donc à une perte de poids conduisant à une fatigue accrue et à une diminution de l'activité physique et des activités sociales.

À l'inverse, dans la phase maniaque, le vécu corporel est souvent surinvesti : l'estime de soi est élevée et une confiance en soi souvent inadaptée émane des patients (Treillet et al., 2022). Cette perception positive peut conduire à une augmentation des comportements impulsifs et des conduites à risques. De plus, l'esprit créatif et les projets multiples suscitent chez les proches du patient une certaine admiration à son égard, ce qui conforte la personne dans la mise en œuvre de ces comportements.

Cependant, l'excès de mouvement, de pensée « *réduit toute possibilité de considérer les difficultés corporelles* » (André et al., 2004, p. 88). Le corps peut ainsi faire face à l'euphorie, se privant ainsi de sommeil et d'alimentation.

Dans certains cas, la perception du corps pourra être altérée mais de façon négative, avec une hypercritique de son apparence physique et une insatisfaction corporelle accrue.

Ces répercussions sur l'image du corps peuvent affecter la qualité de vie des personnes atteintes de trouble bipolaire. Les psychothérapies et les modifications du mode de vie peuvent néanmoins aider à améliorer la santé mentale et physique et ainsi réduire l'effet sur l'image du corps.

5.3. D'une émotion à une autre

L'émotion est définie par l'Académie de Médecine (2022) comme un « *mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu.* ». Elle comporte une expérience subjective (la joie, la tristesse, la colère, la peur, etc.) suivie d'une expression comportementale d'excitation ou d'inhibition à travers les mimiques, les gestes, les modifications posturales. L'émotion entraîne des modifications neurovégétatives et son seuil varie en fonction de la personnalité, des expériences vécues, de l'état du sujet ainsi que de la nature du stimuli.

Dans l'ensemble, le trouble bipolaire peut entraîner une grande instabilité émotionnelle, avec des épisodes de manie et de dépression qui peuvent varier en intensité et en durée.

Dans les états maniaques et hypomaniaques, les réponses émotionnelles sont plus intenses et associées à un biais émotionnel positif. Les stimuli positifs sont vécus de manière plus gratifiante et dirigent les comportements vers la recherche de plaisir. Au contraire, les stimuli négatifs sont éprouvés de façon moindre et peuvent entraîner une plus grande prise de risque. L'expression spontanée des émotions sera riche avec une tendance à la désadaptation et son expression volontaire tend vers l'exagération (Henry et al., 2022).

Dans l'épisode dépressif, on observe une « *abrasion globale de la capacité à éprouver les émotions* » (Henry et al., 2022, p. 288), sous-tendue par un biais émotionnel négatif, qui renvoie pour le patient à une impossibilité à éprouver du plaisir (anhédonie). Les stimuli négatifs sont alors vécus comme plus aversifs et les émotions négatives se maintiennent sur des plus longues durées. Dans la dépression, l'expression spontanée des émotions sera diminuée et l'expression volontaire sera rendue plus difficile (Treillet et al., 2022).

Dans les deux polarités, nous venons d'évoquer que **le contrôle émotionnel est impacté**. On retrouve une labilité émotionnelle et une perte du rôle adaptatif de l'émotion.

6. Les différents traitements

6.1. Les traitements médicamenteux et leurs effets secondaires

La thérapeutique médicamenteuse dans le trouble bipolaire de l'humeur a pour objectif de **lutter contre les symptômes aigus**, dépressifs, hypomaniaques et maniaques.

L'épisode maniaque aigu sera traité principalement par un traitement thymorégulateur. En cas d'hyperactivité, d'agitation ou d'anxiété il peut également être nécessaire d'y ajouter des traitements sédatifs ou anxiolytiques.

Le traitement de la dépression repose principalement sur des régulateurs de l'humeur, auxquels il est possible d'associer des antidépresseurs à faible dose si la dépression est sévère. Le traitement antidépresseur est à associer de façon prudente, compte tenu du

risque important de virage maniaque (inversion de l'humeur vers la manie) chez le patient présentant un trouble bipolaire.

Il est également possible d'ajouter un antipsychotique (en phase maniaque ou dépressive) de façon ponctuelle et de courte durée si le patient présente des idées délirantes, des hallucinations ou des troubles du comportement.

Un traitement de fond sera également proposé à **visée d'amélioration puis de prévention d'un nouvel épisode**. Le traitement de fond permettra la stabilisation de l'humeur des patients bipolaires, afin d'éviter les importantes fluctuations d'humeurs pouvant être invalidantes.

Le traitement de la prévention des rechutes est assuré par un traitement thymorégulateur d'au moins cinq ans pour éviter un nouvel épisode. Ils sont regroupés en trois classes : sels de lithium, anticonvulsivants et antipsychotiques atypiques ayant reçu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France.

Les traitements médicamenteux permettent une diminution notable de l'intensité et du nombre d'épisodes et pour une majorité de patients, la disparition des symptômes. Mais très souvent, ces traitements sont associés à des **effets secondaires majeurs sur le corps, déjà empreints de problématiques corporelles liées à la bipolarité**.

Pour le Lithium, qui est le traitement thymorégulateur de référence, il est fréquent d'observer des tremblements bilatéraux et symétriques au niveau des membres supérieurs, et plus particulièrement au niveau des mains. Ces tremblements sont majorés lors d'actes moteurs (par exemple : porter un verre à sa bouche), et constituent donc une plainte importante chez les patients que j'ai pu rencontrer, du fait de la gêne occasionnée.

Nous proposons une relaxation à Madame O., en se référant à la méthode de Jacobson. Celle-ci étant basée sur la contraction et le relâchement musculaire, je l'invite à serrer le poing afin de créer une tension dans son bras. À plusieurs reprises, j'observe un tremblement lors du relâchement. Au sujet de cette manifestation, elle pourra dire que « c'est à cause du surdosage du lithium », et que ça la « dérange ». Madame O. était alors attentive aux tremblements, plutôt qu'à l'effet produit par le relâchement.

Il existe d'autres effets indésirables fréquents à court et long terme associés aux médicaments cités précédemment. Parmi eux : nausées, vomissements, céphalées, somnolence, vertiges, état confusionnel transitoire (désorientation temporo-spatiale), prise de poids, éruptions cutanées, syndrome polyuro-polydipsique (soif importante et augmentation des urines), diarrhée ou constipation, sécheresse buccale, diplopie (vision floue).

Il est important d'avoir connaissance des effets secondaires des médicaments qui sont pour la plupart du temps transitoires. Les tremblements par exemple, peuvent perturber l'accès à la détente dans la relaxation, comme décrit précédemment avec Madame O. Avoir connaissance de ces effets, m'a permis de m'ajuster dans la relaxation que j'ai pu lui proposer.

6.2. Les traitements non médicamenteux

Il existe également différents types de psychothérapies, tenant une place importante dans l'accompagnement du patient bipolaire. Elles constituent une des principales prises en charge en complémentarité des traitements médicamenteux.

Dans la **psychothérapie d'inspiration analytique**, le travail d'introspection est centré sur la compréhension des conflits psychiques et des mécanismes de défenses. Cette thérapie peut permettre d'identifier les facteurs de stress conduisant aux rechutes dépressives (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac, 2015).

Les **thérapies cognitives et comportementales** visent à améliorer le vécu des symptômes dépressifs, par le biais de la correction des schémas cognitifs négatifs et des pensées erronées qui majorent le risque de dépression. Ces thérapies centrées sur les émotions s'adressent davantage aux patients stabilisés au niveau de l'humeur.

Dans le trouble bipolaire, les interactions familiales et sociales sont souvent perturbées. Ce sont ces interactions affectives et relationnelles dysfonctionnelles qui sont considérées dans les **thérapies interpersonnelles** afin de les analyser et de les restructurer. Elles ont pour objectif de permettre au patient de retrouver un équilibre dans ses relations et interactions avec son entourage.

En cas de résistance aux traitements médicamenteux ou dans les cas de dépressions sévères, il peut être envisagé un traitement par **électroconvulsivothérapie**. Cette méthode consiste à administrer des chocs électriques à la surface du cerveau sous anesthésie générale. Le mécanisme qui sous-tend cette méthode est encore peu connu, mais ses effets sont reconnus (Medda et al., 2010).

7. Les comorbidités psychiatriques

Une majorité de patients atteints d'un trouble bipolaire de l'humeur présentent des maladies associées, de nature somatiques (non détaillées ici) ou psychiatriques. Ces comorbidités rendent d'autant plus complexe la prise en charge de la bipolarité.

Le risque de développer un trouble anxieux, un trouble addictif, un trouble des comportements alimentaires ou encore un trouble de la personnalité est plus important que dans la population générale (Slama et al., 2014).

7.1. Les troubles anxieux

La symptomatologie anxieuse peut impacter le patient bipolaire aux différentes étapes de sa maladie. Divers facteurs comme les événements de vie ou le climat familial peuvent précipiter ces manifestations anxieuses et peuvent également précéder les premiers épisodes thymiques. L'anxiété, souvent majorée au fil du temps, s'explique en partie par sa prise en charge tardive et les répercussions sociales et affectives du trouble bipolaire (Slama et al., 2014). Ces différents phénomènes constituent des facteurs de développement et de maintien de l'anxiété.

Les troubles anxieux peuvent également rendre plus difficile le traitement du trouble bipolaire. Les médicaments utilisés pour le traiter peuvent majorer les symptômes anxieux ; quant aux médicaments utilisés pour l'anxiété, ils peuvent déclencher des épisodes thymiques chez les patients (Slama et al., 2014).

Au regard de ces différentes informations, **il paraît donc nécessaire d'évaluer et de prendre en charge les troubles anxieux dans le traitement global du trouble bipolaire, afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire le risque de rechute.** Nous y reviendrons dans la deuxième partie.

7.2. Les troubles liées à l'usage de substances

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), les troubles liés à l'utilisation de substances se caractérisent par un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques. Ces derniers révèlent la persistance d'une consommation addictive en dépit des problèmes considérables qui en découlent sur le plan personnel, familial et socioprofessionnel.

Il est à noter que **les addictions aux substances compliquent le diagnostic, le pronostic et la prise en charge des maladies psychiatriques, notamment dans le trouble bipolaire.** En effet, la toxicomanie est un facteur prédictif de mauvaise réponse au traitement thymorégulateur, principalement au lithium (Blandin & Gorwood, 2014).

D'après E. Blandin et P. Gorwood (2014), il existe plusieurs hypothèses quant à l'origine de l'importance de cette comorbidité addictive dans le trouble bipolaire :

- **L'addiction comme symptôme** du trouble bipolaire, avec une augmentation significative de la consommation d'alcool à la suite d'un épisode maniaque ou d'un épisode dépressif majeur.
- **L'addiction comme automédication** avec une recherche des effets psychotropes (augmentation de l'estime de soi, désinhibition, réduction du besoin du sommeil) communs à l'épisode maniaque. L'automédication correspond également à la recherche des propriétés ressenties comme bénéfiques, notamment celles du cannabis (effets sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques).
- **L'addiction comme « cause »** : la consommation de substances peut entraîner la révélation du trouble bipolaire, du moins favoriser la précocité de son apparition, sous-tendue par l'existence d'autres facteurs génétiques et environnementaux.

7.3. Les troubles des conduites alimentaires

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) et de l'ingestion d'aliments, sont définis dans le DSM-V comme des « *perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire qui entraînent un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social* » (APA, 2015, p. 325). Ils apparaissent sous différentes formes.

- **L'anorexie mentale** se caractérise par une « *restriction des apports énergétiques conduisant à un poids significativement bas* ». L'amaigrissement s'explique par la peur de prendre du poids ou de devenir gros et s'accompagne d'une altération de la perception du poids ou de l'image du corps. Elle se décline en deux sous-types : restrictif (absence d'accès hyperphagique) et hyperphagique/purgatif.
- **La boulimie** se définit par la « *survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crise de glotonnerie)* ». Ces crises sont suivies de comportements compensatoires visant à prévenir la prise de poids (vomissements, laxatifs, exercices physiques excessifs).
- **Les accès hyperphagiques** reprennent la définition de la boulimie, mais diffèrent par l'absence de recours régulier à des comportements compensatoires.

Il existe dans le trouble bipolaire et les TCA certaines **caractéristiques communes comme la dysrégulation émotionnelle. La restriction alimentaire, la consommation excessive de nourriture ou les comportements compensatoires peuvent induire chez les patients un soulagement ou une forme de contrôle émotionnel**. Il existe également des symptômes communs entre l'anorexie mentale et l'épisode maniaque comme l'hyperactivité physique. Les TCA et les épisodes dépressifs partagent la dysrégulation des systèmes de l'appétit, avec une restriction ou une augmentation de l'alimentation. Des traits de personnalités apparaissent également à l'identique dans ces deux troubles comme l'impulsivité et la faible estime de soi en lien avec des antécédents traumatiques (Guillaume & Courtet, 2014).

Ces données évoquent des facteurs communs aux deux troubles, sans pour autant expliquer cette co-occurrence importante entre TCA et trouble bipolaire.

7.4. Les troubles de la personnalité

La personnalité d'un individu est stable et unique dans le temps. Elle résulte de facteurs cognitifs et émotionnels (fonctionnement psychologique, perception de l'environnement, gestion des relations interpersonnelles). La personnalité associe le tempérament qui regroupe les aspects biologiques innés et le caractère qui sera déterminé par l'expérience et l'apprentissage.

D'après le DSM-V, le trouble de la personnalité est un « *trouble durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu* » (APA, 2015, p. 591). Il est défini comme envahissant, rigide et stable dans le temps conduisant à une souffrance et une altération du fonctionnement.

Ces troubles sont classés en trois groupes :

- **Le groupe A** regroupe les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques qui paraissent bizarres ou excentriques.
- **Le groupe B** inclut les personnalités narcissiques, histrioniques, borderline et antisociales caractérisées de théâtrales, émotives et capricieuses et impulsives.
- **Le groupe C** rassemble les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives, apparemment anxieuses, craintives, avec une tendance à l'isolement et une agressivité passive.

L'interaction entre trouble de la personnalité et trouble bipolaire de l'humeur est fréquente et complexe. Les types de personnalités du groupe B, notamment la personnalité borderline, sont les plus nombreux parmi les patients bipolaires. Ces deux troubles partagent des critères similaires : l'impulsivité, l'irritabilité, la variation de l'humeur, des difficultés dans les relations interpersonnelles, des comportements à risques (notamment suicidaires) et des abus de substance psychoactives. Le groupe A est plus fréquent chez les personnes bipolaires présentant des troubles d'addiction à l'alcool (Gourion & Raffaitin, 2014).

8. Le risque suicidaire

La présence de troubles psychiatriques accroît le risque de comportement suicidaire et la coexistence de plusieurs de ces troubles est elle-même un facteur de risque. Ainsi, plus une personne souffre de troubles psychiatriques concomitants plus elle est susceptible de présenter des comportements suicidaires. Cette corrélation est particulièrement importante dans le cas des troubles bipolaires : entre 60 et 80 % des patients atteints de ce trouble présentent également d'autres troubles psychiatriques. (Courtet et al., 2014)

Comme nous l'avons évoqué, troubles anxieux, addictions, TCA et troubles de la personnalité sont les comorbidités les plus fréquentes et leur coexistence accroît le risque de comportement suicidaire, compliquant également le diagnostic et le traitement. Il est donc important de dépister et de traiter ces troubles concomitants, en les prenant en compte dans l'évaluation du risque suicidaire.

9. Conclusion

Dans cette première partie, il a été question d'illustrer la **complexité de la pathologie bipolaire**, appréhendée au cours de mon stage. Nous avons évoqué les caractéristiques et les manifestations cliniques des différents épisodes, ainsi que les causes et les comorbidités du trouble bipolaire. L'objectif était d'avoir une **compréhension globale de ce trouble** qui viendra impacter le patient pour le reste de sa vie.

Ces différents éléments serviront également à mieux cerner le parcours et les retentissements du trouble bipolaire sur les patientes dont nous parlerons en partie clinique.

Dans le deuxième chapitre, nous aborderons l'anxiété sur le plan théorique, afin de mieux **comprendre le vécu douloureux des patients, quand la symptomatologie anxieuse s'ajoute à celle de la bipolarité.**

CHAPITRE 2

Anxiété et trouble anxieux, une comorbidité récurrente dans le trouble bipolaire

Déjà évoqués dans le chapitre 1, les troubles anxieux constituent l'une des principales comorbidités rencontrées chez les patients souffrant de trouble bipolaire dont ils impactent l'évolution. L'anxiété peut se manifester sous la forme d'un symptôme isolé, ou bien au sein d'un trouble anxieux caractérisé. C'est pourquoi ces deux formes seront abordées dans ce second chapitre.

1. Quelques définitions

Les troubles anxieux regroupent différents troubles présentant des caractéristiques communes de peur et d'anxiété excessive. Quelques mots pour définir ces deux termes.

Avec la joie, la tristesse, le dégoût, la colère et la surprise, la **peur** est l'une des six émotions fondamentales décrite par Paul Ekman en 1980 (cité dans Lecomte, 2017). Elle est définie dans le DSM-V (2015) comme une « *réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue* ». Face à un danger (réel ou perçu), la peur est une réaction immédiate d'alarme accompagnée de l'activation du système nerveux sympathique, telle une « *poussée d'hyperactivité neurovégétative* » (Crocq et al., 2015, p. 200), qui peut conduire à l'augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle, de la tension musculaire, de la respiration ou de la transpiration.

L'évaluation du danger conduit à deux réactions « *flight or fight* », décrites par Walter Cannon en 1929 (cité dans Servant, 2022). Il a étudié les réactions du corps face à la menace et propose deux réponses possibles : la réponse « *fight* », réponse de combat agressive ou la réponse « *flight* », de fuite ou d'évitement. Ce concept a été largement utilisé dans la recherche sur le stress et l'anxiété.

Selon le DSM-V (2015), l'**anxiété** se définit par « *l'anticipation d'une menace future* ». C'est une émotion plus généralisée, souvent liée à des situations incertaines ou à des préoccupations excessives. Elle est associée à « *une tension musculaire et une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement* » (Crocq et al., 2015, p. 200). Les symptômes de l'anxiété peuvent aboutir à une appréhension constante et des pensées anxieuses ou catastrophiques. Cette inquiétude excessive et persistante peut interférer avec les activités quotidiennes du sujet.

La peur et l'anxiété sont liées à la perception d'un danger ou d'une menace, avec des caractéristiques communes sur le plan physiologique. **Leur distinction est basée sur la dimension temporelle. L'anxiété est orientée vers le futur**, caractérisée par l'appréhension d'une situation incertaine dont on ne peut prédire les événements à venir ; **tandis que la peur est liée à une réaction émotionnelle orientée vers le présent** face à une menace immédiate.

Le sujet de ce mémoire portant sur la gestion de l'anxiété chez le sujet bipolaire, il est important d'en approfondir la définition.

2. L'anxiété : du vécu individuel normal au vécu pathologique

D'après Servant (2022, p. 20), l'anxiété n'est pas fatalement pathologique, elle peut s'inscrire dans un « *registre émotionnel humain normal* ». Elle précise que sa fonction est « *multiple et complexe* ». L'auteure parle d'une anxiété physiologique qui permet « *de détecter un danger et de préparer les comportements de défense* ». Cette description peut être rapprochée de la définition de la peur citée précédemment. Elle ajoute que l'anxiété non pathologique constitue un **facteur d'adaptation face aux situations de danger** et paraît indispensable à « *l'action, l'apprentissage, la prise de décision et la performance* ». L'anxiété, présente à un degré modéré, peut être bénéfique dans ces différentes situations en améliorant nos performances intellectuelles. En ce sens, Liddell (1949) désigne l'anxiété comme « *l'ombre de l'intelligence* » (cité dans Barlow et al., 2016).

Cependant, au-delà d'un certain seuil, elle est dite pathologique. **Excessive et envahissante, elle ne permet plus l'adaptation de l'individu à son environnement** pour lequel elle constitue, au contraire, une entrave. **Chez les patients bipolaires, l'anxiété engendre une symptomatologie complexe, souvent associée à des plaintes somatiques et des altérations cognitives.**

2.1. Les modèles de l'anxiété

L'anxiété se manifeste à différents niveaux : cognitif, comportemental et physique. Ces trois niveaux interagissent entre eux et confèrent à l'anxiété une expression spécifique. Il s'agira alors dans cette partie d'évoquer les facteurs de vulnérabilité et les mécanismes cognitifs, comportementaux et neurophysiologiques à l'œuvre, afin de comprendre comment l'anxiété se manifeste et se maintient.

A. La théorie de la triple vulnérabilité de Barlow

Comme pour la plupart des troubles mentaux, il existerait plusieurs gènes impliqués dans l'anxiété. Lorsque des facteurs sociaux et psychologiques viennent s'ajouter à ces facteurs de vulnérabilité génétique, l'individu est alors beaucoup plus menacé par cette pathologie.

David H. Barlow, dans sa théorie du développement de l'anxiété, affine cette analyse en évoquant une « **triple vulnérabilité** » (Barlow, 2000) :

- **La vulnérabilité biologique** renvoie à la prédisposition biologique, héréditaire à l'anxiété, rendant des individus plus sensibles aux stimuli anxiogènes.
- **La vulnérabilité psychologique générale** découle de certaines caractéristiques psychologiques personnelles générateurs de pensées négatives : le fait de percevoir son environnement comme non-contrôlable, la crainte de ne pouvoir affronter les événements de la vie. Cette vulnérabilité générale semble se rapprocher des facteurs de vulnérabilité psychologiques évoqués dans l'étiologie du trouble bipolaire.
- Enfin pour décrire **la vulnérabilité psychologique spécifique**, Barlow s'appuie notamment sur la théorie de l'attachement de Bowlby (1980) qui renvoie aux comportements parentaux dans la prime enfance. Certains parents répondent de façon cohérente et prévisible aux besoins de leurs enfants. Ils leur permettent d'explorer le monde et d'accéder aux compétences nécessaires pour gérer les événements imprévisibles. Ils favorisent le développement d'un sentiment de contrôle. Dans le cas contraire, l'individu se sentira fragilisé devant ce monde apparemment incontrôlable.

Selon ce modèle, **cette vulnérabilité peut conduire à des réactions de "fausse alarme", c'est-à-dire à des manifestations de peur en l'absence de stimulus**, ou à travers des "vraies alarmes" en présence de l'événement ou de l'objet déclencheur. Lorsqu'un événement stressant survient, le contrôle de certaines réactions peut être difficile, voire impossible, entraînant l'apparition de symptômes paniques, phobiques ou obsessionnels (Servant, 2012).

Chacune de ces vulnérabilités de façon indépendante, ne constitue pas une condition suffisante pour développer une anxiété pathologique, mais le cumul des trois en majore le risque.

B. Les modèles cognitifs et comportementaux de l'anxiété

Dans les années 1920, naît le béhaviorisme ou comportementalisme, qui décrit « *les mécanismes de l'apprentissage et du conditionnement des comportements* » (Servant, 2012, p. 30). Les premières explications qui sous-tendent les comportements à l'œuvre dans les phobies découlent des recherches menées sur les animaux. Pavlov, avec le conditionnement classique et Skinner, avec le conditionnement opérant.

Selon Pavlov, les apprentissages résultent de l'association entre les stimuli de l'environnement et les réponses de l'organisme. Cela implique un processus d'association entre le stimulus qui ne provoque pas de réponse (stimulus neutre = cloche) et un stimulus qui provoque une réponse automatique (stimulus inconditionnel = nourriture).

Skinner lui, se centre sur un apprentissage par les conséquences des comportements plutôt que sur les stimuli qui les précèdent. Les conséquences de ces comportements ont un effet sur la réponse en la renforçant ou non. Si les conséquences du comportement sont positives pour le sujet, cela favorise la répétition du comportement (renforcement positif). Au contraire, des conséquences négatives conduiront le sujet à éviter la situation (renforcement négatif).

Toujours au XXe siècle et dans la même lignée, Mowrer propose en 1960, la théorie des « deux facteurs ». Pour lui, l'anxiété et en particulier les phobies, serait « *acquise par conditionnement classique et maintenue par conditionnement opérant* » (Servant, 2012, p.30). Au cours d'une situation traumatique par exemple, le stimulus neutre : situation ou objet, pourra être associé à un stimulus inconditionnel comme la peur. **L'individu cherchera alors l'évitement de cette situation ou de cet objet, ce qui maintiendra et renforcera cette peur.**

Pour compléter les modèles comportementaux, Beck, que nous avons évoqué précédemment, a travaillé sur les schémas cognitifs dans les troubles anxieux et dépressifs. Selon lui, le traitement cognitif des stimuli internes et externes repose sur ces schémas cognitifs et correspondent à « une structure psychologique profonde » constituée à partir des expériences émotionnelles antérieures. **Dans l'anxiété, l'interprétation des stimuli serait erronée ; les aspects de la situation ou de l'objet seraient perçus comme menaçants et les schémas cognitifs conduiraient l'individu à se penser plus vulnérable.** (Servant, 2022)

Selon ces modèles cognitifs et comportementaux, les troubles anxieux s'expliquent donc par la **perturbation du traitement de l'information**. Voyons désormais comment ils peuvent se traduire sous le prisme neurophysiologique.

C. Les contributions neurophysiologiques à l'anxiété

Pour expliquer la neurobiologie de l'anxiété, **le circuit de la peur** a souvent été évoqué. Selon Ledoux (1992), l'anxiété serait la résultante d'une « *exagération de peur innée ou conditionnée* » (cité dans Servant, 2012, p. 47). Ce circuit se divise en deux parties :

- **Une voie longue et consciente** : habituellement, les informations sensorielles sont d'abord acheminées vers le thalamus, relais sensori-moteur. Ce dernier transmet ces informations à d'autres régions du cortex afin de les analyser et de leur donner du sens (Devau, 2016), avant de transiter par l'amygdale.
- **Une voie courte et inconsciente** : face à un stimuli trop intense, l'information sensorielle transite par le thalamus (sans passer par le cortex), puis vers l'amygdale qui va générer une réponse rapide, sans même que nous en prenions conscience.

Dans ce modèle, Ledoux met en évidence que **l'amygdale peut être activée de manière inconsciente**, sans passer par le cortex pour évaluer et analyser de façon appropriée le stimulus sensoriel. **Cela aboutirait alors à une activation pathologique par le biais de ce circuit court.**

Voyons le rôle de ces différentes structures :

L'amygdale est une structure cérébrale du système limbique qui est **impliquée dans la régulation des émotions, en particulier de la peur et de l'anxiété**. Cette structure reçoit et analyse les signaux sensoriels et transmet ces informations au cortex frontal pour le traitement « cognitif » et à l'hypothalamus pour le traitement « viscéral » (Servant, 2012).

L'amygdale est également reliée à d'autres structures comme l'hippocampe (système limbique), chacune tenant un rôle important dans les processus de mémorisation :

- L'hippocampe est lié à la mémoire explicite « *qui permet l'apprentissage du caractère dangereux d'un objet ou d'une situation* » (Servant, 2012, p. 47). Ses travaux de recherche ont permis à Jeffrey Gray d'établir l'implication de l'hippocampe dans l'anxiété (cité dans Barlow et al., 2016). En effet, celui-ci est sensible au contexte de l'expérience émotionnelle et compare les stimuli de l'environnement à ceux stockés en mémoire.
- L'amygdale elle, est associée à la mémoire implicite permettant de « *mémoriser les souvenirs inconscients* » (Servant, 2012, p. 47).

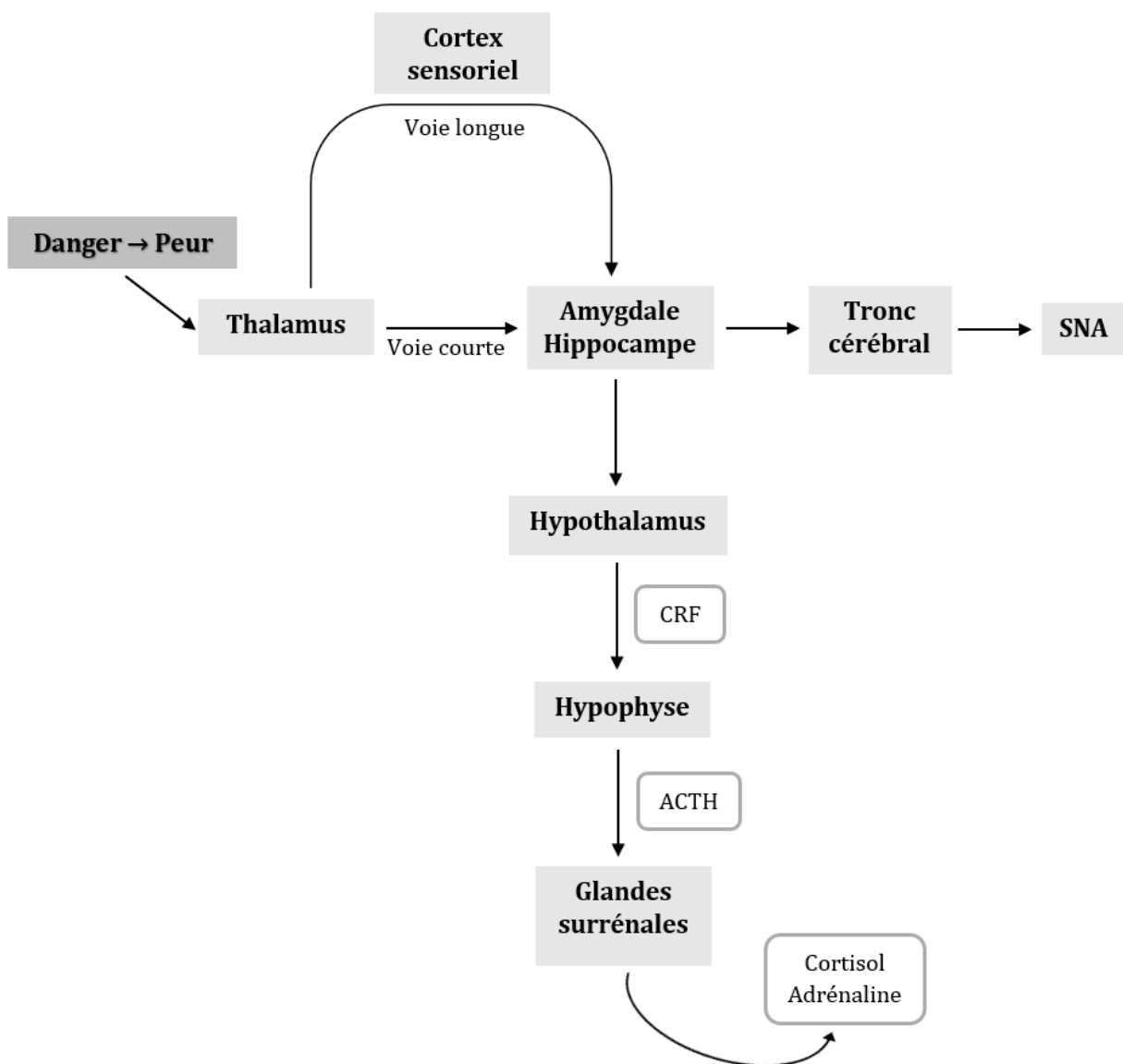
Ces deux structures vont intervenir de façon concomitante dans la mémorisation des émotions. L'émotion va ensuite provoquer des réponses automatiques par l'intermédiaire de l'amygdale et ses différentes connexions, notamment au niveau du système nerveux autonome (SNA), du tronc cérébral (avec la formation réticulée impliquée dans le maintien de l'éveil) et de l'hypothalamus (Servant, 2012).

La peur, perçue comme signal d'alarme, va déclencher un état de stress afin de permettre une réponse rapide face à une situation potentiellement dangereuse. Dans cette situation, **l'hypothalamus est stimulé par l'amygdale et vient déclencher une réponse en cascade** ; il sécrète le facteur de libération de la corticotrophine (CRF) stimulant la synthèse de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) de l'hypophyse.

L'ACTH vient à son tour stimuler les glandes surrénales, permettant la **libération d'hormones du stress** (Devau, 2016) :

- **Le cortisol** qui produit un rétrocontrôle négatif sur l'hypothalamus et l'hypophyse afin d'inhiber la production de CRH et ACTH. L'objectif est de retrouver une situation d'équilibre pour le corps,
- **L'adrénaline** qui vient stimuler le SNA, conduit notamment à l'augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire, de la vigilance et de l'attention et de la sudation.

Cet ensemble Hypothalamus-Hypophyse-Surrénale (HHS) forme « l'axe du stress ».



Modèle neurophysiologique de l'anxiété

En somme, **l'anxiété serait considérée comme un « dérèglement du système d'alerte physiologique de la peur face au danger »** (Servant, 2012, p. 46). L'amygdale serait d'ailleurs plus active chez les personnes souffrant d'anxiété, même en l'absence de tout stimulus menaçant. Cela peut donc entraîner une réactivité émotionnelle accrue et une augmentation de la sensibilité aux stimuli stressants, contribuant à la persistance de l'anxiété.

L'émotion est au centre de la compréhension des mécanismes qui sous-tendent l'anxiété, donnant à celle-ci à un intérêt important dans son accompagnement en psychomotricité.

Nous venons d'évoquer l'implication du système limbique et de l'axe HHS dans le mécanisme neurophysiologique de l'anxiété. Cette explication rejoint la définition neurobiologique du trouble bipolaire. **Les mécanismes communs qui sous-tendent la compréhension de ces pathologies viennent renforcer l'existence du lien entre l'anxiété et la bipolarité.**

3. Un diagnostic spécifique : les troubles anxieux

Comme évoqué précédemment, l'anxiété peut revêtir un caractère adaptatif en permettant au sujet de mobiliser ses ressources physiques et psychiques pour faire face à la menace. Cependant, **lorsque l'anxiété devient insupportable, elle perd sa fonction adaptative.** Selon Pelissolo (2002) « *son caractère éventuellement pathologique doit être évalué à partir de critères diagnostiques aussi précis que possible. Il existe en effet de véritables « maladies de l'anxiété », qui sont surtout caractérisées par la persistance dans le temps de leurs manifestations et par leur retentissement dans la vie du sujet.* » (cité dans Servant, 2012, p. 79).

L'anxiété peut alors s'inscrire dans deux cadres : soit comme symptôme très souvent retrouvé dans les pathologies psychiatriques, soit comme diagnostic spécifique. Dans le second cas on parlera de troubles anxieux qui se déclinent sous diverses formes.

Le trouble anxieux généralisé (TAG) caractérisé par une anxiété excessive et incontrôlable concernant la santé, le travail, l'argent, les proches. L'appréhension continue malgré l'absence d'évènements déclencheurs particuliers.

Le trouble panique caractérisé par la répétition des attaques de panique. Cette répétition conduit à l'apparition d'une anxiété anticipatoire : le patient craint que se reproduisent des attaques de paniques.

Les troubles phobiques caractérisés par une peur intense et incontrôlable déclenchée par un objet ou par une situation donnée. Cette peur devient source de souffrance, de conduites d'évitement et d'anticipation anxieuse (avant l'affrontement d'une situation anxiogène). Ils regroupent :

- **L'agoraphobie** : elle renvoie à la peur des situations dans lesquelles il serait difficile de s'échapper ou d'être secouru en cas d'attaque de panique (centres commerciaux, foules, endroits clos, etc.),
- **Les phobies spécifiques** : elles se limitent à des objets ou des situations bien définie (animaux, éléments naturels, sang et procédures médicales),
- **La phobie sociale** : elle se définit par la peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard ou le jugement d'autrui.

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est déterminé par des pensées indésirables et envahissantes (les obsessions). En réponse à ces obsessions, le sujet se sent forcé d'accomplir des comportements répétitifs ou des actes mentaux (les compulsions).

Nous échangeons avec Madame E. autour de ses TOC. Elle fait face à des obsessions de souillure : « j'ai l'impression d'être tout le temps sale », « je vais contaminer les autres ». Pour répondre à ces pensées obsessionnelles, Madame E. se lave les mains 30 à 40 fois par jour et désinfecte les surfaces qu'elle touche. Ses mains sont très abîmées. Par l'intermédiaire d'un dessin du bonhomme, elle associe ses mains aux mots « anxiété » et « douleur ».

L'état de stress post-traumatique (ESPT) correspond à la survenue de symptômes caractéristiques (cauchemars, flash-back, évitement, etc.) à la suite d'une exposition à un évènement traumatique.

Le chapitre des troubles anxieux dans le DSM-V n'inclut d'ailleurs plus ces deux derniers troubles. Ils sont évoqués dans des chapitres séparés (TOC et apparentés et troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress pour l'ESPT).

La symptomatologie anxieuse retrouvée dans ces différents troubles comporte des signes permanents et récidivants qui n'ont pas de cause organique. Leur genèse et leur maintien réside dans des facteurs psychologiques.

Pour accompagner les patients anxieux, il est donc très important de procéder avec précision à l'évaluation de la nature de l'anxiété, afin de proposer le suivi le plus adapté.

4. L'évaluation de l'anxiété

Le chevauchement entre la symptomatologie thymique et la symptomatologie anxieuse expose le patient à un **vécu douloureux**. L'anxiété s'accompagne de tensions et de souffrances physiques et psychiques, mais également objectives et subjectives. Il sera alors important d'appréhender ces différents aspects par une **écoute attentive et empathique des plaintes somatiques et psychiques du patient**.

Une première appréciation subjective doit être fondée sur les **manifestations corporelles et physiologiques** du patient, observables par le professionnel. Elles se manifestent par des somatisations, avec plaintes, reposant sur des sensations corporelles désagréables. Elles peuvent donner lieu à des préoccupations concernant l'image du corps et des douleurs psychogènes (Besche-Richard & Bungener, 2020).

Des déficits impactent également la motricité volontaire et involontaire : gestes maladroits, tremblements, contractions, tensions musculaires. Elles sont source d'hypervigilance et de réactions de sursauts exagérées.

Il existe également des signes comportementaux observables : agitation ou instabilité psychomotrice et parfois inhibition anxieuse face à la situation stressante ; pouvant s'accompagner de signes neurovégétatifs, rougeur, pâleur ou sueur. Les signes de l'anxiété apparaissent parfois au niveau de la sensibilité sous forme de paresthésies ou de fourmillements (Servant, 2012).

Les difficultés respiratoires sont également fréquentes : hyperventilation importante dans les attaques de panique, sensation de souffle coupé ou d'étouffement, douleurs ou gênes thoraciques.

La présence de ces différentes manifestations corporelles ouvre la porte à un recours possible à la psychomotricité.

Les cognitions anxieuses sont également très présentes. Souvent verbalisées par les patients, elles peuvent avoir la forme de croyances irrationnelles (obsessions, phobies) que l'individu perçoit comme envahissantes et pathologiques. Elles s'accompagnent de troubles de la mémoire, de l'attention ou de la concentration, d'une désorganisation ; le sujet à l'impression « *de ne plus y arriver* » (Baste, 2016, p. 291). Ces difficultés peuvent être en lien avec une faible estime de soi ou d'un manque de confiance face à l'impossibilité de neutraliser ces pensées indésirables. Souvent aggravées par des difficultés de régulation ou d'expression émotionnelle et par la crainte du jugement d'autrui, elles s'accompagnent du besoin d'être rassuré.

D'autre part, la mesure quantitative du niveau d'anxiété peut être réalisée grâce à des questionnaires d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation. Dans le cadre de ce mémoire, j'ai utilisé l'échelle d'anxiété de Hamilton (*cf. Annexe*), échelle hétéro-évaluative comportant 14 items ; ils interrogent sur l'anxiété psychique (humeur anxieuse, craintes, dysfonctions intellectuelles, etc), les répercussions somatiques de l'anxiété (symptômes musculaires, sensoriels, cardiovasculaires, respiratoires, etc), et sur le comportement du sujet au cours de l'entrevue (agitation, tremblements, mimiques, respiration, etc). J'y ai vu un moyen de compléter mes observations cliniques en début et fin de prise en charge, et d'en mesurer les bénéfices.

5. Conclusion

L'anxiété peut revêtir un caractère adaptatif visant l'ajustement de l'individu à son environnement. Néanmoins, à partir d'un certain seuil, l'inquiétude excessive et persistante peut venir interférer avec les activités quotidiennes et altérer la vie sociale, professionnelle et/ou familiale de la personne. L'anxiété peut se retrouver sous la forme d'un symptôme dans les pathologies mentales, ou bien sous forme de troubles anxieux comorbides à un autre trouble psychiatrique.

La prévalence élevée de la comorbidité anxieuse impacte de façon considérable l'évolution du trouble bipolaire et constitue donc un enjeu thérapeutique majeur. Dans ce contexte, l'évaluation de l'anxiété au travers des manifestations corporelles observables et des plaintes somatiques et cognitives du patient semble donc primordiale pour l'accompagner et éviter son aggravation. Pour Cazard et Ferreri (2013), au-delà de l'intérêt des médicaments, il semble nécessaire « *d'offrir une large place aux mesures non médicamenteuses, afin de soulager au mieux la plainte anxieuse* ». Un accompagnement visant la stabilité durable des épisodes thymiques et un apaisement de l'anxiété doit constituer l'objectif principal de la prise en charge des patients bipolaires anxieux. (Cazard & Ferreri, 2013)

Ainsi, l'avant dernière partie de ce mémoire propose une possibilité de prise en charge non médicamenteuse à travers un accompagnement par la relaxation en psychomotricité.

CHAPITRE 3

La relaxation thérapeutique comme accompagnement à l'anxiété

La singularité de la relaxation en psychomotricité réside dans son approche globale. Elle implique un travail d'élaboration et de mise en relation des ressentis corporels et émotionnels du patient. Il s'agira dans cette partie de décrire les différentes méthodes de relaxation utilisées durant mes périodes de stage et d'en détailler leurs effets, afin de souligner leur importance dans l'accompagnement de l'anxiété des patients bipolaires.

1. La relaxation : généralités et éclairage sur les méthodes proposées

1.1. Définition de la relaxation

Le terme « relaxation » vient du latin « relaxatio » synonyme de relâchement, détente, repos. C'est dans ce sens qu'il est toujours couramment utilisé aujourd'hui.

Ces notions méritent cependant d'être complétées avant d'utiliser la relaxation comme un outil thérapeutique de traitement de l'anxiété. Les symptômes de cette pathologie, décrits précédemment, indiquent que le **corps et l'esprit sont toujours interconnectés**. Il est important de prendre en compte la dimension psychosomatique du sujet. **Ces deux éléments sont étroitement liés et expriment le mal-être, les souffrances et les inconforts qui se manifestent par des symptômes variés.**

Durand de Bousingen (1992), semble donner une définition de la relaxation prenant en compte l'aspect globale de celle-ci : « *Les méthodes de relaxation sont des conduites thérapeutiques, rééducatives ou éducatives, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique.* » (cité dans Guiose, 2007, p. 11).

En somme, la relaxation fait partie des techniques à médiation corporelle susceptibles de réduire les tensions physiques et psychiques des patients. Elles impliquent la présence physique concrète du corps et aident les personnes souffrant de mal-être en favorisant un rapport serein au corps, à la conscience et aux autres (Thiveaud, 1997).

1.2. Les différentes méthodes de relaxation

Pour reprendre la classification de Durand de Bousingen (1992), schématiquement, **deux grands courants coexistent pour différencier les types de relaxation** (cité dans Guiose, 2007) :

- **Les méthodes dites « centrifuges » ou à point de départ psychologique**, issues de l'hypnose médical. Elles s'originent dans le training autogène de Schultz. À partir de cette méthode, d'autres pratiques d'inspiration psychologique vont voir le jour : méthode de Bergès, rééducation psychotonique d'Ajuriaguerra, relaxation à induction variable de Sapir, ou sophrologie.
- **Les méthodes dites « centripètes » ou à point de départ physiologique.** Leur modèle de référence est la relaxation progressive de Jacobson. Dans la même lignée, on peut citer la relaxation activo-passive de Wintrebert ou l'eutonnie d'Alexander.

Afin de clarifier les différences observables entre les deux grandes catégories de méthodes, il peut être utile de décrire pour chacune d'entre elles les procédures les plus représentatives mises en jeu. Dans cette partie, j'ai choisi de détailler les méthodes utilisées dans l'accompagnement des patients développé dans la partie clinique.

A. Le training autogène de Schultz

Les travaux de Johannes H. Schultz, dans la première partie du XXe, s'appuient sur les travaux d'Oscar Vogt relatifs à l'hypnose et sur ses propres observations. Il a constaté que ses patients obtenaient par auto-hypnose, un état de calme et de détente « *empêchant les mouvements émotionnels de devenir pathogène* » (cité dans Guiose, 2007, p. 11). **Les bases du training autogène reposent donc sur l'auto-hypnose** acquise par des « *modifications volontaires de l'état-tonique, suggérées ou auto-suggérées* » (cité dans Guiose, 2007, p. 11).

Le patient va s'abandonner passivement à un état de détente à travers des inductions de sensations de calme, de repos, de lourdeur et de chaleur caractéristique de cet état hypnotique (Guiose, 2007).

La méthode décrite par Schultz comporte deux cycles. **Le cycle inférieur** correspond à l'apprentissage sur plusieurs mois, de six exercices successifs :

- L'attitude corporelle du sujet, durant laquelle il s'agira de trouver la position corporelle qui engendre le moins de tensions musculaires,
- La fermeture des yeux pour neutraliser les stimulations visuelles,
- L'induction au calme,
- L'expérience de la pesanteur qui renvoie à l'expérience de détente musculaire,
- L'expérience de la chaleur similaire à celle ressentie dans la vasodilatation,
- Enfin, des exercices complémentaires à l'entraînement normal : le contrôle des battements du cœur, de la respiration, la chaleur de l'abdomen et la fraîcheur du front.

La tâche du sujet sera de se concentrer sur les formulations précises du thérapeute, l'invitant à porter son attention sur ses sensations corporelles. À l'issue de ces différents exercices, on proposera un temps de reprise à travers différents mouvements : des flexions/extensions énergiques de l'avant-bras, une respiration profonde et l'ouverture des yeux (Guiose, 2007). **L'objectif de ce cycle est de permettre au sujet d'obtenir une détente et une déconnexion de l'ensemble de l'organisme**, avec pour conséquence « *une baisse du niveau du stress, de l'anxiété, de la douleur et permet une amélioration de la qualité du sommeil* » (Baste, 2016, p. 70).

Après la maîtrise des étapes du cycle inférieur, il pourra être proposé au patient une psychothérapie comportant des exercices de visualisation de couleurs ou d'objets qui constituent **le cycle supérieur** (Servant, 2015).

B. La relaxation progressive de Jacobson

Edmund Jacobson s'est efforcé de démontrer le lien entre les états de tensions musculaires et psychologiques. Il a d'abord étudié le sursaut involontaire comme manifestation émotive. Il a constaté que plus le degré de tension musculaire était important chez le sujet, plus le sursaut est violent. Inversement chez le sujet en état de

relaxation, la réaction observable était faible ou inexistante. Selon lui, les émotions se traduisent par des « *contractions localisées dans diverses parties du système musculaire et viscéral* » (Guiose, 2007, p. 17). Ce constat l'a conduit à mettre au point le « neuro-voltmètre intégrant ». Cet appareil permet des enregistrements électromyographiques des états de contraction des différentes régions du corps. Grâce à lui, **il a pu mettre en lumière le lien entre les états psycho-émotionnels et des expressions neuromusculaires spécifiques**. Partant du postulat selon lequel « *un état de perturbation mentale pouvait se transposer en un état d'hypertonie musculaire problématique et pathologique auquel le relâchement musculaire conscient et volontaire peut apporter une solution* » (Baste, 2016, p. 143), il s'écarte des méthodes basées sur la suggestion ou l'induction verbale et élabore sa méthode sur la **décontraction musculaire**.

Elle est divisée en deux parties :

- **La relaxation progressive** : dans cette première phase, le sujet allongé sur le dos, commence par plier son bras au niveau du coude pour le mettre en tension. Sa tâche sera alors de percevoir les muscles contractés. Une fois le bras relâché, il devra se concentrer sur les sensations accompagnant le relâchement musculaire. Cet exercice de contraction-décontraction sera alors répété pendant trente minutes. Durant la demi-heure suivante, le sujet est encouragé à laisser son bras relâché pour ressentir progressivement l'installation de cet état de relâchement et de détente.

Au début de chaque séance, un rapide retour sur le travail de la séance précédente est effectué, avant de passer à la mise en jeu d'autres groupes musculaires. Progressivement, segment par segment, tous sont sollicités jusqu'à inclure enfin les muscles de la face. L'objectif final est d'obtenir le relâchement global du corps.

- **La relaxation différentielle** : elle se définit comme « *l'apprentissage de l'état de contraction minimale nécessaire pour la réalisation d'une action (quelle qu'elle soit) et le relâchement maximal en parallèle des muscles non impliqués dans cette action* » (Baste, 2016, p. 143). Pour le sujet, cette deuxième phase se déroule en position assise. Il va chercher à maintenir l'état de relâchement expérimenté dans la première phase.

Ainsi, le thérapeute pourra proposer au sujet d'**établir une relation entre un symptôme somatique et l'état de tension corporelle qui lui est associé**. Le but recherché est évidemment de **réduire ou faire disparaître ce symptôme en relaxant le muscle ou la partie du corps qui lui est associée**.

C. La relaxation coréenne

La relaxation coréenne est une technique ancestrale qui trouve son origine dans la tradition chinoise. Elle est d'ailleurs toujours utilisée en Asie dans les milieux populaires. Elle se pratique en position allongée, au sol ou sur des tapis. La progression s'effectue des pieds à la tête.

Cette méthode de relaxation est **basée sur l'enchaînement de différentes formes d'inductions manuelles** : mobilisations passives douces des articulations par des secousses, vibrations, ondulations, bercements, pressions. Elle comporte également des étirements musculaires progressifs. Ces différentes actions **favorisent des sensations kinesthésiques de relâchement corporel profond**.

Dans les deux méthodes évoquées précédemment, le patient s'inscrit dans une démarche plutôt active. Dans la relaxation coréenne, le « receveur » est dans une posture plus passive, se laissant aller aux mouvements de l'autre. La relaxation coréenne est une invitation pour le sujet, au relâchement physique profond, à la lecture des mouvements respiratoires et au calme mental.

Cette méthode peut s'avérer coûteuse physiquement pour le « donneur ». Il devra donc être vigilant aux positions de son corps (dos droit dans les étirements, ancrage dans le souffle). Les différentes mobilisations lui donnent l'occasion d'observer et de ressentir les blocages, résistances, raideurs articulaires, amplitude des mouvements. La perception de ces ressentis permet d'ouvrir la porte au dialogue, d'échanger avec le patient sur les résistances observées. En ce sens, **elle favorise la prise de conscience des tensions musculaires et des blocages articulaires en lien avec l'état psychique du patient**.

La relaxation coréenne, contrairement aux autres méthodes détaillées auparavant, donne l'occasion de « toucher » l'autre. Il est important de rappeler que les contacts physiques tel que le contact dans le peau à peau font partie intégrante du dialogue tonique. Les mobilisations effectuées permettent de comprendre les échanges toniques entre les deux participants. Durant ce dialogue, le psychomotricien sera attentif aux différentes réponses du patient. Les modifications toniques peuvent apparaître « *tantôt comme expression, tantôt comme réaction* » (Thiveaud, 2000, p. 13).

Pour conclure, nous venons de voir que le training autogène de Schultz et la relaxation progressive de Jacobson sont deux méthodes très différentes. L'une utilise l'auto-suggestion, l'autre le relâchement neuromusculaire. La relaxation coréenne, enfin, semble se situer dans la continuité des méthodes à point de départ physiologique dans la mesure où elle vise le relâchement corporel profond par l'intermédiaire du mouvement. Néanmoins, **l'élément central de ces techniques s'articule autour de la baisse des tensions musculaires permettant de diminuer les tensions psychiques dans un but thérapeutique.**

2. La médiation relaxation en psychiatrie

Dans cette partie, nous nous efforcerons de définir brièvement la notion de médiation thérapeutique, car c'est dans ce sens que la relaxation est proposée au patient. Puis, nous aborderons les enjeux de la première rencontre jusqu'à la construction du projet thérapeutique. Enfin, dans le but d'avoir une vision d'ensemble sur la relaxation, nous verrons comment se construisent généralement les séances et leurs effets sur les symptômes anxieux.

2.1. La médiation thérapeutique

Le concept de médiation thérapeutique n'existe pas en soi : il s'agit d'une extension et d'un glissement de sens de la notion d'objet et de phénomènes transitionnels. Cette pratique consiste à proposer à des patients un atelier, avec recours à un objet ou à une activité spécifique. Autour de ces propositions va se construire une mobilisation de la souffrance psychique.

La médiation assure une fonction d'intermédiaire ; elle se situe dans un entre-deux. En psychomotricité, elle sera support de la relation qui est « *au cœur même du processus thérapeutique* » (Potel, 2010, p. 352). Elle va constituer le socle du travail. Le patient et le psychomotricien s'engagent dans cette relation afin de **créer un environnement propice à l'identification des liens entre les éprouvés corporels et la souffrance du patient**. Catherine Potel (2010, p. 367), détaille les objectifs d'une médiation en psychomotricité : « *proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ; [favoriser] le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ; [aider] à la transformation des éprouvés en représentations.* » Cette médiation est le fruit d'une réflexion menée avec le patient et l'équipe soignante. Elle prendra sens pour le patient au travers de deux éléments : une proposition de soins pertinente par rapport à la plainte exprimée et un cadre cohérent. (Potel, 2010)

Nous verrons en partie clinique, que c'est la **médiation relaxation** qui a été proposée. **Cette proposition sera ajustée afin de répondre au mieux à l'état anxieux et aux difficultés du patient.**

2.2. De la rencontre au projet thérapeutique

L'un des premiers enjeux dans la mise en place d'un accompagnement thérapeutique réside dans la **création d'une alliance thérapeutique, au travers des premières rencontres**. Pour commencer, il est important d'aller à la rencontre du patient, de prendre en compte sa situation physique, psychologique et corporelle : « *[être] là, à côté, en présence, [observer], engager quelques mots, accueillir les manifestations symptomatiques [...], proposer sans imposer, laisser place à la méfiance voire au refus ou à l'opposition et donc au libre arbitre sont des étapes nécessaire à la rencontre* » (Le Corre et al., 2022, p. 177). Le psychomotricien doit faire preuve de disponibilité et d'adaptabilité psychique et physique. Il lui faut porter une **attention particulière aux manifestations corporelles les plus subtiles, aux mots du patient**, même si son discours est confus ou décousu. La communication non-verbale prend alors une place importante : modification de sa présentation physique, posture, respiration, regard, gestuelle, mimiques, états toniques. **La prise en compte de tous ces éléments permet de s'adapter à l'état thymique du patient** (Le Corre et al., 2022).

Il est possible que dans le service le psychomotricien soit un des seuls à ne pas porter de blouse. Ne pas arborer ce signe extérieur habituellement associé au milieu soignant, peut permettre d'établir une relation plus égalitaire, sereine et confiante car moins chargée en enjeux. L'absence de ce symbole institutionnel peut être perçu par le patient comme un signe que la relation thérapeutique proposée se distingue des traitements purement médicamenteux auxquels il est souvent confronté.

Dans le service où j'effectue mon stage, la demande de la première rencontre est souvent une initiative de l'équipe soignante. Elle émane rarement des patients. Leur orientation en psychomotricité, a pour but de travailler autour de l'image du corps, la gestion de l'anxiété, du vécu émotionnel, du réinvestissement corporel ou de l'ajustement tonique (Baudet & Carrette, 2019).

Pour proposer un projet de soin s'articulant avec les autres prises en charge, le psychomotricien doit prendre en compte de multiples éléments : l'évaluation psychomotrice à travers le bilan, les observations cliniques, le ressenti issu des premières rencontres et la plainte du patient. **L'objectif du soin en psychomotricité s'oriente alors spécifiquement sur la gestion de l'anxiété comorbide à la pathologie bipolaire.**

Ce projet thérapeutique doit s'inscrire également dans un cadre spatio-temporel : un lieu, une fréquence, une durée ajustable à l'état et aux possibilités du patient. Ces différentes conditions participent à la création du cadre que C. Potel définit comme ce qui « *contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2010, p. 321). **La permanence et la cohérence du cadre donnent au patient un sentiment de continuité et de sécurité nécessaire pour que les propositions thérapeutiques soient apprivoisées et assimilées.** Sur mon lieu de stage, les séances s'effectuent dans la salle de psychomotricité, de façon hebdomadaire et en général à une heure régulière, sauf exceptions liées aux contraintes de l'institution.

Il est également très important que le déroulement des séances soit lui-même structuré de manière précise.

2.3. La séance de relaxation en psychomotricité

Chaque séance de relaxation s'articule autour de la problématique et des particularités du patient. Sa cohérence doit suivre un « *fil conducteur, adoptable autant qu'adaptable* » (Senand, 2006, p. 25). Le déroulement de la relaxation est donc sujet à des variations. Je vous propose ici les grandes lignes constituant les différents temps de la séance.

Le premier temps est celui de **l'accueil**. Pendant ce moment d'échange, le patient exprime ses souffrances somatiques et psychiques. Il n'est pas rare que ces difficultés soient difficiles à verbaliser. C'est tout le corps qui exprime la souffrance. Le propre du psychomotricien réside alors dans « *la lecture de ces difficultés corporelles* » (Baudet & Carrette, 2019, p. 303) et dans son ajustement corporel face aux modifications tonico-émotionnelles. Julian De Ajuriaguerra parle d'une « *empathie tonique* » qui « *s'inscrit dans une attitude d'écoute qui favorise la communication tout en maintenant une distance et une atmosphère de sécurité* » (cité dans Baudet & Carrette, 2019, p. 303). Ce moment d'échange va permettre au psychomotricien d'adapter la séance en conséquence.

Le second temps est celui de **l'installation**. Le psychomotricien va proposer au patient de prendre une position aussi confortable que possible, en précisant que cette position peut être modifiée à tout moment. Le patient s'installe en général en position allongée, plus rarement assise. Le psychomotricien est attentif aux positionnements du corps ; il peut proposer des couvertures, des coussins pour soutenir la tête ou pour rehausser les genoux en cas de douleurs lombaires. Le patient est ensuite invité à fermer les yeux s'il le souhaite. Les inductions du psychomotricien vont amener le patient à se concentrer sur ses sensations, sur les surfaces de son corps en contact avec le tapis, le rythme de sa respiration. « *Induire, c'est amener à, encourager à, inviter à* ». Ces inductions peuvent être paroles, toucher, ou bien silencieuses (Munier & Montéant, 2006, p. 70).

La voix du psychomotricien qui accompagne l'installation est calme et rassurante. Ces différents éléments vont permettre d'établir un environnement favorisant la diminution des états de vigilance et l'entrée progressive dans la relaxation.

Le temps de **relaxation** s'appuie sur une technique pensée par le psychomotricien. Elle peut faire appel à plusieurs méthodes (inductions verbales, mobilisations passives du corps, etc) de manière à l'ajuster au patient. Ce dernier est convié à une écoute attentive de ses sensations internes et des états de tension des différentes zones corporelles. Ce moment permet de laisser émerger le vécu, les affects, les éprouvés corporels, et favorise le relâchement psychique et physique du patient. Les états de conscience se modifient, notamment les notions de temps, d'espace, et de pesanteur (lourdeur ou légèreté) (Chaloult, 1990).

Par sa formation, le psychomotricien est doté d'une capacité d'observation spécifique, en particulier dans la lecture corporelle. Il sera donc attentif à plusieurs éléments : réactions toniques, physiologiques (ralentissement de la fréquence respiratoire, amplitude respiratoire), réactions de prestance et aux mimiques, regards, et manifestations émotionnelles.

Le quatrième temps est un temps de **reprise** pendant lequel le patient pourra « *retrouver son tonus de soutien, [se redynamiser], [reprendre] contact avec l'environnement social* » (Soulignac-Moreno, 1997, p. 14).

Le dernier temps consiste en une phase de verbalisation, de **mise en mots** des vécus corporels. Si le travail de verbalisation se révèle difficile, il est possible de proposer l'utilisation de support différents (dessins, images, etc) pouvant favoriser l'expression du patient.

Elle donne lieu à un travail d'élaboration, de mise en lien entre sensations et représentations qui va être soutenu, étayé et contenu par le psychomotricien. Cette étape peut être rapprochée des travaux de Bion sur « l'appareil à penser les pensées ». Dans ce modèle, la mère accueille et transforme par le biais de la fonction α , les éléments β (émotions brutes, éléments non-assimilables) en impressions sensorielles et représentations assimilables pour l'enfant. Ce travail de symbolisation permet progressivement de transformer un corps subi en un corps exprimé.

Le patient pourra alors associer ressentis, histoire personnelle et émotions à travers l'expérience corporelle. Ce processus permet de mettre ses expériences en mots et de les représenter, créant ainsi un acte symbolique (Munier & Montéant, 2006).

Les verbalisations permettent également au psychomotricien de déterminer les méthodes de relaxation les plus adaptées au patient en lien avec les difficultés rencontrées. Des méthodes de relaxation sont certes utilisées par de nombreux soignants en psychiatrie. Néanmoins, « *la singularité de la relaxation en psychomotricité tient essentiellement dans l'approche globale qui est proposée et qui s'appuie sur un travail d'élaboration et de mise en lien des éprouvés corporels (toniques, sensoriels, proprioceptifs, kinesthésiques) et émotionnels du sujet.* » (Rodriguez, 2019, p. 34). Du fait de sa formation initiale et l'approfondissement théorico-clinique de son parcours professionnel, le psychomotricien sera en mesure d'objectiver son choix thérapeutique en fonction du patient et des indications cliniques.

Au cours de mon stage, j'ai pu assister à une séance de relaxation de groupe proposée par un autre membre de l'équipe soignante. Je me suis alors rendu compte que l'espace de verbalisation qui précède et suit la relaxation était peu ou pas investi par le soignant et les patients. Selon moi, c'est dans ce temps permettant la mise en relation des expériences corporelles et émotionnelles, que réside notamment, la spécificité du psychomotricien.

3. Les effets de la relaxation sur les symptômes anxieux

Dans la seconde partie sur l'anxiété, nous avons évoqué ses retentissements physiques et psychiques sur le sujet. Il s'agira alors ici, de montrer que **la relaxation propose une réponse aux effets de l'anxiété.**

3.1. Aspects neurophysiologiques

La relaxation entraîne un **abaissement de la vigilance et des modifications des états de conscience.** André Virel (1987) distingue ces deux phénomènes. « Les états de conscience » se réfèrent à une expérience subjective, à un vécu unique pouvant être raconté par le sujet pendant le temps de verbalisation. Alors que le « niveau de vigilance » décrit un état cortical mesurable objectivement (cité dans Guiose, 2007, p. 63).

Dans les états anxieux, l'activité corticale augmente (40 à 50 cycles par secondes), alors que l'état de conscience modifié amené par la relaxation induit une activité corticale largement inférieure (4 à 12 cycles par secondes).

L'activité corticale obtenue par l'état de relaxation induit **une baisse de vigilance, une modification des perceptions sensorielles, une perturbation de la temporalité de la séance et de la perception du corps** (Baste, 2016).

Du fait des modifications de l'activité corticale et de l'installation de cette détente psycho-sensorielle, les méthodes de relaxation semblent apporter une réponse intéressante face à la symptomatologie des états anxieux. Rappelons que l'anxiété peut induire des sensations corporelles désagréables, conduisant à des inquiétudes concernant l'image du corps.

3.2. Aspects physiologiques

Herbert Benson (1975) décrit diverses modifications produites par la relaxation « *diminution de la tension musculaire, vasodilatation périphérique, diminution du rythme cardiaque et respiratoire, diminution de la tension artérielle, etc.* » (Chaloult, 1990). À cela, s'ajoute une augmentation de la température de la surface du corps due à l'amélioration de la circulation sanguine périphérique et d'une diminution de la température interne, comparable à la baisse physiologique de température corporelle pendant le sommeil (Baste, 2016).

Ces changements entraînent un **état de détente corporelle**. Il s'explique notamment par une **réduction de l'activité du Système Nerveux Autonome (SNA)**. Rappelons que le SNA est impliqué dans l'activation physiologique, face aux situations potentiellement anxieuses (cf. partie 2). L'expérience de la relaxation permet donc au sujet de faire varier l'activité du SNA, et, par conséquent, le rend plus adaptable. Cette « flexibilité » contribue à « *une activation ou une réduction rapide de l'état physiologique et émotionnel en fonction de la situation* ». (Servant, 2021, p. 130). Ces modifications au niveau du SNA sont en partie liées à la physiologie respiratoire.

Comme évoqué dans le chapitre 2, lorsque l'état anxieux est présent, il s'accompagne souvent d'une augmentation de la **fréquence respiratoire** : « *Il s'agit d'une hyperventilation réactive qui s'auto-entretient, c'est-à-dire que le stress provoque une hyperventilation qui, elle-même, accentue le stress.* » (Baste, 2016, p. 226). Cependant, cette fonction physiologique peut être contrôlée consciemment par des exercices de contrôle respiratoire.

Les patients sont encouragés à se concentrer sur leur respiration durant les exercices afin de faire varier le rythme et l'amplitude de leurs mouvements respiratoires. Au début, on observe souvent un hyper-contrôle de la respiration. Au fil des séances, la respiration devient profonde (cycle respiratoire allongé, égalisation de la durée d'inspiration et d'expiration). Cette évolution conduit la personne à un apaisement physiologique grâce à « *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* » (Soubiran, 1991, p. 164).

L'apprentissage et la pratique de ces exercices de respiration permettent aux patients de les appliquer lors d'épisodes d'anxiété dans un but d'apaisement.

Les variations qui s'opèrent au niveau du **tonus musculaire** sont en étroite relation avec notre état psychologique et émotionnel. À l'origine, les émotions se traduisent d'abord par le corps avant de prendre forme dans les mots. Ajuriaguerra (1970), a théorisé la notion de dialogue tonico-émotionnel qui repose sur une alternance entre hypertonie d'appel et l'hypotonie de satisfaction. C'est grâce à la capacité de la figure maternelle à interpréter l'état tonique de son bébé que ce dernier peut parvenir à un sentiment de sécurité interne de bien-être.

Même si les patients rencontrés sont en capacité de verbaliser leur vécu, ce dialogue corporel reste sous-jacent en réponse à l'anxiété. **L'état anxieux se caractérise par une hypertonie.** Cette « carapace tonique » empêche les variations tonique, l'accès aux sensations et, par conséquent, aux représentations émotionnelles associées. **Ces réactions musculaires de défense créent des tensions musculaires importantes, reflet de leurs souffrances psychiques.** La relaxation aide à réguler et abaisser le tonus, en favorisant le relâchement musculaire, réduisant ainsi cet état de mal-être.

En effet, le relâchement musculaire est « *le premier indice observable par le sujet lui-même et par tout observateur extérieur.* » (Baste, 2016, p. 214). L'abaissement du niveau tonique du patient peut révéler son état émotionnel. Les émotions peuvent surgir au cours de la relaxation, en lien avec les niveaux de conscience et de vigilance modifiés. Le psychomotricien sera alors attentif à ces manifestations, ainsi qu'à les accueillir et à s'y adapter.

La relaxation peut donc aider le patient en appui sur le psychomotricien, à analyser les variations de tonus musculaire et à identifier émotions et pensées dysfonctionnelles à l'origine de cet état.

4. Conclusion

Dans cette partie, nous avons évoqué différentes méthodes de relaxation que nous retrouverons dans la partie clinique. Nous avons également abordé les modalités de la rencontre avec le patient et le déroulement des séances de relaxation, bien que cette trame soit adaptable selon les patients.

À la fin de ce chapitre, nous pouvons conclure que **l'état de relaxation invite à une expérience de profonde détente, tant sur le plan physique que psychique.** Durant son déroulement, on observe différents éléments : relâchement des tensions musculaires, différenciation entre ces différents états musculaires, connaissance et conscience du corps, reconnaissance des réactions émotionnelles, modification des états de conscience. **En expérimentant des sensations corporelles concrètes, le patient peut vivre son corps autrement que dans la souffrance.** À la fin de la séance, les verbalisations du patient sur ses ressentis favorisent l'accès à de nouvelles représentations.

La médiation relaxation semble être une réponse intéressante dans l'accompagnement des patients bipolaires souffrants d'anxiété. C'est ce que nous essayerons d'illustrer au travers la clinique de la dernière partie de ce mémoire.

CHAPITRE 4

L'accompagnement en psychomotricité dans la gestion de l'anxiété

Dans ce dernier chapitre, il s'agira d'abord de présenter le service dans lequel se déroule mon stage. Dans un deuxième temps, je proposerai deux études de cas cliniques. Elles illustrent la complexité des tableaux cliniques précédemment développés : le trouble bipolaire et la symptomatologie anxieuse associée. Nous essaierons d'évaluer dans quelle mesure ces prises en charge ont permis de soutenir les patients dans leurs problématiques de gestion de l'anxiété. Nous décrirons l'accompagnement qui leur a été proposé, adapté à leurs profils et leurs difficultés particulières. Nous présenterons successivement le cas de Madame P., puis celui de Madame L., que j'ai rencontrées dans un service de psychiatrie pour patients bipolaires.

1. Présentation du lieu de stage

1.1. Le service de psychiatrie et l'équipe

Mon stage se déroule dans une structure de soins psychiatriques, dans laquelle je suis présente une journée par semaine. **Ce service de psychiatrie accueille des adultes présentant des troubles de l'humeur bipolaire qui nécessite une prise charge ambulatoire.** Le suivi est limité à une période maximale de quatre semaines consécutives, renouvelable une fois.

Les patients se situent dans des situations cliniques variées :

- Manie d'intensité légère ou modérée,
- Dépression d'intensité sévère ne nécessitant pas une hospitalisation à temps complet,
- Cycles rapides,
- Risques suicidaires.

Les caractéristiques confusionnelles, les épisodes maniaques sévères et le risque suicidaire élevé ne constituent pas des indications pour ce service et nécessitent une hospitalisation.

Au sein de l'unité, les patients peuvent participer à divers ateliers proposés par les membres de l'équipe en fonction des comorbidités et des difficultés repérées : l'atelier marche mené par une infirmière et une aide-soignante, l'atelier cuisine thérapeutique mené par le psychomotricien et une aide-soignante, l'atelier piscine également par le psychomotricien et un infirmier.

Dans un cadre plus informel, les patients peuvent également passer du temps dans la salle d'activités (jeux de sociétés, activités manuelles), dans la salle de repos ou dans la salle snoezelen où le patient sera toujours accompagné d'un soignant.

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un cadre, deux psychiatres, d'internes et d'externes en médecine, dix infirmiers, deux aides-soignants, deux Agents de Services Hospitaliers (ASH), un psychologue, un psychomotricien, une assistante sociale, et un auxiliaire ambulancier.

1.2. Le projet de soins pour les patients

L'admission des patients dans le service fait suite à une demande émanant d'un médecin généraliste, d'un psychiatre libéral ou hospitalier ou du service d'évaluation de crise psychiatrique.

À son arrivée dans le service, le patient va être accueilli par un infirmier afin de lui présenter le service et son fonctionnement et d'effectuer les formalités d'admission. L'accord du patient est nécessaire pour l'admission. Il va ensuite rencontrer le médecin, et passer diverses échelles d'auto-évaluation afin de constituer le bilan initial.

À la suite de ce bilan et après discussion en réunion d'équipe, un **projet de soin personnalisé et évolutif** sera proposé au patient. Ce projet sera porté par des **objectifs thérapeutiques et psychosociaux** :

- Entretiens réguliers et individuels médicaux et paramédicaux,
- Traitement médicamenteux : adaptation et instauration du thymorégulateur, traitements symptomatiques et traitement des comorbidités,

- Education thérapeutique du patient : permettant « *d'acquérir et de conserver les capacités et compétences [afin] de vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie chronique.* » (OMS, 1998, p. 13).
- Interventions psychothérapeutiques : psychologue, psychomotricien.

Le service de psychiatrie collabore avec différentes structures et intervenants extérieurs : pôle addictologie, diététicienne, professeurs d'Activités Physiques Adaptées (APA) afin de compléter ces objectifs.

Lorsque le patient quitte le service, son humeur est stabilisée et son suivi est assuré par un psychiatre libéral.

2. Bilan psychomoteur en psychiatrie adulte

Comme évoqué dans la partie précédente, généralement les patients sont présents dans le service pour une courte durée. Par ailleurs, **l'état psychomoteur du patient est souvent transitoire, évoluant avec l'état thymique du patient.** Celui-ci n'est donc pas toujours disponible et accessible (angoisse, ralentissement psychomoteur, agitation, effets secondaires des traitements) pour la réalisation d'items de bilan. Le résultat ne sera pas représentatif du profil psychomoteur basal du patient (Le Corre et al., 2022). Le bilan psychomoteur ne constitue donc pas une demande de la part des médecins. Aussi, en psychiatrie adulte, il n'existe pas de bilan psychomoteur complet, standardisé et étalonné pour cette population. Il est cependant nécessaire de comprendre comment les troubles mentaux affectent la motricité et l'investissement psychique des patients.

Pendant les premières rencontres, il est essentiel de recueillir différents éléments à travers « *l'observation des signes cliniques, de l'expression de la singularité du vécu corporel, des capacités ou des difficultés du patient* » (Carrette, 2022, p. 204). Chaque séance fournit également des informations précieuses, à travers les postures, l'investissement corporel, et le cheminement du patient lors de la verbalisation de ses ressentis corporels. **Les propositions de soins seront alors orientées en fonction de ces observations cliniques et ajustées à leurs besoins, possibilités et difficultés.**

3. Étude de cas clinique : Madame P.

« C'est d'abord un délire dans la tête, puis ça se transforme en tension au niveau des épaules ».

Madame P. au sujet de l'anxiété.

Présentation

Je rencontre Madame P., née en 1980. Elle est alors âgée de 43 ans. C'est une femme aux yeux bleus, elle est svelte, maquillée ; son apparence est soignée.

Originnaire de la région Bordelaise, elle est la deuxième enfant d'une fratrie de trois sœurs. Elle se décrit dans son enfance comme assez protégée, couvée, vivant dans la crainte du monde extérieur. Paradoxalement, elle parle en même temps d'une « *enfance malheureuse* ». Madame P. se voit comme une enfant « *réservée* », « *à fleur de peau* » et « *toujours sur le fil* ».

Diplômée dans le domaine de l'hôtellerie, elle a rencontré son premier compagnon pendant ses années d'études. Elle évoque à son propos des violences verbales et physiques durant plusieurs années. Le couple se sépare après l'obtention de leurs diplômes. Madame P. enchaîne alors les emplois de serveuse dans plusieurs établissements. Elle est âgée de 21 ans lorsqu'elle rencontre son futur mari en saison d'hiver dans le restaurant où il travaille. D'origine algérienne, il a sept ans de plus qu'elle. Les relations avec les parents de Madame P., déjà compliquées, sont devenues conflictuelles après l'annonce de la relation avec son futur mari.

Néanmoins, c'est avec l'aide financière des parents de Madame P. que le couple va acheter son propre restaurant. L'établissement sera liquidé quatre ans après son ouverture, compliquant encore les relations familiales.

À l'initiative du mari, le couple va quitter la région pour s'éloigner des parents de Madame P. Ce départ renforce les tensions déjà majeures dans la famille. Les parents vont essayer de retenir leur fille en prétextant qu'elle est « *folle* ». Ses sœurs, solidaires de leurs parents, se seraient même renseignées pour « *la faire enfermer* ». Elle décrit son emménagement dans le sud-est de la France comme très difficile, marqué par une anxiété importante, un sentiment de solitude, l'absence de lien social et un mari peu présent.

Madame P. a travaillé dans un hôtel pendant trois ans. Progressivement, des difficultés professionnelles sont apparues ; incapable de supporter le monde du travail, victime d'un « *burn-out* », elle sera licenciée pour inaptitude professionnelle. Elle a décidé à ce moment de changer d'activité et de devenir Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).

Sa première grossesse est vécue de manière douloureuse, marquée par des violences verbales et des reproches permanents de la part de son mari ; violences dont elle ne parlera à personne. Le début de vie a été compliqué pour ce premier enfant, ponctué de multiples hospitalisations en raison de difficultés respiratoires que Madame P. a vécues comme un facteur de stress majeur. Elle et son conjoint auront trois enfants ensemble.

Le couple est revenu dans la région il y a trois ans. Les relations avec les parents de Madame P. sont toujours compliquées. Son père ne reconnaît pas le diagnostic de trouble bipolaire, affirmant que « *tout le monde est bipolaire* ».

Madame P. est aujourd'hui AESH (Accompagnante d'Elèves en Situation de Handicap), travail dans lequel elle s'épanouit.

Histoire de la maladie

Au niveau familial, il existe plusieurs épisodes de dépression atypique et de dépression récurrente chez des apparentés au premier degré, qui ont nécessité des hospitalisations en psychiatrie.

Au niveau addictologie, on note la présence d'une consommation quotidienne depuis l'âge de 17 ans de THC à visée anxiolytique. Madame P. ne fume plus depuis sa dernière hospitalisation, il y a plusieurs mois. Cependant, la consommation d'alcool a remplacé celle du cannabis. Elle dit ne pas aimer l'alcool, mais en recherche les effets. Elle relie ce besoin à son mal-être.

Il n'existe pas, dans son bilan psychiatrique, d'antécédents d'idées suicidaires, de tentative de suicide ou de scarification.

Sa première hospitalisation pour un épisode dépressif caractérisé atypique date de 2013. La patiente est décrite comme irritable et anxieuse avec des éléments pseudo-délirants, et des hallucinations.

Un nouvel épisode de dépression est survenu en 2016, dans un contexte professionnel complexe, avec notion de burn-out. Elle ne sera pas hospitalisée à cette occasion, mais le sera de nouveau en 2021, dans le cadre de son premier épisode maniaque. On relève alors la présence de troubles du comportement, d'une logorrhée majeure marquée par une familiarité inhabituelle et des éléments délirants.

Puis en janvier 2023, Madame P. sera hospitalisée sous-contrainte dans un contexte d'agitation importante et de propos incohérents. On observe à cette occasion une symptomatologie mixte, avec présence de symptômes maniaques et dépressifs : tachypsychie, logorrhée, labilité émotionnelle, instabilité psychomotrice et anosognosie partielle des troubles. On note également des idées délirantes de persécution, avec une adhésion totale, un mécanisme interprétatif systématisé et un persécuteur désigné (le père).

Le bilan psychologique mentionne une hyperémotivité et une labilité émotionnelle au premier plan. Madame P. évoque des éléments d'une dynamique familiale pathologique ainsi qu'une situation de précarité financière et sociale marquée.

Début février, Madame P. est toujours hospitalisée. On note une amélioration de la symptomatologie mixte : elle conserve les éléments d'accélération psychique et une tonalité maniaque manifeste dans la jovialité apparente, mais les éléments psychotiques semblent avoir disparu.

Le diagnostic de **Trouble Bipolaire de type I** est posé, diagnostic qui la rend « *malheureuse* », mais qu'elle accepte.

Plusieurs fois dans son dossier une **anxiété importante est mentionnée mais la nature du trouble anxieux n'est jamais spécifiée.**

Madame P. est arrivée dans le service fin février. Des éléments importants apparaissent dans sa présentation clinique : hyperesthésie, tension interne, tachypsychie, ruminations anxieuses, irritabilité et labilité émotionnelle. Le craving ou dépendance psychique se définit comme l'envie irrésistible de consommer une substance (Auriacombe et al., 2016, p. 78). Dans le cas de Madame P., l'addiction au THC est importante. Boire une bière tous les soirs est censé être un moyen de le remplacer.

3.1. De la première rencontre à la première proposition

Nous rencontrons Madame P., à la suite de son entretien infirmier et de la demande du médecin, pour l'accompagner dans la gestion de sa symptomatologie anxieuse.

Avec mon maître de stage, nous rencontrons Madame P. dans la salle d'attente. Elle est assise, le regard rivé sur son téléphone. Dès que nous entrons, son regard se décroche rapidement de l'objet, dans un élan de vigilance, pour se diriger dans notre direction. Jambes croisées, elle balance nerveusement la jambe en appui sur l'autre. Après lui avoir indiqué qui nous sommes, elle accepte que je sois présente pendant la séance. Elle se lève rapidement de son fauteuil, déjà prête pour nous suivre.

Madame P. s'assoie devant le bureau, croise les jambes et continue à balancer activement sa jambe ; elle semble agitée, mais présente à la situation et de bon contact. Elle affiche un large sourire.

À la question destinée à savoir comment elle se porte, Madame P. répond immédiatement qu'elle a arrêté de prendre un médicament antipsychotique dont elle ne supporte pas les effets secondaires invalidants (crampes, tremblements). Elle ajoute qu'elle est « *très tendue* ». Cet état de tension qu'elle évoque s'observe corporellement à travers la communication non verbale : le rythme de sa voix est rapide, elle continue de bouger sa jambe, ses mouvements sont vifs et le recrutement tonique semble également important.

L'échange s'oriente ensuite sur son anxiété. Elle se décrit comme une personne « *très stressée* » et « *émotive* ». Ce sentiment semble constant chez elle, avec une appréhension anxieuse et négative de ce qu'il pourrait arriver. Elle dépeint des manifestations physiques et psychiques en lien avec son anxiété : tensions, agitation.

Elle affirme que l'anxiété c'est « *d'abord un délire dans la tête, puis ça se transforme en tension au niveau des épaules* ». La passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton lui est alors proposée pour mesurer et quantifier son niveau d'anxiété.

Dans cette échelle, l'anxiété est qualifiée de « grave » lorsque le score est supérieur à 25. Le score obtenu par Madame P. est de 22 ce qui témoigne d'une dynamique anxieuse « modérée ». Pendant la passation de l'échelle, elle décrit des cognitions anxieuses importantes, mais insiste moins sur les manifestations corporelles. Lorsque j'évoque les symptômes respiratoires (sensations d'oppression et d'étouffement) et les tensions physiques, elle confirme. Ces éléments rejoignent la description de l'anxiété qu'elle avait formulé auparavant (délire dans la tête se transformant en tensions dans les épaules).

Je présente alors la pratique psychomotrice et les techniques de relaxation qui pourraient lui permettre d'être davantage attentive aux ressentis corporels, expression de son anxiété et ainsi progressivement pouvoir mieux gérer ses manifestations. Madame P. connaît bien la psychomotricité : son fils aîné a été suivi pendant deux ans afin de soutenir ses capacités graphomotrices. Concernant la proposition de relaxation, elle nous dit que, « *de toute façon [elle] n'arrive pas à [se] détendre* ». Lorsque je la questionne à ce propos, elle lie cette impossibilité à ses pensées anxieuses présentes en boucle dans sa tête. Elle fait également un lien avec le fait qu'elle ne puisse pas prendre de temps pour elle, obligée sans cesse de penser à tout organiser dans sa vie familiale, dans l'impossibilité « *de se relâcher* ».

Face à cet état d'agitation et cette sensation de « tension », je propose à Madame P. une séance de relaxation progressive de Jacobson. Ce qu'elle décrit et ce que j'ai observé d'elle au niveau corporel oriente mon choix sur une relaxation où elle pourrait être active physiquement. Par le biais des états de contraction-relâchement, il sera proposé au patient de repérer les tensions existantes lors de la contraction des différents muscles afin d'apprendre à les contrôler. Madame P. semble être une personne dans le contrôle, elle est davantage dans le « faire » plutôt qu'à l'écoute de ses ressentis corporels. En ce sens, cette méthode lui permet de garder une part active dans les propositions de contraction-décontraction et d'expérimenter corporellement et concrètement les états de tension et de relâchement.

Pour introduire cette méthode, la séance est axée sur les membres supérieurs. Madame P. se montre attentive et engagée dans cette proposition et réalise les différentes contractions du bras droit efficacement. J'observe pour le bras gauche que les contractions sont moins toniques et progressivement des mouvements d'agitation au niveau des membres inférieurs apparaissent. Elle ouvre également les yeux à plusieurs reprises. Face à ces manifestations, je décide d'écourter la relaxation. Elle finit par se relever rapidement à l'évocation de la fin du temps de relaxation.

Durant le temps de verbalisation, elle peut dire qu'elle était très attentive à ma voix et aux états de contraction et relâchement dans le bras droit, et avoue s'être laissé « *emporter par ses pensées* » et par des douleurs au niveau du dos, pendant mes inductions sur le bras gauche. Comme je l'avais observé, elle n'avait plus son attention dirigée vers ses sensations mais vers ses pensées « *anxieuses* » dira-t-elle.

3.2. Deuxième séance : un temps pour soi

Madame P. étant présente sur la structure une demi-journée par semaine, nous nous retrouvons la semaine suivante. Il est convenu que je la vois seule, toujours au même horaire. J'observe que Madame P. par rapport à la semaine précédente est moins agitée au niveau corporel, son débit verbal est également ralenti. Elle me confie que « *ça ne va pas trop* » et pleure pendant l'entretien, mais elle ne lie pas cet état à un évènement en particulier. Elle décrit son humeur comme basse. Même si je n'observe pas de manifestations corporelles anxieuses, elle m'exprimera qu'elle a beaucoup de ruminations anxieuses, accompagnées de tensions corporelles.

Je décide cette fois de lui proposer une séance en me référant à la méthode de Schultz. Mon objectif est de l'inviter à porter son attention plus particulièrement sur des sensations corporelles de lourdeur et de chaleur. À cette évocation, Madame P. me rappelle comme lors de la séance précédente « *qu'elle n'arrivait pas à se détendre* ». Je repose le cadre, en lui rappelant que la « *détente* » n'est pas nécessairement l'effet recherché, mais qu'elle doit vivre ce moment comme une « *expérience* », « *un temps pour elle* ».

Je la laisse s'installer seule et l'invite à trouver une position confortable dans laquelle elle ressent un minimum de tensions. Schultz insistait sur la « *nécessaire autonomisation du patient* » dans cette méthode (Baste, 2016, p. 70). Au cours de la séance dernière, Madame P. m'avait fait part de ses douleurs dans le dos. Dans ce souci d'autonomisation, je l'invite donc à s'allonger sur le dos et à se centrer sur ses sensations afin de repérer les zones de tension. Elle peut alors me faire part de ses douleurs dans le bas du dos. Je prends soin de glisser aussitôt un coussin sous ses genoux afin de faciliter le relâchement musculaire dans l'ensemble du corps.

Pendant la séance, Madame P. va aménager sa position sur le matelas à plusieurs reprises par des petits mouvements, jusqu'à se retrouver dans une position dans laquelle son corps semble parfaitement relâché : ses jambes sont légèrement écartées, l'espace entre ses pieds s'accroît, ses bras sont à distance de son corps et ses paumes de main sont tournées vers le plafond. Les muscles de son visage semblent se décontracter et sa fréquence respiratoire diminue. Ces éléments observés chez Madame P., semblent témoigner d'un relâchement musculaire global qui correspond à l'état de relaxation.

En fin de séance, elle ouvre lentement les yeux et va mettre quelques minutes avant de mobiliser son corps. Elle se tourne d'abord sur le côté et replie bras et jambes pour les rapprocher du buste, dans une position apparemment assez régressive. Nos regards se croisent, elle me sourit et sans que j'aie à l'inviter à verbaliser, elle me dit spontanément sentir son corps « *lourd et chaud* ». Je lui amène une couverture, tout en lui laissant le temps de s'asseoir. Il est en effet courant de ressentir une sensation de fraîcheur après la relaxation. Emmittouflée dans la couverture, elle peut me dire « *c'est bizarre, mais je me sens détendue* ». Cet état d'apaisement semble la surprendre. Je lui demande de me donner un mot pour décrire la séance, elle me répond « *confiance* » et me remercie à plusieurs reprises. La séance se termine sur un sourire et ces mots « *je remets mon manteau pour faire perdurer la sensation de chaleur* ».

À travers cette séance, Madame P. semble avoir expérimenté une sensation nouvelle de détente, impliquant une ouverture possible vers un état d'apaisement. Cette séance se termine sur un état de relâchement à la fois corporel et psychique.

Elle semble également être dans un lien de confiance avec moi. Ce sentiment de confiance constitue la base de l'alliance thérapeutique, sur laquelle il sera possible de construire l'accompagnement en psychomotricité.

3.3. Troisième séance : se laisser aller aux mouvements de l'autre

La semaine suivante, j'invite Madame P. dans la salle. Elle est très souriante. Je lui fais remarquer son sourire, elle se dit très heureuse de venir prendre « *ce temps pour elle* » avant d'aller manger avec une amie, chose qu'elle n'a pas faite depuis douze ans. Elle déclare également se rendre compte de l'importance des moments comme celui-ci où elle « *rumine* » moins sur les choses qui peuvent l'inquiéter, malgré un sentiment d'anxiété toujours présent au niveau du corps (tensions physiques principalement).

Durant la première séance, la relaxation Jacobson avait généré davantage de tensions chez elle et elle insistait sur le fait qu'elle n'arrivait pas à se détendre en raison du besoin de tout organiser, tout contrôler. C'est pourquoi je lui propose une séance de relaxation coréenne qui favorise le lâcher prise grâce aux mouvements induits par le donneur. Ce temps va également me donner l'occasion d'apprécier ses capacités de relâchement.

La relaxation commence par des mobilisations passives des bras. J'observe des blocages dans les articulations avec une anticipation de mes mouvements. Je lui fais remarquer ce que je ressens, lui permettant de repérer les difficultés de relâchement. En clinique psychomotrice, on peut rapprocher ce que je viens de décrire de la notion « *d'empathie tonique* » d'Ajuriaguerra (*cf. partie 3*), désignant la capacité à « *être à l'écoute du corps de l'autre dans son propre corps* » (Touchard, 2022, p. 214). Sa respiration est également courte et rapide. Avec l'anxiété, les mouvements respiratoires s'accélèrent, s'accompagnant d'une inspiration thoracique. Tenant compte de cela, je lui propose de se focaliser sur sa respiration en mettant ses mains sur son ventre afin de la vivre le plus consciemment possible. Je l'invite à prendre de grandes inspirations abdominales et d'augmenter le temps d'inspiration et d'expiration.

Dans le même temps, je me positionne à sa tête et place mes mains sur ses épaules afin de m'accorder à ses mouvements respiratoires (pousser ses épaules à l'expiration, et les soulever à l'inspiration) et de les rendre plus perceptibles pour elle. La respiration de Madame P. devient plus ample et plus longue.

Je reprends les mobilisations de ses bras et lui suggère de ressentir son corps comme une « *poupée de chiffon* ». J'observe progressivement que les ondulations produites se diffusent dans tout son corps et l'amplitude au niveau des articulations se fait de plus en plus importante. Elle me laisse le poids de son bras et accompagne de moins en moins mes mouvements, ainsi les blocages tendent à disparaître.

Pendant le temps de verbalisation, Madame P. déclare qu'elle faisait des « *aller-retours* » entre ses pensées et mes premières mobilisations, ce qui rendait difficile le relâchement. Ses pensées anxieuses sont très présentes. Je lui suggère de les reconnaître, d'accepter leur présence, afin de pouvoir ensuite les laisser passer. « *Quand je bloque dessus, ça les amplifie* », répond-elle. Madame P. fait des remarques pertinentes sur la dimension obsessionnelle de ses pensées, il ne s'agit pas de les éliminer mais de progressivement parvenir à les dissoudre en conscience.

Je remarque à cet instant qu'il s'opère un changement : en appui sur mes mots elle commence à faire des liens entre les vécus anxieux (tensions, pensées) et son expérience pendant la relaxation.

Madame P., reviendra également en fin de séance sur ce besoin de prendre du temps pour elle, afin de s'échapper du quotidien anxiogène, rythmé par les tâches ménagères et par le fait de s'occuper de ses fils. Elle a envie de reprendre une activité pour elle, « *ça [lui] fait du bien d'être à l'écoute de [son] corps* ».

3.4. Quatrième séance : « conscience »

Plusieurs semaines sont passées sans que Madame P. puisse venir dans le service. Elle revient sur la sensation de bien-être ressenti lors de la séance précédente, ainsi que l'atténuation des pensées anxieuses. Elle me dit ressentir le besoin d'une séance de ce type.

Je commence alors par un temps centré sur la respiration afin de poursuivre le travail débuté lors de la séance précédente. L'appropriation de ces techniques de respiration lui permettra de les réaliser en autonomie lors de moments d'anxiété.

Lorsque ses mouvements respiratoires deviennent amples, je décide de commencer les mobilisations. Pendant cette séance, Madame P. éprouve beaucoup de difficultés à se « *laisser aller* » au mouvement. Comme la dernière fois, je verbalise ce que je ressens pour lui permettre de prendre conscience des tensions et des blocages. J'essaye également d'adapter mes mobilisations en les ralentissant. En les rendant plus souples, plus amples, elles viennent s'opposer aux effets de tension dans un véritable dialogue tonique : le « *but de ce dialogue tonique comme outil thérapeutique [...] sera de relancer le processus intégratif et [d'amener] progressivement [le patient] à la symbolisation de ses ressentis.* » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 181). Dans le cas de Madame P., malgré l'instauration de ce dialogue, les tensions restent présentes. Elle conserve cependant une respiration ample sur laquelle elle reste centrée.

Vient alors le temps de parole pour que Madame P. puisse mettre en mots ses ressentis corporels et parler du vécu de la séance. Elle déclare que lorsqu'elle est anxieuse elle est « *contractée et repliée* » comme aujourd'hui pendant la relaxation. Pendant notre discussion, Madame P. semble toutefois prendre conscience de l'état de son corps, de ses tensions. Elle établit des liens entre ce qu'elle vit pendant la relaxation et ce qu'il se produit corporellement quand l'anxiété est présente.

Pour clore cette séance, je lui demande un mot pour définir ce temps : « *conscience* » dit-elle d'abord, avant d'ajouter « *conscience de soi* », « *conscience du corps* », grâce aux mouvements de la relaxation coréenne et de nos échanges.

Cette séance n'a pas permis à Madame P. de se relâcher, mais cette proposition lui a cependant offert la possibilité d'associer des sensations corporelles de tensions communes à ces deux situations (relaxation et anxiété). Un dialogue s'est amorcé entre ses ressentis et le sens qu'elle leurs donne.

Afin de poursuivre l'accompagnement de Madame P. en psychomotricité sur cette prise de conscience des états de tensions, je lui ai proposé de nouveau la relaxation de Jacobson sur plusieurs séances. Cette proposition avait pour but de repérer et d'affiner les états de tensions présents pendant les épisodes anxieux. Lors de la première séance, cette relaxation avait pu créer davantage de tensions chez elle. Grâce au lien de confiance et son cheminement durant les séances qui ont suivi, elle a su de nouveau s'engager dans cette méthode renforçant ainsi la maîtrise sur ses états de tension. Nous avons également poursuivi le travail sur la respiration afin qu'elle puisse s'en saisir et se l'approprier.

3.5. Conclusion

Cette étude clinique illustre le fait que l'anxiété peut se manifester à la fois sur le plan cognitif et corporel. Madame P. était à l'origine plus attentive aux manifestations cognitives. Le travail autour des sensations corporelles, au travers de la relaxation ainsi que l'élaboration sur ses ressentis en fin de séances lui ont permis de faire des liens. Ce travail de mise en relation l'a rendue plus attentive aux états corporels de tension et plus apte à les réguler. Pour E. Jacobson, il existe un lien entre « *le vécu émotionnel et le degré de tension musculaire* » (Guiose, 2007, p. 17). Le travail avec Madame P. est allé dans ce sens : prendre conscience des tensions musculaires afin de les diminuer, permettant ainsi des effets au niveau psychique. Grâce à des techniques qui permettent de la gérer (respiration, relaxation), l'anxiété est aujourd'hui moins présente chez Madame P. La passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton en fin de suivi (résultat = 6) vient appuyer ces observations.

Madame P. est aujourd'hui stabilisée, elle a repris son travail d'AESH dans lequel elle s'épanouit.

4. Étude de cas clinique : Madame L.

« Je me sens submergée par des pensées angoissantes et des bouffées de palpitations ».

Madame L. pour décrire son état.

Présentation

Lorsque je rencontre Madame L. elle est âgée de 27 ans. Elle est grande, très mince. Ses traits sont fins. Elle a les cheveux longs ; elle n'est pas maquillée, mais semble prendre soin de son apparence (bijoux, sac à main).

Madame L. est née à Marseille puis a déménagé avec ses parents à Périgueux. Elle a une grande sœur de trois ans son aînée. Ses parents ont divorcé alors qu'elle avait dix ans, mais elle reste plutôt discrète à l'évocation de sa famille. Elle se décrit comme une enfant « leader », toujours « joviale ». Elle affirme que depuis ses premières règles, elle ressent, de façon persistante, une tristesse et une irritabilité importante à l'approche de ses périodes de menstruations. Elle est également très sensible à l'environnement extérieur.

Madame L. est titulaire d'un Bac STG et d'une licence en lettres, a interrompu momentanément ses études pour travailler dans divers magasins. Elle est revenue ensuite à l'université afin d'obtenir un master 2 en communication. Elle a dû pour cela contracter un prêt étudiant dont le remboursement, toujours en cours, génère, dit-elle, un stress important.

Grâce à ce dernier diplôme, elle a intégré le siège d'une entreprise de cosmétiques dans laquelle elle gérait la communication digitale. Suite à un burn-out, elle est, depuis plusieurs mois, en arrêt de travail. Souffrant de ruminations anxieuses sur son avenir, elle considère que son activité, dépourvue de sens, n'est pas en adéquation avec ses valeurs. Elle se sent mal chaque fois que ces pensées viennent l'assaillir. Madame L. envisage une reconversion dans le soin, qui donnerait selon elle « plus de sens » à sa vie.

Elle vit avec son compagnon depuis plus d'un an. Elle le décrit comme quelqu'un « d'émotivement stable », ce qui en fait le meilleur partenaire pour la soutenir dans les épreuves qu'elle traverse actuellement.

Histoire de la maladie

Au niveau familial, il existe des antécédents de tentative de suicide chez plusieurs membres de son cercle familial proche. On note également des épisodes d'humeur fluctuante et instable sans hospitalisation et sans précision sur un éventuel diagnostic. Des symptômes anxieux importants sont également à noter chez plusieurs apparentés au premier degré.

Au niveau addictologie, après l'arrêt de son traitement anxiolytique, Madame L. a consommé plusieurs fois par semaine du THC depuis deux ans, dans une visée compensatoire. Elle a cependant réduit seule sa consommation, jusqu'à ne plus rien prendre depuis deux mois. L'effet anxiolytique recherché au début s'est estompé, finissant par majorer paradoxalement son état anxieux et dépressif. Elle a également pris à plusieurs reprises des drogues dérivées des amphétamines.

Concernant ses antécédents psychiatriques personnels, un **diagnostic de Trouble Anxiété Sociale** est posé à l'adolescence pour lequel une psychothérapie a été proposée. L'anxiété sociale est atténuée aujourd'hui, mais **la symptomatologie anxieuse reste prépondérante. Elle s'accompagne de soucis excessifs concernant un certain nombre d'activités**, plus particulièrement en lien avec son travail.

On note également des antécédents de Trouble du Comportement Alimentaire de type anorexie depuis l'adolescence, avec un poids minimal de 38 kg en 2017.

Il existe dans son bilan psychiatrique, des antécédents d'idées suicidaires sans velléité de passage à l'acte. On relève malgré tout la présence de conduites auto-agressives : scarifications des bras pendant plusieurs mois et l'affirmation également de se « *frapper pour se défouler* ».

Il est également évoqué l'apparition précoce de troubles de l'humeur, accompagnés caractéristiques dépressives atypiques (membre de plomb, hypersomnie). Madame L. a traversé également plusieurs épisodes dépressifs successifs, sans hospitalisation.

Après un passage dans un service d'évaluation de crise psychiatrique, Madame L. est prise en charge dans le service en début d'année suite à une dépression mixte, alternant entre symptômes dépressifs (tristesse, fatigue) et épisodes d'exaltation (tachypsychie, hyperesthésie émotionnelle, euphorie). Concernant ces épisodes dépressifs, Madame L. évoque le sentiment « *d'incurabilité* ». Elle se dit résignée à être dépressive toute sa vie, sans pouvoir trouver sa place ni pouvoir « *être normal comme les autres* ».

Le **diagnostic de Trouble Bipolaire de type III** est posé après son arrivée dans le service, diagnostic dans lequel elle ne se reconnaît pas, notamment à travers les symptômes d'hypomanie. Pour Madame L., il s'agit seulement de périodes où elle allait « *bien* ».

4.1. De la première rencontre à la première proposition

Au sein du service, Madame L. rencontre tout d'abord les infirmiers puis le psychomotricien, chargé, à la demande du médecin, de l'accompagner dans la gestion de la comorbidité anxieuse. En effet, l'anxiété semble être un symptôme de premier plan chez elle avec une dynamique dépressive importante.

Déjà, lors de son entretien avec l'infirmière, Madame L. a fait part de ses attentes concernant la psychomotricité et plus particulièrement d'une aide autour de l'apaisement de son état anxieux

Nous la rencontrons en suivant. Après s'être présenté, mon maître de stage sollicite tout d'abord son accord à ma présence durant l'entretien. Lorsque je me présente à mon tour, Madame L. sourit en croisant brièvement mon regard et explore la salle d'un rapide coup d'œil. Elle rejoint la chaise installée derrière le bureau, le regard dirigé vers le sol.

Durant l'entretien, Madame L. présente une posture assez repliée, presque hypotonique : épaules basses, ses mouvements expressifs sont pauvres, son visage quasiment inexpressif. Sa voix monocorde est ralentie. Les regards échangés avec elle sont rares et brefs ; elle s'adresse à nous le regard dirigé vers la salle ou rivé sur ses mains qu'elle frictionne nerveusement entre elles, posées sur les genoux.

Ces manifestations corporelles témoignent de l'état dépressif. En même temps, elles s'accompagnent de signes révélateurs d'un état de tension interne : respiration courte et rapide, donnant l'impression d'une sensation d'étouffement.

Nos échanges s'orientent rapidement sur l'anxiété. Madame L. se décrit comme une personne « *très angoissée* » et qualifie ce sentiment « *d'envahissant* ». Elle exprime également son « *besoin d'apaisement* ». L'anxiété se manifeste chez elle de façon très importante : elle dit se sentir « *submergée* » au niveau psychique par des « *pensées angoissantes* » et au niveau physique par des « *bouffées de palpitations* ». Afin de quantifier son niveau d'anxiété, nous lui proposons la passation de l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

Pour rappel, l'anxiété est qualifiée de « grave » lorsque le score est supérieur à 25, le score maximal pouvant être obtenu à cette échelle étant de 56. Le score de Madame L. s'élève à 51 et témoigne d'une dynamique anxieuse « sévère ». Pendant la passation de l'échelle d'anxiété, on retrouve la symptomatologie anxieuse qu'elle décrivait auparavant : les manifestations sont majeures au niveau psychique et au niveau corporel. Elle revient également sur sa crainte des « étrangers » et de la « foule » (*cf. échelle d'anxiété en annexe*) qui renvoie à l'anxiété sociale décrite dans sa présentation. L'anxiété sociale peut également expliquer les regards fuyants observés chez Madame L. durant l'entretien.

Je lui présente alors la psychomotricité et les différentes méthodes de relaxation qui pourraient lui permettre de s'apaiser au niveau corporel et de mettre à distance les pensées anxieuses envahissantes dans son quotidien. Elle revient alors de nouveau sur son besoin d'être apaisée et d'être accompagnée, en insistant sur les bénéfices que pourrait lui apporter la relaxation. Compte tenu du niveau d'anxiété de la patiente et de son adhésion, nous lui proposons de poursuivre par une courte séance de relaxation, afin de lui permettre de découvrir les bienfaits de ce médiateur.

Nous lui proposons la méthode de Schultz. La déconnexion concentrative permet un retour sur le corps afin de vivre des sensations agréables de détente. Le psychomotricien peut rester « *à une certaine distance du patient* » (Baste, 2016, p. 69). Cette première approche semble donc la mieux adaptée vu l'anxiété sociale de Madame L. Elle offre de surcroît une possibilité d'instaurer doucement un lien de confiance.

L'installation de Madame L. est lente. Ses mouvements sont ralentis. Elle ne souhaite pas de couverture et ne manifeste pas de douleurs particulières. Elle continue de toucher ses mains posées sur son abdomen.

Mon maître de stage propose à Madame L. de se concentrer afin de se mettre à l'écoute du rythme de sa respiration. Puis, il l'invite à se focaliser sur différentes parties du corps en induisant des sensations de lourdeur, de chaleur et de calme afin d'induire peu à peu une détente globale du corps. Celle-ci s'oppose aux effets de l'anxiété. Madame L. demeure immobile jusqu'à la fin de la relaxation.

Elle revient rapidement en position assise sur le tapis. Malgré l'invitation à exprimer ses ressentis, elle verbalise peu, mais nous rapporte avoir « *ressenti une sensation de chaleur* ». Madame L. exprime le souhait de nous revoir la semaine suivante.

Au terme de cette première rencontre, Madame L. m'apparaît comme une personne assez repliée sur elle-même. Ce repli peut s'expliquer par l'épisode dépressif qu'elle traverse mais également par l'anxiété, la timidité dans sa relation à l'autre. Paradoxalement, dans ses mots, elle se montre en demande relationnelle de soutien dans la gestion de l'anxiété.

L'enjeu avec Madame L. sera de poser les bases d'une relation thérapeutique solide et rassurante afin qu'elle puisse s'engager dans l'accompagnement en toute confiance.

4.2. Deuxième séance : ici et maintenant

Madame L. entre dans la salle, ses regards sont toujours brefs, majoritairement tournés vers le sol. Elle est de nouveau apprêtée et aujourd'hui maquillée. Elle dit que l'anxiété est toujours très présente, principalement sous forme de pensées concernant son avenir. Je n'observe pas de manifestations corporelles d'agitation au cours de cet entretien. Elle nous rapporte également ne pas « *réussir à s'ancrer dans le présent* ». Elle commence diverses activités manuelles (crochet, peinture) mais n'y prend aucun plaisir contrairement à d'habitude.

Afin de poursuivre le travail commencé la semaine passée, nous lui proposons de commencer la séance par un exercice de respiration et de continuer par une relaxation selon la méthode de Schultz.

Je l'invite à s'allonger et à fermer les yeux. Elle s'installe cette fois avec les bras le long du corps, légèrement écartés, signe peut-être d'un certain relâchement. Je lui propose ensuite de se centrer sur le mouvement et le rythme de sa respiration. Celle-ci, durant cet exercice demeure saccadée et rapide, comme empêchée. Je décide alors de débiter la relaxation afin de concentrer son attention sur un autre objectif.

Compte-tenu de la difficulté exprimée par Madame L. à s'ancrer dans sa réalité, j'utilise des inductions formulées au présent. Je m'efforce également d'orienter l'expérience vers des éléments plus concrets (sensations de corps lourd induisant des appuis plus importants sur le sol). Mon but est d'éviter qu'elle se focalise sur ses pensées.

Durant la relaxation, ses mains vont légèrement s'ouvrir, seul marqueur d'un léger relâchement.

Le temps de parole est peu investi par Madame L. Elle exprime que lors de l'exercice de respiration, la sensation « *d'oppression* » était amplifiée par le fait de se concentrer dessus ; c'est pourquoi elle a vécu ce moment de façon anxiogène et désagréable. Elle ajoute cependant que « *la relaxation ça fait quand même du bien* », car durant ce moment elle n'a pas pensé à l'avenir. Même si les exercices de respiration n'ont pas été perçus comme agréables, ils lui ont néanmoins permis d'établir des liens entre les manifestations de l'anxiété et le vécu du moment présent, en portant une attention particulière à ce qui se passe au niveau corporel.

Ce temps de relaxation semble cependant constituer un espace-temps dans « l'ici et maintenant » qui lui permet de s'extraire momentanément de ses pensées anxieuses tournées vers l'avenir.

4.3. Troisième séance : du repli à l'ouverture

La semaine suivante, l'infirmier qui l'a reçue avant notre rencontre nous signale la présence d'idées suicidaire scénarisées (Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV), phlébotomie, arrêt de s'alimenter), sans velléité de passage à l'acte. Il nous rapporte également que Madame L. est dans l'attente de la séance de psychomotricité, et en particulier de la relaxation, car c'est « *la seule chose qui lui fait du bien* ».

Cette information est précieuse car Madame L. verbalise peu ses ressentis. Il nous était jusqu'alors difficile d'apprécier le bénéfice de cette approche relaxation.

Nous la retrouvons dans la salle d'attente. Sa posture suggère un repli important : mains et jambes croisées, épaules basses, regard rivé sur le sol. Elle est vêtue d'un sweat large et n'est pas maquillée. Elle nous suit dans la salle d'un pas lent. Madame L. pleure pendant l'entretien et parle plusieurs fois de « *désespoir* » ; elle dit également ne plus entreprendre d'activités car elle n'y prend aucun plaisir. L'aboulie, les idées suicidaires, le ralentissement psychomoteur et les différentes manifestations corporelles de repli illustrent la sévérité du tableau dépressif retrouvé chez Madame L. Ses pensées anxieuses sur l'avenir se révèlent obsessives.

Face aux difficultés croissantes de Madame L., nous lui proposons de découvrir l'espace Snoezelen dont dispose le service. La salle est plus petite, la lumière est tamisée, l'ambiance est plus contenant que dans la salle de psychomotricité. Cet espace peut être proposé comme « *outil médiateur [...] centré autour de la construction d'une sécurité psycho-corporelle, dans un cadre contenant et une relation individualisée* ». Ces différents éléments peuvent permettre d'apaiser les états émotionnels internes qui sont particulièrement intenses chez Madame L.

Mon maître de stage a préparé la salle en amont, en mettant en marche les différents éléments (colonne à bulles, plafond étoilé, matelas à eau chauffant) et lumière tamisée. Madame L. entre dans la salle, explore du regard avec curiosité et en silence les différents éléments. Puis, elle dit que « *c'est joli* », « *c'est agréable le bruit de l'eau* ». Elle semble également amusée par les réverbérations des néons sur son teeshirt blanc. La découverte de ce nouvel espace permet à Madame L. de sortir progressivement de sa posture de repli.

Elle s'assoit, pose ses mains sur le matelas à eau et produit des ondulations sur sa surface. Elle nous regarde en souriant. Nous nous sommes installés dans un coin de la salle. Ce positionnement nous place à la « juste distance » physique et psychique lui permettant d'explorer seule l'espace. Nous restons bien sûr attentifs et disponibles pour lui laisser vivre cette expérience de façon rassurante. Elle hoche la tête en souriant pour valider cet endroit.

Je lui propose un temps de relaxation. Je l'invite à s'installer dans la position qui lui semble la plus confortable et adaptée (assise ou couchée), celle générant le moins d'anxiété (fermer les yeux ou les garder ouvert pour profiter des éléments lumineux). Je décide de ne pas m'attarder sur la respiration, puisque lors de la séance dernière cet exercice a renforcé la sensation d'oppression. Mais de poursuivre la relaxation de Schultz en insistant sur la sensation de chaleur. En effet, cette sensation va être renforcée par la chaleur du matelas à eau et permettre de ramener l'attention de Madame L. sur des sensations concrètes, évitant ainsi qu'elle ne s'égaré dans ses pensées anxieuses.

Dans un premier temps, Madame L. est allongée sur le matelas avec les yeux ouverts rivés vers le plafond lumineux. Je suppose qu'elle bouge légèrement, car le matelas ondule sous elle. Progressivement, ses yeux se ferment, sa respiration devient plus ample et les mouvements du matelas à eau diminuent. L'ouverture de ses pieds augmente et sa tête bascule sur le côté, ce qui témoigne d'un état de relâchement musculaire.

En fin de séance, Madame L. prend un temps plus long que les fois précédentes pour se rasseoir. Son visage semble apaisé, elle est plus souriante. Invitée à partager son expérience, elle commence par affirmer que c'était « *difficile* » au début de rester centré sur ces ressentis corporels. Elle était « *prise dans ses pensées* » concernant l'avenir et plus particulièrement sur son travail qu'elle ne souhaite pas reprendre. Elle ajoute cependant, qu'elle est parvenue, en fin de relaxation, à sentir la chaleur dans son corps et exprime une sensation de « *détente* ». Ses paroles coïncident avec mes observations.

4.4. Quatrième séance : « crispations »

La semaine suivante, je rejoins Madame L. installée sur une chaise, seule, au fond de la cour extérieure. Cette attitude marque un retrait encore plus important vis-à-vis de son environnement. À mon approche, elle relève la tête et me sourit, créant ainsi une ouverture dans sa posture. C'est la première fois que Madame L. soutient un regard aussi long. Je m'accroupis à côté d'elle afin de m'ajuster à son regard et la prévenir que, si cela lui convient, nous nous verrons toutes les deux.

Nous avons convenu avec mon maître de stage que je la verrais seule, afin de lui proposer une relation duelle dans laquelle elle pourrait se sentir plus confiante. Après m'avoir donné son accord, elle ajoute spontanément qu'elle « *aimerait bien retourner dans la petite salle de la dernière fois* ».

La lumière de la salle est tamisée. Nous nous installons côte à côte sur le matelas, mais légèrement à distance. Ce positionnement renvoie à un cadre moins strict qu'un face à face. Cette juste distance relationnelle « *ni trop loin ni trop proche, pour ne susciter ni sentiment d'abandon, ni angoisse d'intrusion* » (Le Corre et al., 2022, p. 212), ainsi que l'ambiance de la salle permettent à Madame L. de vivre l'expérience dans un cadre rassurant.

Sa posture est moins repliée et ses regards sont davantage soutenus sur des temps plus longs. Je lui demande comment elle se sent ; elle me dit être désespérée « *par son état* », ne voyant « *aucune amélioration* » de son humeur. Nos échanges s'orientent ensuite vers son anxiété et la manière dont elle s'exprime. Elle me décrit des manifestations corporelles : oppression et crispations importantes. Elle m'indique cependant qu'elle écoute désormais des vidéos ou des podcasts de relaxation pour s'endormir. Ces quelques mots sont révélateurs des remaniements qui commencent à s'opérer au niveau psychocorporel : plus attentive aux sensations corporelles et moins envahie par ses pensées anxieuses, elle semble commencer à s'approprier l'outil de relaxation. J'encourage Madame L. à poursuivre l'utilisation de ces supports afin qu'elle puisse s'en servir quand elle en ressent le besoin.

Les « *crispations* » qu'elle décrit et cette démarche d'appropriation des méthodes m'amène à lui proposer une relaxation inspirée de Jacobson. Elle lui permettra d'être plus active. Elle expérimentera ainsi concrètement la contraction et le relâchement musculaire volontaire, en contrepoint de ses tensions corporelles involontaires. Je lui propose cette nouvelle méthode, mais je lui laisse le choix de poursuivre avec la méthode de Schultz si elle préfère. Madame L. adhère finalement à ma nouvelle proposition.

Pendant plusieurs séances, j'ai accompagné Madame L. afin qu'elle s'approprie progressivement cette méthode de relaxation basée sur la contraction et le relâchement volontaires, en commençant par les membres supérieurs, puis les membres inférieurs, le tronc et le visage. L'objectif était de lui permettre de pouvoir pratiquer ensuite cette méthode de façon autonome pour se décentrer de ses pensées anxieuses.

Au fur et à mesure des séances, Madame L. peut se focaliser sur ses sensations corporelles en étant active dans la proposition et mettre à distance ses pensées. Celles-ci sont toujours présentes, mais de façon moins prégnante. Madame L. peut qualifier « *d'agréable* » la sensation de « *relâchement* » après la contraction, et affirme se sentir « *détendue* » juste après la séance. Ces qualificatifs renvoient au champ lexical du « bien-être », qui s'oppose aux états de tension induits par l'anxiété.

Au cours de l'une de nos dernières séances, elle me confie ne plus avoir « *envie de mourir* » mais avoir « *peur de mourir* ». Les idées suicidaires semblent avoir fait place à un sentiment de peur. Notre échange m'a permis de lui expliquer que la peur constitue l'émotion centrale de l'anxiété. Ce fut aussi l'occasion de la rassurer sur le fait que ressentir de la peur était « normal ».

Elle a également pu verbaliser que ce temps de relaxation est un des seuls moments dans la semaine qu'elle investit encore positivement et qu'elle attend avec impatience. Parmi les différents soins proposés dans le service, ce moment est le seul durant lequel elle se sent « *apaisée* » et où elle peut momentanément mettre à distance ses pensées anxiogènes.

4.5. Conclusion

Quand je quitte le service à la fin de mon stage, Madame L. est plus souriante et investit de plus en plus le temps de parole proposé après la relaxation.

L'instauration d'un lien de confiance s'est révélée primordiale dans l'accompagnement de Madame L. « *la relation thérapeutique reste au cœur de notre approche, le soin [s'inscrit] dans la rencontre intersubjective* » (Touchard, 2022, p.207). Pendant son accompagnement, j'ai pu observer qu'elle semble être plus à l'aise et en confiance dans une relation duelle et privilégiée.

Son attitude de repli laisse alors place à une posture un peu plus ouverte sur l'extérieur quand nous sommes toutes les deux, mais qu'elle ne transpose pas encore dans d'autres situations.

La dynamique dépressive couplée à la comorbidité anxieuse génère pour Madame L. un vécu corporel et psychique douloureux. Nos échanges et la relation de confiance au sein d'un cadre contenant et sécurisant lui ont permis d'investir davantage ces temps, jusqu'à verbaliser un sentiment d'apaisement, au moins momentanément, pendant le temps de la séance.

CONCLUSION

Le trouble de l'humeur bipolaire est une pathologie extrêmement complexe, tant dans ses causes que dans ses manifestations cliniques très diverses. Le rapport de la Haute Autorité de Santé d'octobre 2015 sur le repérage et la prise en charge initiale des patients atteints de troubles bipolaires mentionne à 28 reprises les termes « psychomoteur » ou « psychomotrice ». Ces termes renvoient aux deux facettes retrouvées dans les manifestations de la bipolarité : l'agitation psychomotrice et le ralentissement psychomoteur. L'intervention du psychomotricien paraît donc tout à fait légitime.

En plus des désordres psychomoteurs, **l'anxiété impacte de façon considérable l'évolution du trouble bipolaire.** Ce lien s'explique en partie par les mécanismes psychologiques et physiologiques communs qui sous-tendent ces deux pathologies. En prenant en compte ces aspects, l'accompagnement des patients dans la gestion de l'anxiété semble essentiel.

L'approche psychomotrice, à travers la relaxation, **offre des outils pour aider les patients à mieux gérer ces états anxieux en se concentrant sur leurs expériences corporelles,** leurs modifications toniques. La relaxation est une expérience unique qui nécessite d'adapter nos propositions au rythme et au vécu singulier de chaque patient, oscillant entre les différents états de la pathologie bipolaire. En ce sens, en prenant compte des particularités de chacun, les bénéfices seront différents. Pour Madame P., parallèlement à la stabilité de l'humeur, on assiste à une gestion de l'anxiété à travers l'expérience corporelle et l'élaboration des manifestations. Avec Madame L., nous avons vu l'importance de l'instauration d'un lien de confiance afin que la relaxation soit vécue comme un moment suspendu où les états anxieux et dépressifs sont mis à distance.

Dans les deux études cliniques présentées, nous avons vu que l'approche psychomotrice peut aider le patient à exprimer affects et vécus au sein d'un environnement de confiance, bienveillant et rassurant. Elle permet également au patient de reprendre une position active dans sa lutte contre la symptomatologie anxieuse.

Il est donc important d'offrir à chacun des patients rencontrés un espace-temps pour exprimer librement leurs besoins et leurs expériences émotionnelles et corporelles, afin que la relation entre le patient et le psychomotricien puisse prendre tout son sens.

À travers les expériences de relaxation proposées en psychomotricité, les patients sont davantage à l'écoute des manifestations corporelles et psychiques. Il serait certainement intéressant d'entreprendre une étude pour tenter de voir dans quelle mesure l'attention portée par le patient à ces manifestations pourrait lui permettre d'anticiper les éventuelles rechutes dépressives ou maniaques.

S'inscrire dans le soin au sein d'une relation ajustée à l'autre est un long processus. Les différentes rencontres et échanges avec les patients et les soignants m'ont servi et me serviront d'appui dans l'étayage de mon identité professionnelle de future psychomotricienne.

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

Si tu es déprimé, tu vis dans le passé. Si tu es anxieux, tu vis dans le futur. Si tu es en paix, tu vis dans le présent.

Lao Tseu.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Guelfi, J.-D., & Crocq M.-A., Trad., 5e édition). Masson.
- André, P., Benavides, T., & Canchy-Giromini, F. (2004). *Corps et psychiatrie* (2e édition revue et corrigée.). Éditions Heures de France.
- Auriacombe, M., Serre, F., & Fatséas, M. (2016). 6. Le craving : marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?. Dans Reynaud, M. (dir.), *Traité d'addictologie* (p. 78-80). Lavoisier. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/lav.reyna.2016.01.0078>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), p. 1252-1259. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Gottschalk, M. (2016). Chapitre 5. Troubles anxieux, troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, et troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Dans *Psychopathologie : Une approche intégrative* (3e édition.) (p. 122-177). De Boeck supérieur.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Gottschalk, M. (2016). Chapitre 7. Troubles de l'humeur et suicide. Dans *Psychopathologie : Une approche intégrative* (3e édition.) (p. 212-267). De Boeck supérieur.
- Baste, N. (2016). *Méthodes de relaxation*. Dunod.
- Baudet, É., & Carrette, G. (2019). Chapitre 22. Spécificité et généralité de la psychomotricité en psychiatrie adulte. Dans Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (p. 295-309). Dunod. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0295>
- Besche-Richard, C., & Bungener, C. (2020). Chapitre 1. Les troubles dépressifs et bipolaires. Dans *Psychopathologies de l'adulte : Approche intégrative* (p. 13-48). Dunod.
- Besche-Richard, C., & Bungener, C. (2020). Chapitre 2. Les troubles anxieux. Dans *Psychopathologies de l'adulte : Approche intégrative* (p. 49-90). Dunod. <https://www.cairn.info/psychopathologies-de-l-adulte--9782100807390-p-49.htm>
- Bourgeois, M., Gay, C., Henry, C. & Masson, M. (2014). *Les troubles bipolaires*. Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourg.2014.01>

- Cazard, F., & Ferreri, F. (2013). Troubles bipolaires et troubles anxieux comorbides : Impact pronostique et enjeux thérapeutiques. *L'Encéphale*, 39(1), p. 66-74. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.04.005>
- Chaloult, L. (1990). *La relaxation progressive et différentielle de Jacobson*. <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2016/03/la-relaxation-progressive-de-jacobson.pdf>
- Devau, G. (2016). Introduction à une approche biologique de la peur. *Gérontologie et société*, vol. 38/150(2), p. 17-29. <https://doi.org/10.3917/gsl150.0017>
- Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine. (s. d.). <http://51.68.80.15/>
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F., & Leboyer, M. (2008). Beyond genetics : Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 10(8), p. 867-876. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00635.x>
- Gorwood, P., Even, C., & Rouillon, F. (2010). 43. Les événements de vie stressants dans la dépression. Dans Goudemand, M. (dir.), *Les états dépressifs* (p. 367-374). Lavoisier. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/lav.goude.2010.01>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), p. 1561-1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Guichard, J.-P. (2014). *Vivre et comprendre les troubles bipolaires*. Ellipses.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques* (2e édition revue et augmentée.). Heures de France.
- Hantouche, É. (2016). Troubles bipolaires. De l'euphorie à l'effondrement. Dans Marmion, J.-F. (dir.), *Troubles mentaux et psychothérapies* (p. 46-50). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2016.01.0046>
- Haute Autorité de Santé. (2015, juin). *Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201510/fiche_memo_rapport_elaboration_trouble_bipolaire_mel.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2002, mars). *Diagnostic du trouble de l'usage d'opioïdes*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/diagnostic_du_trouble_de_lusage_dopioïdes_-_fiche.pdf
- Henry, C., Bigot, M., Lledo, P.-M., & Alonso, M. (2022). Les troubles bipolaires : De l'humeur aux émotions. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206(3), p. 286-291. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.05.026>
- Le Corre, M., Bacrie, S., & Hélias-Péan, A. (2022). *Psychomotricité en psychiatrie adulte*. De Boeck supérieur.

- Lecomte, J. (2017). 6. La psychologie des émotions. Dans *30 grandes notions de la psychologie* (2e édition.). (p. 31-35). Dunod. <https://www.cairn.info/30-grandes-notions-de-la-psychologie--9782100763474-p-31.htm>
- Lezhari, E. (2020). *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*. [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900365>
- Malgat, R. (2012). Chapitre 33. Maladie maniaco-dépressive et « spectre bipolaire ». Dans Kapsambelis, V. (dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (p. 593-614). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.kapsa.2012.01.0593>
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety : A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1), p. 41. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>
- Medda, P., Perugi, G., Zanella, S., Ciuffa, M., Rizzato, S., & Cassano, G. B. (2010). Comparative Response to Electroconvulsive Therapy in Medication-Resistant Bipolar I Patients With Depression and Mixed State. *The Journal of ECT*, 26(2), p. 82. <https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e3181b00f1e>
- Mirabel-Sarron, C., & Leygnac-Solignac, I. (2015). *Les troubles bipolaires : De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif* (Nouvelle édition). Dunod.
- Motay, D. (2014). *La relaxation en psychiatrie adulte. Quelles spécificités en psychomotricité ?*. [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01196731>
- Munier, N., & Montéant, R. (2006). Une méthode de relaxation psychothérapeutique pratiquée par deux psychomotriciens en rééducation fonctionnelle et en psychiatrie adulte. *Évolutions psychomotrices*, 18(72), p. 69-77.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Éducation thérapeutique du patient*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>
- Pireyre, É. W. (2015). Chapitre 9. Le tonus. Dans *Clinique de l'image du corps* (p. 99-112). Dunod. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/dunod.pirey.2015.01>
- Poinsot, R. (2018). 12. Dépression. Dans Chapelle, F., Monié, B., Rusinek, S., & Poinsot, R. (dir.), *Thérapies comportementales et cognitives* (3e édition.) (p. 91-102). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chape.2018.02.0091>
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Éditions Érès.

- Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Chapitre 5. Le tonus et la tonicité. Dans Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J., *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 175-181). De Boeck-Solal.
- Rodriguez, M. (2019). Chapitre 3. Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Dans Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (p. 27-38). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0027>
- Senand, B. (2006). Une démarche d'aide du psychomotricien : la relaxation psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (146), p. 16-27.
- Servant, D. (2012). *Gestion du stress et de l'anxiété* (3e édition). Elsevier Masson.
- Servant, D. (2015). *La relaxation : Nouvelles approches, nouvelles pratiques* (2e édition.). Elsevier Masson.
- Servant, D. (2021). Chapitre 15. Les effets physiologiques et psychologiques. *Relaxation et Méditation : Approches et pratiques actuelles* (3e édition.), p. 129-142.
- Servant, D. (2022). *Gestion du stress et de l'anxiété* (4e édition.). Elsevier Masson.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., & Pollack, M. H. (2004). Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients : Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), p. 2222-2229. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2222>
- Snoezelen France. (s. d.). L'approche Snoezelen. <https://snoezelen-france.fr/snoezelen/approche-snoezelen>
- Soullignac-Moreno, H. (1997). L'approche de l'autre : Quand ? Comment ? Pourquoi ?. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (111), p. 12-15.
- Thiveaud, M. (1997). Relaxation psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (111), p. 6-11.
- Thiveaud, M. (2000). Le toucher en thérapie de relaxation psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (121), p. 12-15.

ANNEXE

EVALUATION DE L'ANXIÉTÉ – HAMILTON

Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?
Entourez le score qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des 7 derniers jours.

0 – Pas du tout

1 – Un peu

2 – Modérément

3 – Beaucoup

4 – Enormément

Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sècheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalées	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4

Source : <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/Hamilton-Respadd.pdf>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	2
PREAMBULE	3
INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1 : Le trouble bipolaire : l'historique du concept à sa définition actuelle	6
1. L'histoire du trouble : la folie maniaco-dépressive.....	6
2. Le trouble bipolaire aujourd'hui	8
3. « De l'euphorie à l'effondrement » : les critères diagnostiques des épisodes.....	9
3.1. L'épisode maniaque et hypomaniaque	9
3.2. L'épisode dépressif caractérisé	10
3.3. L'épisode mixte	10
4. Une étiologie complexe.....	11
4.1. Les facteurs psychologiques et sociaux.....	11
A. Un facteur de risque liés au vécu	11
B. L'impact de l'évènement de vie stressant	12
C. La théorie de l'impuissance acquise.....	12
D. La triade cognitive de la dépression.....	13
4.2. Les facteurs biologiques et génétiques.....	13
A. Apport de l'épidémiologie génétique.....	13
B. Des dérèglements neurobiologiques	14
a. Le système limbique et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien... 14	
b. Le cortisol et la neuroplasticité	14
c. Les rythmes circadiens	15
5. Les répercussions psychomotrices.....	16
5.1. Les variations toniques.....	16
5.2. Les modifications du rapport au corps : entre vécu corporel douloureux et surpuissance	18
5.3. D'une émotion à une autre	20
6. Les différents traitements.....	21
6.1. Les traitements médicamenteux et leurs effets secondaires.....	21
6.2. Les traitements non médicamenteux.....	23

7.	Les comorbidités psychiatriques	24
7.1.	Les troubles anxieux	24
7.2.	Les troubles liés à l'usage de substances.....	25
7.3.	Les troubles des conduites alimentaires.....	26
7.4.	Les troubles de la personnalité.....	27
8.	Le risque suicidaire	28
9.	Conclusion.....	28
CHAPITRE 2 : Anxiété et trouble anxieux, une comorbidité récurrente dans le trouble bipolaire		29
1.	Quelques définitions	29
2.	L'anxiété : du vécu individuel normal au vécu pathologique	30
2.1.	Les modèles de l'anxiété.....	31
A.	La théorie de la triple vulnérabilité de Barlow	31
B.	Les modèles cognitifs et comportementaux de l'anxiété	32
C.	Les contributions neurophysiologiques à l'anxiété.....	33
3.	Un diagnostic spécifique : les troubles anxieux.....	36
4.	L'évaluation de l'anxiété	38
5.	Conclusion.....	40
CHAPITRE 3 : La relaxation thérapeutique comme accompagnement à l'anxiété		41
1.	La relaxation : généralités et éclairage sur les méthodes proposées.....	41
1.1.	Définition de la relaxation	41
1.2.	Les différentes méthodes de relaxation	42
A.	Le training autogène de Schultz.....	42
B.	La relaxation progressive de Jacobson.....	43
C.	La relaxation coréenne	45
2.	La médiation relaxation en psychiatrie	46
2.1.	La médiation thérapeutique	46
2.2.	De la rencontre au projet thérapeutique	47
2.3.	La séance de relaxation en psychomotricité	49
3.	Les effets de la relaxation sur les symptômes anxieux.....	51
3.1.	Aspects neurophysiologiques	51
3.2.	Aspects physiologiques.....	52
4.	Conclusion.....	54

CHAPITRE 4 : L'accompagnement en psychomotricité dans la gestion de l'anxiété	55
1. Présentation du lieu de stage.....	55
1.1. Le service de psychiatrie et l'équipe.....	55
1.2. Le projet de soins pour les patients	56
2. Bilan psychomoteur en psychiatrie adulte.....	57
3. Étude de cas clinique : Madame P.....	58
Présentation	58
Histoire de la maladie	59
3.1. De la première rencontre à la première proposition	61
3.2. Deuxième séance : un temps pour soi.....	63
3.3. Troisième séance : se laisser aller aux mouvements de l'autre	65
3.4. Quatrième séance : « conscience »	66
3.5. Conclusion.....	68
4. Étude de cas clinique : Madame L.....	69
Présentation	69
Histoire de la maladie	70
4.1. De la première rencontre à la première proposition	71
4.2. Deuxième séance : ici et maintenant	73
4.3. Troisième séance : du repli à l'ouverture	74
4.4. Quatrième séance : « crispations »	76
4.5. Conclusion.....	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE.....	82
ANNEXE	86
TABLE DES MATIERES	87