



HAL
open science

Les conduites addictives : "une carapace" contre la souffrance. L'approche psychomotrice auprès de patients souffrant de troubles de l'usage de substances

Eva Morel

► To cite this version:

Eva Morel. Les conduites addictives : "une carapace" contre la souffrance. L'approche psychomotrice auprès de patients souffrant de troubles de l'usage de substances. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04880962

HAL Id: dumas-04880962

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04880962v1>

Submitted on 11 Jan 2025

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.

Les conduites addictives

“une carapace” contre la souffrance

L'approche psychomotrice auprès de patients souffrant de troubles de
l'usage de substances

Mémoire présenté par Eva Morel
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référents de mémoire :

Claire EXPOSITO

Lola MORILLON

Session juin 2024

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont épaulée dans la création de ce mémoire et sans qui je n'aurais pu espérer devenir un jour psychomotricienne,

A toi Lola Morillon, ma maître de stage et maître de mémoire, pour toutes les valeurs que tu m'as transmises dans ton engagement auprès des patients qui nourriront mon identité professionnelle. Merci pour ta confiance.

A vous, Claire Exposito, ma maître de mémoire, pour votre disponibilité, votre partage d'expérience et de connaissances qui ont pu enrichir ma réflexion et m'accompagner tout au long de cette année.

A tous les relecteurs de ce mémoire, ma famille, mes amis, vous qui m'avez soutenue durant ces trois années d'étude et bien plus encore.

A toi, Léa, mon bras droit, mon amie durant ces années intenses.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels que j'ai pu rencontrer sur les différents lieux de stage tout au long de ma formation, merci pour votre transmission de savoirs et votre accompagnement. Merci à tous les psychomotriciens qui ont accepté de m'ouvrir la porte de leur salle pour affiner davantage mes observations et mes réflexions cliniques.

Une mention très spéciale à Magali Ramo, qui a su éclaircir mes pensées quand j'en avais le plus besoin.

Merci à tous les patients que j'ai rencontrés de m'avoir fait confiance et de m'avoir tant appris.

A toi, Nathalie, sans qui je ne serais sûrement pas là aujourd'hui, ton professionnalisme et ton humanité m'ont inspirée et ont forgé la psychomotricienne en devenir que je suis aujourd'hui.

*"Quand on est un sale alcoolique
dans les yeux des gens, on perd
sa voix, on se tait".*

(Madame H. patiente de la clinique)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
AVANT-PROPOS.....	7
I. Première situation d'appel.....	7
II. Deuxième situation d'appel.....	9
INTRODUCTION.....	13
L'ADDICTION.....	15
1. Définition.....	15
2. Les classifications.....	16
3. Quelques caractéristiques des addictions.....	19
4. Les comorbidités psychiatriques.....	21
LA CONSTRUCTION D'UNE SÉCURITÉ INTERNE.....	25
I. Les appuis physiques et humains : la construction de soi.....	25
II. L'attachement.....	28
1. Les styles d'attachement.....	28
2. Le "care-giver".....	30
III. La construction des enveloppes.....	30
IV. Les conséquences des traumatismes précoces.....	33
V. Les objets addictifs comme support de l'identité.....	35
LA PSYCHOMOTRICITÉ EN ADDICTOLOGIE.....	37
I. Profil psychomoteur en addictologie.....	37
II. Le rôle de la psychomotricité en addictologie.....	47
1. Les médiations.....	54
2. Le projet de soins du SSR-A en psychomotricité.....	54
3. Les intérêts thérapeutiques du groupe en addictologie.....	61
III. La création d'ateliers thérapeutique.....	62
1. L'atelier de Boxe-Thérapie.....	63
2. L'atelier "Les conséquences du trauma".....	69
IV. Etude de Cas : Madame H, retrouver sa sécurité interne.....	75
CONCLUSION.....	80
OUVERTURE.....	82
BIBLIOGRAPHIE.....
ANNEXE I.....	I
ANNEXE II.....	II
ANNEXE III.....	III
ANNEXE IV.....	IV

AVANT-PROPOS

Ma démarche de réflexion

J'ai commencé ma formation à l'Institut de Formation des Psychomotriciens en souhaitant comprendre quelle est la place de la psychomotricité dans les établissements de santé mentale. J'ai donc effectué mon stage de deuxième année dans un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA). J'ai pu observer les troubles psychomoteurs de ces jeunes patients présentant des difficultés affectives, motrices, sociales et psychologiques et comprendre l'intérêt de la psychomotricité au sein d'une équipe pluridisciplinaire en pédopsychiatrie.

La place accordée aux parents et à la compréhension de l'organisation familiale de l'enfant a une grande importance dans ces prises en charge. Nous ne travaillons pas seulement avec l'enfant, mais bien avec l'ensemble des adultes qui gravitent autour de nos jeunes patients. Le travail ne se limitait donc pas seulement à accompagner notre patient le temps de la séance de psychomotricité, mais bien au sein de son quotidien et dans ses relations.

J'ai donc pu observer l'impact des dysfonctionnements familiaux sur ces jeunes et une situation particulière m'a frappée.

I. Première situation d'appel

J'ai rencontré Alice lorsqu'elle avait 16 ans avec sa maman (ayant un trouble bipolaire et un trouble de l'usage de l'alcool) lors d'un premier entretien pour faire son anamnèse. Le motif de la demande de bilan était des inquiétudes parentales en raison de maladresses.

Dès le début de l'entretien, je remarque que la maman d'Alice répond à l'intégralité de mes questions portées sur le développement d'Alice en m'expliquant qu'Alice « ne savait rien faire avec ses mains » « était maladroite et incapable de faire attention » « à quel point Alice avait toujours été compliquée à gérer » et qu'elle « n'en pouvait plus ». Alice prend très peu la parole, sa posture est renfermée et son visage me paraît attristé par les dires de sa maman.

Les parents d’Alice sont divorcés et en procédure de justice car sa maman a porté plainte contre Monsieur pour violences conjugales. Cette dernière exprime à plusieurs reprises « sa souffrance », elle évoque le fait que son ex-mari « n’aime pas sa fille » et qu’il « n’en a rien à faire d’Alice ».

J’observe les réactions d’Alice face à ces propos, elle se frotte les avant-bras, je suppose alors qu’en faisant cela, elle tente de s’apaiser, s’auto-contenir.

Bien qu’il soit important de créer une alliance thérapeutique avec les parents de nos jeunes patients, suite à ce premier entretien, j’ai pensé qu’il serait important pour Alice d’être seule durant la suite de l’anamnèse ainsi que durant la passation de son bilan psychomoteur afin d’éviter une possible anxiété de performance générée par le regard de sa mère sur elle.

La maman a eu du mal à accepter cette séparation, l’ayant, premièrement, vécue comme un rejet, puis nous avons toutes les trois conclu que nous ferions un retour détaillé ensemble à la suite du bilan. La maman a donc accepté cette option.

Lorsque nous avons abordé le sujet de sa relation avec son père, Alice a levé les yeux au ciel en soupirant et a dit “il a encore pété un cable, comme d’habitude, mais là c’était encore pire donc je ne veux plus le voir pour l’instant”. Je lui demande alors si elle veut m’expliquer de quoi elle parle. “La dernière fois que je suis allée chez lui, il était bourré et il s’était encore engueulé avec ma belle-mère. Mais cette fois-ci il nous a enfermés elle et moi dans le salon, il nous a pris nos téléphones et on ne pouvait pas sortir et il m’a montré des photos dégoûtantes d’elle. Il hurlait contre nous et j’ai vraiment eu peur qu’il me tape moi aussi. Il a fini par se calmer au bout d’une heure et il s’est mis à pleurer. J’ai appelé ma maman pour qu’elle vienne me chercher”.

Alice m’a raconté cet événement très violent de façon très détachée, elle semblait se distancer de ses affects. Je me suis alors demandée quels impacts avaient ces événements sur sa structuration psychique actuelle et en devenir.

Durant l'examen du tonus et le voyage de Garelli, Alice est relâchée et ne fait preuve d'aucune réaction tonico-émotionnelle démontrant une quelconque anxiété. Elle semble, au contraire, très à l'aise et être en confiance.

Je me questionne sur la source du problème d'Alice. Dans ce contexte de passation de bilan en psychomotricité, les résultats sont très différents des dires de la maman et Alice semble plus apaisée en son absence.

On peut alors se demander si la demande de la maman se situe réellement autour des maladrotes d'Alice en sa présence ou bien si c'est un prétexte pour demander de l'aide.

Les résultats du bilan psychomoteur n'ont révélé aucun trouble des coordinations dynamiques générales, mais Alice externalise chaque réussite et internalise les échecs. Lorsqu'elle rencontre quelques difficultés, elle se dévalorise et se met en échec en disant « je n'y arriverai pas » ou bien « je suis trop nulle pour faire cela ».

Nous avons donc conclu, avec ma maître de stage, qu'il était nécessaire pour Alice de commencer un suivi en psychomotricité afin de travailler autour des notions d'image du corps, en insistant sur l'estime de soi et la confiance en soi.

Au vu des événements traumatiques et des éventuels troubles de l'attachement d'Alice, nous décidons également de travailler sur la constitution des enveloppes psychocorporelles d'Alice et le sentiment de sécurité interne.

Mon stage était sur le point de se terminer, c'est donc la psychomotricienne du CMPEA qui a démarré un suivi avec Alice.

Le contexte familial d'Alice ne semble pas être sûr et protecteur. Les mots et attitudes de cette maman m'ont semblé difficiles à entendre pour une jeune fille de seize ans. De plus, les événements traumatiques qu'elle a pu expliquer me questionnent sur les possibles retentissements sur sa sécurité interne.

Plusieurs questionnements me sont donc venus :

- Quel style d'attachement a développé cette jeune fille à l'égard de ses figures d'attachement ?
- Quelles répercussions peuvent avoir ces paroles et ces actes dévalorisants et violents dans le développement psychoaffectif d'une jeune fille de son âge ?
- Quels impacts ont le trouble bipolaire et le trouble de l'usage de l'alcool de cette maman sur le développement de sa fille ?
- Comment peut-elle se construire une sécurité interne et une enveloppe psychocorporelle immuable et consistante en étant confrontée à des événements si violents ?

Ce travail auprès d'enfants et adolescents m'a donc questionnée sur l'impact des relations précoces de ces adultes en devenir, ainsi que l'importance de la relation avec la figure d'attachement dans le développement de l'enfant.

Les premiers instants de vie de l'enfant, ses interactions précoces, le vécu de traumatismes infantiles, vont impacter l'entièreté de sa vie. Sa place en tant qu'enfant, adolescent, adulte, sa place dans la société, mais aussi son rôle en tant que parent ; toutes les sphères de sa vie seront affectées.

II. Deuxième situation d'appel

J'ai ensuite souhaité découvrir le milieu de la psychiatrie adulte et plus particulièrement le service d'addictologie, pour comprendre la place de la psychomotricité auprès de ces adultes. Pour cela, j'ai effectué un stage de deux semaines dans une unité hospitalière d'addictologie (UHA) dans laquelle il n'y avait encore jamais eu de psychomotricien dans l'équipe. Cela était un choix de ma part, je souhaitais enrichir ma réflexion personnelle autour de la place de la psychomotricité en addictologie avant de commencer mon stage de troisième année auprès d'une psychomotricienne spécialisée en addictologie. Il s'agit d'un service dans lequel les patients sont admis durant trois semaines pour être accompagnés dans un traitement de sevrage.

Plusieurs ateliers thérapeutiques tels que des groupes de parole, une balance décisionnelle, un atelier de photo-langage, des petits-déjeuners thérapeutiques leur sont proposés par les infirmières ou les aides-soignantes.

Ce qui m'a particulièrement frappée a été l'absence d'ateliers thérapeutiques à médiation corporelle dans ce service. Je me suis alors questionnée sur la place du corps en addictologie. Plusieurs situations cliniques m'ont amenée à penser que la psychomotricité avait toute sa place dans ce service. Je présenterai ici une vignette clinique de Monsieur B., patient à l'UHA.

Monsieur B., est un patient souffrant d'une addiction au cannabis ainsi qu'à la cocaïne depuis plus de dix ans. C'est un patient présentant une agitation psychomotrice ainsi que des manifestations corporelles anxieuses (craquement de doigts, hypertonie posturale, difficulté de relâchement des membres) accompagnées d'une logorrhée.

Lors d'un atelier de balance décisionnelle, Monsieur B. a déclaré consommer du cannabis car cela lui permettait d'abaisser ses tensions, "ça me calme quand j'ai envie de tout casser", je me permets donc de lui demander comment est son corps dans ces moments là. Il explique qu'il est "très tendu" et que la consommation lui permet de se détendre corporellement et que cela lui "fait du bien". "La cocaïne me permet de sortir de mon lit, elle me stimule sinon je ne pourrais pas me lever"

Face à cette présentation corporelle et ce témoignage, il me semblerait nécessaire de lui proposer des outils d'ancrage corporel tel que des propositions de conscience corporelle autour de la respiration ou bien des techniques de relaxation dynamique afin de tenter d'abaisser son tonus, le réguler et l'inviter à ressentir son corps différemment.

Cette agitation motrice ne serait-elle pas le symptôme d'une tension interne ?

Les sensations corporelles des patients addicts sont intégralement tournées vers l'objet d'addiction. Le corps est donc utilisé comme objet, désinvesti voire attaqué par les consommations.

La psychomotricité n'aurait-elle pas, dans ce cas, toute sa place dans la prise en charge psychocorporelle de ce patient ?

J'ai donc décidé d'effectuer mon stage de dernière année d'étude dans un Service de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé en addictologie (SSR-A) pour accroître ma réflexion autour de l'identité psychocorporelle et de la place de la psychomotricité auprès des patients souffrant de troubles de l'usage de substances.

INTRODUCTION

“Je ne sais plus qui je suis sans l’alcool” Le témoignage d’une patiente du SSR-A n’est pas un cas isolé. La quête identitaire et la sensation de perte de celle-ci est une plainte souvent décrite par les patients que j’ai pu accompagner.

Plusieurs questionnements me sont alors venus :

- Ce sentiment de continuité d’existence, dans la construction identitaire de ces sujets, a-t-il déjà existé ou bien n’a-t-il pas pu se développer de façon sécuritaire ?
- La prise de substance n’était-elle finalement pas un moyen de parvenir à ce sentiment d’identité ?

En addictologie, comprendre l’origine des troubles liés à l’usage de substances, les liens éventuels avec les interactions précoces me paraît être primordial.

Les patients que j’ai rencontrés présentaient, très souvent, une problématique liée à leur enfance, ayant eu des répercussions sur leur vie future. En écoutant les récits des patients, il m’a semblé remarquer fréquemment des troubles de l’attachement ayant créé des attachements de type insécure. De plus, l’anamnèse de ces patients est souvent teintée d’événements traumatiques.

Il m’a paru nécessaire de comprendre quel lien se cachait derrière ces vécus traumatiques, leur structuration psychocorporelle actuelle et les troubles de l’usage liés à des substances (TUS). En m’appuyant sur mes expériences et observations cliniques ainsi que sur mes recherches théoriques, je tenterais de répondre à la problématique suivante :

Comment l’approche psychomotrice soutient-elle les patients ayant vécu des traumatismes précoces en addictologie ?

Premièrement, je vais décrire ce qu'est l'addiction pour déceler les conséquences psychocorporelles que l'on peut observer chez ces patients.

Je présenterai ensuite les étapes cruciales de la construction identitaire, les conséquences des traumatismes précoces sur le devenir du sujet ainsi que leurs impacts sur le développement d'un trouble lié à l'usage de substances.

Enfin, j'apporterai un regard personnel sur le rôle de la psychomotricité en addictologie grâce à mes observations cliniques et la création d'ateliers thérapeutiques. Puis je terminerai en illustrant mes propos d'un cas clinique.

L'ADDICTION

1. Définition

Bien que controversées et souvent critiquées dans la population générale, les conduites addictives constituent des enjeux de santé publique majeurs. Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS), les conduites addictives sont les premières causes de mortalité évitables en France, elles concernent plusieurs millions de personnes en France. La consommation de tabac est responsable de 75 000 décès par an (dont 46 000 décès par cancer), l'alcool de 41 000 décès (dont 16 000 par cancer) et les drogues de plus de 500 décès chaque année.

Le terme addiction est un concept trans-nosographique qui provient étymologiquement du terme latin "addictus" qui signifie littéralement "dit à", au sens d'attribuer quelque chose à quelqu'un.

Le tribunal romain utilisait le terme "addicere" pour désigner les "esclaves pour dettes", ces hommes devaient mettre leur corps à disposition lorsqu'ils avaient des dettes impayées. L'esclave était donc "addictus", soit, affecté à un maître. Plus tard, ce terme a désigné "contrainte par le corps". (Saïet, 2015)

En entrant dans le champ de la psychiatrie, l'addiction a signifié la contrainte du patient addict vis-à-vis du produit ou du comportement dont il ne peut plus se passer, il devient donc esclave de cette addiction.

Il existe différents types d'addiction :

- Les addictions comportementales, sans substances (sexes, jeu pathologique, exercice physique, écran, troubles du comportement alimentaire...)
- Les troubles liés à l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, opiacés, médicaments...), ce qui signifie donc la consommation de ces substances.

Les classifications se sont d'abord intéressées aux différentes sortes d'addictions, le produit était donc au centre de ces classifications. Il était fréquent d'entendre les termes "alcoolisme" ou bien la "toxicomanie". Cependant, comme l'explique Mathilde Saïet, psychologue clinicienne, le suffixe "isme" renvoie à "l'appartenance à un système, une corporation", et "manie" désigne "le caractère compulsif du comportement", la toxicomanie désigne étymologiquement la manie de l'intoxication, le désir de s'empoisonner. (Saïet, 2015)

Or, selon A. Goodman, l'addiction est "un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives". (Goodman, 1990, p. 1404). Cela souligne le fait qu'il ne s'agisse pas d'un besoin de se faire mal mais bien d'une perte de contrôle de la part du sujet, consécutive à la recherche d'apaisement, de plaisir et un abaissement de la souffrance.

Le concept d'addiction a donc évolué pour s'intéresser non plus au produit en lui-même, mais aux effets recherchés par le patient dans sa consommation abusive. Cela a provoqué des changements profonds dans la manière dont nous appréhendons et traitons les problématiques d'addictions liées à l'usage de substances.

Ne se focalisant plus sur la nature du produit et son éradication à tout prix mais bien sur la compréhension de la problématique psychique des patients ainsi que la fonction adaptative de cette addiction, la prise en charge pluridisciplinaire est nécessaire et recommandée pour aider les patients de façon holistique.

2. Les classifications

Comme nous avons pu le voir précédemment, la classification des conduites addictives n'a cessé de se réajuster, dû aux nombreux questionnements concernant les termes à employer : abus, dépendance, addiction, trouble de l'usage de substances ?

Nous allons nous appuyer sur les deux classifications internationales en vigueur afin de comprendre les conduites addictives et les définir.

Critères de dépendance de la CIM-10

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'appuie sur la dixième version de la Classifications Internationales des Maladies (CIM-10) afin de définir le **syndrome de dépendance**.

“Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de **phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques** dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un **désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités**. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un **désir** (souvent puissant, parfois compulsif) **de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive** (y compris un médicament prescrit). Au cours des **rechutes**, c'est-à-dire après une période d'abstinence, **le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement** qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :”

- **Désir puissant ou compulsif** d'utiliser une substance psychoactive ;
- **Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance** (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
- **Syndrome de sevrage physiologique** quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- Mise en évidence d'une **tolérance aux effets** de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;

- **Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts** au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
- **Poursuite** de la consommation de la substance **malgré la survenue de conséquences manifestement nocives**. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Les critères du Trouble de l'usage d'une substance ou d'un "addictif" du DSM-5

Avant 2013, dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 élaboré par l'American Psychiatric Association), les conduites addictives étaient classées selon l'usage que pouvait présenter des risques selon la personne, l'usage nocif considéré comme abus, puis la dépendance.

Cette distinction entre l'abus et la dépendance a été remplacée par un seul diagnostic de « troubles liés à l'usage d'une substance ou d'un « addictif » (comme les addictions sans substance) ». Ainsi, la sévérité des troubles repose maintenant sur le nombre de critères observés :

Trouble léger : 2-3 critères

Trouble modéré : 4-5 critères

Trouble sévère : 6 critères ou plus

Les critères à retenir pour poser ce diagnostic ont également évolué, le DSM-5 a supprimé le critère de "problèmes judiciaires récurrents" et a ajouté le "craving". Nous reviendrons plus tard sur le concept de craving pour expliquer le rôle de la psychomotricité dans sa gestion.

Les conduites addictives désignent donc tout usage susceptible d'entraîner un trouble, le diagnostic de « trouble » peut être posé lorsqu'il y a au moins deux de ces onze critères qui se manifestent au cours d'une période de 12 mois, sans obligation de continuité, ils peuvent être brefs et indépendants les uns des autres :

Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'**incapacité de remplir des obligations majeures** (au travail, à l'école ou à la maison).

Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela **peut être physiquement dangereux**.

Craving ou **désir urgent de consommer**.

Utilisation de la substance malgré des **problèmes** interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, **causés ou exacerbés par les effets de la substance**.

Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :

- Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- Effets nettement diminués en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :

- Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
- La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Substance prise en **quantité supérieure** ou pendant plus de temps **que ce que la personne avait envisagé**.

Désir persistant ou efforts infructueux pour **réduire** ou **contrôler** l'utilisation de la substance.

Temps considérable consacré à **se procurer la substance**, la **consommer** ou **recupérer de ses effets**.

Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit.

Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la **connaissance de l'existence d'un problème** physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

3. Quelques caractéristiques des addictions

L'addiction est dorénavant une spécialité à part entière dans le champ de la psychiatrie, cependant il s'agit d'un terme transnosographique que l'on ne peut expliquer par une seule et même étiologie, il est donc important de ne pas s'appuyer sur un seul courant pour avoir une vision intégrative et globale des mécanismes en jeu dans les addictions.

Je vais donc décrire les différents modèles qui m'ont permis de comprendre les enjeux multidimensionnels du processus addictif et ont influencé ma démarche de soin auprès des patients.

Le circuit de la récompense

D'un point de vue neurologique, l'addiction peut être expliquée par des dysfonctionnements dans les systèmes de récompense cérébraux, notamment dopaminergique. "Le système mésocorticolimbique, ou système de récompense, est la principale cible neurobiologique des phénomènes addictifs. Ce système assure la gestion des émotions, des plaisirs et des désirs." (Laqueille & Liot, 2009)

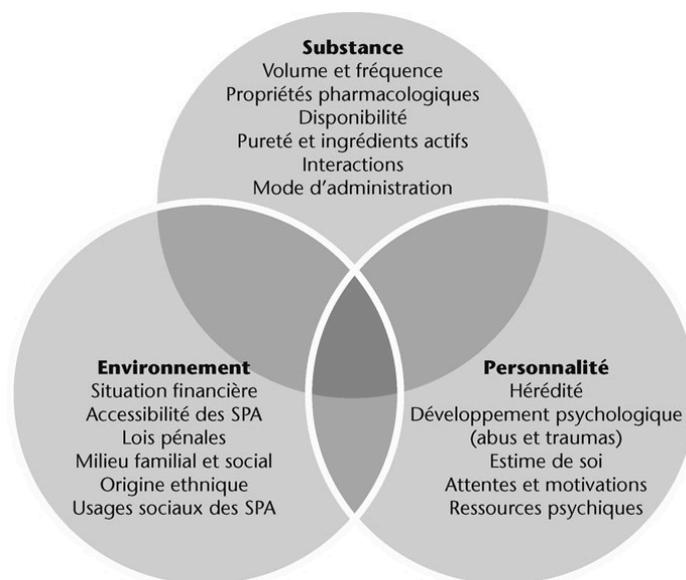
Le système de récompense implique un ensemble de neurones spécifiques à l'origine de nos sensations de plaisir/déplaisir. Il est en place depuis notre enfance et conditionné par la qualité de nos interactions précoces, le lien que nous avons entretenu avec notre figure d'attachement ainsi que toutes les expériences auxquelles nous avons été confrontés jusqu'à ce jour. En fonction de notre vécu, il permet d'analyser et teinter les situations que nous vivons et les émotions que nous ressentons afin de pouvoir les classer comme étant source de plaisir ou de déplaisir. Lors de moments de bonheur, les neurotransmetteurs envoient des signaux au circuit de récompense et la quantité dopaminergique augmente.

En prenant la place dédiée aux neurotransmetteurs sur leurs récepteurs spécifiques, les substances psychoactives (SPA) dérèglent notre système de récompense qui ne s'adapte plus en fonction des situations de plaisir/déplaisir vécues mais en fonction de la prise de substance qui mime ce sentiment de plaisir même lorsque nous souffrons. Ainsi, la prise de substance

permet aux sujets de ressentir davantage de plaisir que s'ils n'en prenaient pas et "anesthésie" le cerveau en cas de situations difficiles. (Acier, 2016)

La loi de l'effet ou Triangle d'Olievenstein

Ce modèle explicite l'interaction entre la nature de la substance, la personnalité du sujet et le contexte environnemental dans lequel la consommation a lieu. En analysant ces trois dimensions, il est possible d'évaluer le risque de dépendance liée à la consommation, de mettre du sens sur cette consommation pour prendre en charge le sujet grâce à cette vision globale.



(Acier, 2016)

Le modèle psychodynamique

Selon le modèle psychodynamique, l'addiction serait un mécanisme de défense pour lutter contre une faille psychique. Les psychodynamiciens affirment qu'il y aurait une prédisposition à devenir addict suite à des failles narcissiques profondes. (Acier, 2016)

D'après la psychanalyste J. McDougall, "l'objet d'addiction est investi de qualités bénéfiques, voire de l'amour : objet de plaisir à saisir à tout moment pour atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables. En tant que tel, cet objet est perçu, du moins dans un premier temps, comme bon ; à l'extrême, comme ce qui donne sens à la vie." (McDougall, 2004, pp. 512-513)

L'addiction à un produit serait donc une tentative de guérison face à une souffrance psychique. Le caractère pathologique de cette addiction réside dans le fait qu'elle soit finalement perçue comme la seule solution pour soulager cette souffrance.

Elle peut être pensée comme “un court-circuit vis-à-vis de l'élaboration psychique, une mise en acte plutôt qu'une mise en pensée, répétée sans que cela n'arrive à faire sens pour le sujet” (Constant & Exposito, 2019, p.319)

J'élaborerai ma réflexion principalement sur ce modèle psychodynamique dans cet écrit.

4. Les comorbidités psychiatriques

Selon le National Survey on Drug Use and Health, 40 à 50 % des patients suivis pour un trouble addictif auraient une comorbidité psychiatrique. (NSDUH, 2013). Il s'agit d'une cooccurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique. (OMS, 1995)

Ces pathologies duelles requièrent un traitement combiné entre des soins psychiatriques et addictologiques, au risque, sinon, de voir l'efficacité des soins diminuer car le pronostic et l'évolution sont plus sévères que dans les troubles isolés.

La dépression

Le trouble psychiatrique le plus souvent associé aux addictions est la **dépression**, avec une prévalence de 30% chez les patients addicts. Cette comorbidité peut s'expliquer par un déséquilibre de l'activation des circuits de la récompense et de leurs processus de signalisation. (Vialou, 2013). La dépression, surtout majeure, serait un facteur de risque à la rechute après un sevrage et des conduites à risque. (Arango-Lievano & Kaplitt, 2015)

L'état Limite

Par ailleurs, les patients présentant un **état-limite** peuvent avoir des difficultés à ressentir leurs limites psychocorporelles. Ils ont tendance à être dans des relations de type anaclitique (à la fois distinct de l'autre et s'appuyant sur lui). Il y a une dépendance à l'objet

ainsi qu'une problématique narcissique. Leurs angoisses sont liées à la perte d'objet ainsi qu'une angoisse dépressive. Il est très fréquent de rencontrer des patients présentant ce genre de problématiques liées aux limites en addictologie. En effet, ces patients sont plus sujets aux pathologies de l'agir comme les troubles liés à l'usage de substances.

Nous reviendrons sur cette notion d'état-limite en questionnant son rapport avec les troubles précoces de l'attachement dans une prochaine partie.

Le Trouble anxieux

Selon l'Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), 36% des sujets présentant un **trouble anxieux** souffriraient d'un trouble addictif comorbide. Dans ces cas-là, l'addiction peut être perçue comme une tentative de régulation du stress, une automédication. En effet, la plupart des patients déclarent consommer à visée anxiolytique afin d'atténuer les symptômes du trouble anxieux.

Selon le National Comorbidity Study (NCS), 19% des sujets addicts souffriraient secondairement d'un trouble anxieux. Les effets de la consommation de substances, la période de sevrage ainsi que le craving pourraient être facteurs de risque de majoration du stress.

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)

De nombreuses études telles que celle de Teegen et Zumbeck (2000) ont mis en exergue une prévalence plus élevée de trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) chez les personnes souffrant de dépendance comparativement à la population générale. 60 à 80 % des patients souffrant d'un TSPT présentent un trouble addictif (Keane, 1988), les problématiques traumatiques sont très présentes chez les patients ayant un trouble de l'usage.

En psychomotricité, nous nous intéressons particulièrement au développement de l'enfant dans sa construction identitaire. Les travaux de Dubé et al. (2003) ont démontré que les expériences traumatiques de l'enfance, telles que les maltraitances, augmentent considérablement le risque de développer un trouble de l'usage de substances lié à un trouble de stress post-traumatique.

Lorsque je suis arrivée à la clinique, la majorité des patients que j'ai rencontrés à la clinique avaient subi des traumatismes durant leur enfance, j'ai donc souhaité m'interroger sur cette comorbidité. Cette grande prévalence de vécus traumatiques précoces chez ces patients m'a amenée à m'y intéresser davantage afin de comprendre leur impact sur la construction psychocorporelle des sujets addicts.

Je vais donc déployer dans cette prochaine partie les étapes importantes dans la construction identitaire de chaque individu et les possibles failles narcissiques pouvant être à l'origine du développement d'un trouble de l'usage de substance.

LA CONSTRUCTION D'UNE SÉCURITÉ INTERNE

I. Les appuis physiques et humains : la construction de soi

Une dépendance absolue

Le bébé vit une dépendance absolue à sa figure d'attachement "personne qui prend soin de l'enfant au quotidien, qui est sensible à ses besoins et y répond avec chaleur et disponibilité en cas de stress" (Genet et Wallon, 2022, p.217). Elle devra donc répondre aux besoins de son enfant afin de le contenir au mieux.

Selon **Winnicott** (1992), la maman serait dotée naturellement d'une sensibilité accrue envers les réactions de son bébé, lui offrant la possibilité de s'ajuster à ses besoins grâce au **holding** et **handling**, signifiant respectivement le portage physique et psychique, les soins prodigués par la mère, nourris d'affects. Le bébé va pouvoir intégrer les limites de son corps ce qui va lui apporter une sensation de sécurité interne.

Grâce à cette "préoccupation maternelle" dont parle Winnicott, la mère se confond naturellement avec son bébé dans ses premiers instants de vie. Il se vit alors comme tout-puissant, et expérimente une expérience continue, qui construit sa vie psychique.

Pour se faire comprendre, le bébé va moduler son tonus en alternant entre un état d'hypertonie d'appel (comme moyen d'expression de ses besoins et émotions), suivi d'une hypotonie de satisfaction lorsqu'il est de nouveau apaisé. Le parent va alors interpréter ses éprouvés corporels et s'ajuster à la tonicité de son enfant sur le plan postural, tonique et émotionnel afin de répondre au mieux à ses besoins. Grâce à ce dialogue privilégié avec sa maman, le bébé va pouvoir progressivement mettre du sens sur ses sensations toniques et sensorielles pour s'approprier son corps, c'est le **dialogue tonico-émotionnel**.

L'anamnèse des patients addicts met souvent en exergue une histoire familiale affectée, où le dialogue tonico-émotionnel entre l'enfant et sa figure d'attachement peut

dysfonctionner à cause d'un attachement insécure ou un défaut dans les soins prodigués au bébé. Les interactions précoces sont le soubassement des futures relations que va tisser le bébé avec autrui. S'il sait qu'il peut compter sur sa figure d'attachement lorsqu'il en ressent le besoin, il pourra plus sereinement explorer le monde.

Selon Winnicott, "le vrai "self" est la position théorique d'où provient le geste spontané et l'idée personnelle" (Winnicott & Kalmanovitch, 1996, p. 125). Si la maman n'est pas apte à accompagner les gestes spontanés de son bébé, elle le contraint alors à s'adapter à elle, "Il y a séduction du nourrisson qui en vient à se soumettre et un faux « self » soumis réagit aux exigences de l'environnement que le nourrisson semble accepter" (Winnicott & Kalmanovitch, 1996, p. 123)

À l'âge adulte, l'individu fera preuve d'adaptation permanente à autrui, ne cessant d'essayer de correspondre aux attentes des autres, le menaçant d'entrer dans un processus d'autodestruction lorsque les tensions internes, qu'il ne cesse d'étouffer, deviendront trop importantes.

De la dépendance vers l'indépendance

Suite à cette phase de fusion totale avec la mère, appelée **phase symbiotique normale** par M.Mahler, le bébé entre dans une phase de séparation progressive avec la maman.

La maman va répondre aux besoins de son bébé en y introduisant des temps de pause.

Winnicott parle d'un **espace transitionnel** durant lequel le bébé peut accéder à une pensée symbolique, au jeu et à l'imagination seul. Durant cette étape, **l'objet transitionnel**, que va lui présenter sa maman, va lui permettre de développer sa "capacité d'être seul" en présence de sa maman et construire progressivement son processus de subjectivation. Il entretient un lien particulier avec cet objet, lui permettant de se différencier davantage de sa maman, pour progressivement aller vers une certaine indépendance.

Le bébé ne peut accéder à cet espace seulement s'il a intériorisé sa mère comme étant "suffisamment bonne". Il sait donc qu'il peut explorer le monde ou bien se recentrer sur

lui-même. Selon Dodin (2017), les enfants n'ayant pas réussi à créer cet espace transitionnel, et n'ayant pu se détacher d'une personne réelle sont plus susceptibles d'être sujets aux addictions. Ils ne vont pas réussir à s'appuyer sur leurs propres ressources psychiques pour s'auto-apaiser mais chercheront l'aide de leur figure maternelle à tout instant. "L'objet addictif quel qu'il soit, remplace, grâce à sa disponibilité immédiate, la dépendance à un objet humain par une dépendance à un objet extérieur" (Jeammet, cité par Jouanne, 2006, p. 197)

J. Mc Dougall se questionne alors sur la possibilité d'une relation addictive aux soins et à la présence de la maman, étant elle-même en état de dépendance, ressentant son enfant comme une "extension narcissique de son propre corps".

Entre six et dix-huit mois environ, l'enfant vit le **stade du miroir** décrit par Lacan (1966). En reconnaissant cette image comme étant la sienne, et ce, grâce aux verbalisations de son parent, il va passer d'une image du corps morcelée à l'image d'un corps unifié, Lacan parle d'**image spéculaire**. Il va donc prendre conscience de son unité corporelle comme étant stable et intègre la notion de limites corporelles. Son "sentiment de continuité d'être" va se développer et il va pouvoir se différencier de l'autre. De plus, en distinguant davantage les limites dedans/dehors au niveau sensoriel, il pourra mieux percevoir les limites de son corps et ainsi nourrir ses enveloppes psychocorporelles pour s'engager dans le processus d'individuation.

Les interactions précoces vont déterminer la représentation et la connaissance que le bébé aura de lui-même. Si son environnement a été "suffisamment bon", il pourra développer le sentiment de soi, construire son "vrai self" décrit par Winnicott pour entrer en relation avec le monde. Sans quoi, il se développera sur des **assises narcissiques défailantes**, pouvant générer des carences affectives source de traumatismes précoces ne lui permettant pas de construire une enveloppe psychique protectrice et contenante.

II. L'attachement

Spitz parle d'*hospitalisme* (1947) pour qualifier la souffrance engendrée par une carence affective totale due à une séparation prolongée entre le bébé et la maman. Cela met donc en exergue l'importance des liens précoces entre le nourrisson et la maman.

Selon J. Bowlby, l'attachement serait un besoin primaire à la base du développement psychoaffectif du nourrisson. En se reposant sur sa figure d'attachement, il pourrait retrouver un sentiment d'apaisement et de sécurité interne. C'est donc en créant ce lien d'attachement que l'enfant pourra s'autonomiser.

Le bébé naît avec la capacité de pouvoir s'attacher à sa figure d'attachement, cependant, la répétition des actes et réactions de cette dernière envers son bébé va conditionner le style d'attachement que va avoir le bébé. (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015).

1. Les styles d'attachement

Suite à son expérience de la « situation étrange » en 1978, Marie Ainsworth différencie trois types d'attachement reposant sur l'observation des comportements de bébés lors de la séparation avec leur maman et en la présence d'inconnus :

- **Sécure** : L'enfant obtient le réconfort dont il a besoin lorsqu'il est en état d'insécurité. Il peut donc développer l'accès à ses émotions et à ses représentations mentales de façon sereine et à son propre rythme.

- **Insécure/évitant** : Il peut s'agir d'enfants n'ayant pas obtenu de réponse de la part du parent en cas de dépression parentale par exemple) ce qui peut les conduire à une illusion d'indépendance, ils veulent se débrouiller seuls.

- **Insécure-résistant** ou **ambivalent** : Ce style d'attachement peut se développer lorsque la figure d'attachement fait preuve d'ambivalence dans les réponses qu'elle donne à l'égard des besoins de son enfant. Cela peut conduire à un enfant tiraillé par le fait de rester

avec sa maman alors qu'il souhaite jouer avec ses copains. Il peut également développer une difficulté à prendre des décisions et à gérer ses émotions.

Le témoignage de Madame P. me semble illustrer ce style d'attachement.

Madame P. m'explique avoir beaucoup de mal à trouver sa place auprès de ses proches depuis l'enfance. Elle n'arrive pas à s'affirmer et donner son opinion même lorsqu'elle n'est pas d'accord avec son mari. Cela est source de souffrance chez elle. Lorsque nous abordons cette thématique, elle m'explique que lorsqu'elle était enfant, elle entretenait une relation compliquée avec sa mère. "Je ne savais jamais vraiment comment elle allait réagir avec moi, soit nous étions très proches soit elle était très froide avec moi."

Elle exprime ensuite avoir ressenti beaucoup de pression sur ses épaules concernant les attentes de sa mère, qui n'étaient, selon elle, jamais satisfaites. Elle dit avoir peur de répéter ce schéma avec son fils.

Plus tard, M. Main et J. Solomon vont compléter ces trois styles d'attachements par un attachement « Désorganisé-désorienté » : L'enfant n'a pas de stratégie cohérente pour se préserver en cas de situations stressantes. Il adopte des comportements atypiques et contradictoires, il peut par exemple faire preuve de mouvements stéréotypés, partiels, lents ou bien d'hypervigilance. Ce type d'attachement peut être présent chez des enfants victimes de maltraitances pour qui la figure d'attachement est à l'origine de peur ou bien est elle-même apeurée.

Chez les patients addicts, il est fréquent de retrouver des signes de carences affectives dans leur anamnèse, traduisant ce type d'attachement.

Lorsque nous évoquons son enfance, Madame H. m'explique avoir été victime de violences physiques et psychologiques de la part de ses parents. Elle dit avoir vécu dans la peur constante et avoir internalisé les paroles blessantes que ses parents lui ont adressées.

Plusieurs études portées par Molnar et al., ou bien Wedekind et al., ont démontré qu'il y avait un lien entre les attachements de type insécures et les conduites addictives. (Molnar et al., 2010) (Wedekind et al., 2013). Schindler et al. affirment que « les problèmes de consommation peuvent être compris comme une tentative de faire face à un attachement insécure, de diminuer la détresse émotionnelle et de réguler les relations interpersonnelles » (Schindler et al., 2005, p.215)

2. Le “care-giver”

Le terme de “care-giver” signifie littéralement “donneur de soins” en français, mais Bowlby le définit comme “le versant parental de l’attachement” (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). C’est-à-dire la capacité à contenir un enfant en détresse, le reconforter et le protéger.

En tant que thérapeute, nous cherchons à retravailler sur cette notion de sécurité de base en adoptant une posture de “caregiver”. Par notre stabilité relationnelle, la continuité des soins, la disponibilité psychocorporelle auxquelles nous faisons preuve, le patient peut donc vivre l’expérience d’une relation d’attachement sécure lui permettant de retravailler sur cette notion de séparation-individuation afin d’atténuer l’intensité de son problème d’attachement et, ainsi, nourrir son enveloppe psychocorporelle.

III. La construction des enveloppes

Houzel définit l’enveloppe psychique comme une “structure permettant de distinguer, de différencier ce qui est à l’intérieur et ce qui est à l’extérieur d’un espace.” (D. Houzel, 1992, p. 72). Les enveloppes ont donc une réelle **fonction de contenance** qui semble faillir chez les personnes addictes.

“Je me sens poreux avec les autres” (Monsieur Q.), “Je n’arrive pas à mettre de limites avec les autres” (Madame Y).

Ces témoignages dénotent de la difficulté, pour ces patients, à se sentir protégés et contenus dans leur propre corps.

Comme l'explique Alexandre Constant, psychologue clinicien et psychomotricien, la construction de l'enveloppe psychocorporelle commence dès la vie intra-utérine participant au sentiment de continuité d'existence et de rythmicité. (Constant, 2021)

Lors de la naissance, le bébé est soumis à un énorme bouleversement sensoriel, il n'est plus contenu par la paroi utérine de la mère mais soumis à la pesanteur et à toutes les nouvelles informations sensorielles que lui offre l'environnement.

Il s'agit d'un être immature, il ne peut donc répondre seul à ses besoins et est dépendant de son environnement pour survivre. Il est traversé par un ensemble de stimulations internes et externes, générant différentes angoisses archaïques dans la période préverbale (angoisse de morcellement, de chute sans fin, de dévoration, liquéfaction...).

Pour permettre au nourrisson de faire l'expérience du sentiment de continuité, l'environnement doit contenir ces angoisses primitives pour soutenir son développement. **Bion** parle de **capacité de rêverie** permettant à la maman de transformer les **éléments bêta** (sensations corporelles désorganisant l'équilibre du bébé), en **éléments alpha**, (éléments de pensée assimilables et utilisables par le bébé) lui permettant de revenir à l'état d'apaisement. La maman joue donc une fonction de **pare-excitation** protégeant le bébé des surstimulations et lui permettant de se construire une **sécurité interne de base** afin qu'il puisse entrer dans un **processus d'individuation**.

Dans le cas où les réponses aux angoisses du bébé sont inadéquates, la fonction de contenance n'est pas intériorisée par le bébé faisant barrage à la construction de cette "**peau psychique**" évoquée par E. Bick, nécessaire pour se sentir contenu dans sa propre peau.

Lorsque cette première peau psychique est défaillante, il est probable qu'il crée une **seconde peau psychique** pathologique (musculaire, psychique, motrice, intellectuelle..) reposant sur un substitut de contenant-peau lui donnant l'illusion de contenance.

Madame V. est une patiente d'une trentaine d'années, hospitalisée pour une addiction à l'alcool et à la cocaïne. C'est une patiente qui se tient toujours très droite, la tête relevée et peu de mimiques sont perceptibles sur son visage. Lorsque nous abordons le thème de "la relation à l'autre", elle explique que ses parents étaient violents envers elle dans son enfance, qu'elle ne pouvait s'exprimer librement car son père buvait beaucoup, "je me faisais toute petite pour ne pas qu'il s'énerve". Elle confie également s'être faite agresser sexuellement par un ami de son père, lorsqu'elle avait sept ans, "ils ne m'ont même pas protégée", elle semble très émue lorsqu'elle évoque cet événement. Elle affirme aujourd'hui ne plus réussir à avoir confiance en l'autre, avoir peur de ce qu'ils pourraient lui faire. Elle dit ne plus savoir qui elle est, ne plus avoir confiance en elle. Cependant, il est très important pour elle de cacher ses faiblesses aux autres pour toujours paraître forte "on me dit souvent que je suis froide car j'ai un regard qui peut paraître noir et je ne souris pas beaucoup".

Pour représenter la construction de l'enveloppe psychique, D. Anzieu définit le concept psychanalytique de Moi-Peau comme "une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps." (Anzieu Didier, 1995, p.61).

Il démontre le rôle primordial de la peau dans la construction psychique du bébé, notamment dans l'élaboration du sentiment d'existence et dans sa construction identitaire qui peuvent s'avérer déficients chez ces sujets.

Lorsque la fonction de contenance est défaillante, le Moi-Peau devient un Moi-passoire, l'enveloppe corporelle semble perforée. Cela va donc créer une sensation de vide intérieur angoissant, pouvant faire écho aux vécus des patients états-limites et des patients addicts en général, le produit vient comme créer une contenance interne pour pallier cette angoisse de vide.

Lorsque cette fonction de contenance est totalement absente, l'individu peut être amené à vivre une excitation pulsionnelle éclatée et angoissante entraînant une insécurité

interne. Nous pouvons envisager la consommation comme une enveloppe de substitution pour tenter de contenir cette excitation et reprendre le contrôle sur leurs sensations.

D. Anzieu va émettre l'hypothèse que la toxicomanie servirait d'enveloppe pare-excitante de fumée et de brouillard contre les stimulations externes. En effet, la consommation est souvent à visée anesthésiante, le corps est abandonné et coupé du psychisme afin de ne plus ressentir de douleur. (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011)

Dans un contexte de soins, cette problématique peut se transférer sur une recherche immédiate de soins faute de quoi une certaine impulsivité, une intolérance à la frustration pourrait survenir.

IV. Les conséquences des traumatismes précoces

Lorsque l'on a connaissance de cette dépendance absolue à la mère dans les premiers instants de vie de chaque individu, il est intéressant de s'intéresser aux liens possibles entre les conduites addictives et les traumatismes précoces. Joyce Mc Dougall établit un lien entre les conduites addictives et un défaut d'intériorisation d'une mère interne soignante et rassurante.

Madame H. est une femme de trente-cinq ans ayant subi des maltraitances durant son enfance de la part de ses parents. Elle explique que sa mère l'a toujours "négligée et traitée comme une moins que rien", elle dit alors avoir fini par la croire et ne se voir qu'à travers les yeux de sa mère "A cause d'elle, je ne sais plus qui je suis et c'est ça le pire".

Le témoignage de Madame H. nous prouve à quel point ses assises narcissiques sont fragiles. Cependant, elles sont nécessaires au bon développement du sentiment de continuité et de sécurité interne. (Jeammet, 2006).

Selon Pireyre, le sentiment d'exister est une étape primordiale dans le développement psychoaffectif de l'enfant, et est la première sous-composantes de ce qu'il nomme l'image composite du corps. (Pireyre, 2015). L'image du corps se construit à partir du lien entre le bébé et sa figure d'attachement et continue de se moduler tout au long de la vie, à travers les expériences psychocorporelles du sujet. Monjauze suppose qu'une possible défaillance dans le portage et un défaut du regard de la mère sur son bébé, causerait des angoisses d'abandon débordantes laissant des traces traumatiques au niveau corporel et perturberait son sentiment de continuité d'existence. Cela pourrait donc causer des troubles de l'image du corps, "l'image du corps dépend de nos relations maternelles précoces" (Monjauze M., 2001, p. 79).

Pour lutter contre ces angoisses identitaires, le bébé met en place des mécanismes de défense. Il va donc se mobiliser psychiquement, de façon continue, pour éviter l'immobilisme psychique qui pourrait faire ressurgir ces angoisses. Il doit donc recruter énormément d'énergie psychique pour lutter contre ces failles identitaires. Cette urgence de survie ne lui permet donc pas d'entrer dans un processus de séparation-individuation car il n'est pas disponible pour y accéder, ni même à une image du corps unifiée. Ainsi, des failles narcissiques peuvent perdurer tout au long de sa vie. (Constant & Exposito, 2019)

Bonneville (2015) explique que les enfants confrontés à des négligences ou des violences psychologiques, à l'imprévisibilité et à la discontinuité dans les interactions précoces sont plus sujets à développer des traumatismes relationnels précoces. Les traumatismes précoces seraient alors issus des défauts de qualités des réponses de l'objet face à une détresse psychique de l'enfant. Ce dernier étant psychiquement immature, le manque de contenance de son environnement engendrerait une effraction dans son psychisme, laissant alors des empreintes psychiques traumatiques qu'il ne saurait représenter induisant alors une répétition traumatique pour tenter de faire face à ces angoisses archaïques. (Canchy-Giromini et al., 2015)

Pour Bergeret, les enfants confrontés à "des relations initiales et précoces très mauvaises à la mère" seraient susceptibles de développer une pathologie état limite.

(Bergeret, 1996, p. 138) Il me paraît nécessaire de développer cette hypothèse au regard de la place prépondérante de pathologie états limite dans la clinique addictive.

L'état limite serait dû à une angoisse de perte liée à un traumatisme psychique précoce vécu durant la période de dépendance à l'autre, l'évolution de la relation d'objet est donc interrompue (Caron, 2013).

V. Les objets addictifs comme support de l'identité

L'addiction serait donc un moyen de se protéger contre les affects liés au traumatisme mais, également, une façon de rejouer le traumatisme pour tenter de lier les excitations excessives. "La conduite addictive viendrait répéter, au niveau du corps et non de la psyché, une expérience à nouveau « traumatique » où le sujet peut cette fois-ci en être l'acteur et non l'objet." (Sinanian et al., 2014, p. 173)

Les substituts addictifs peuvent donc être un moyen pour l'individu de combler ses blessures narcissiques et de retrouver du contrôle sur son monde interne. Cet objet d'addiction étant toujours disponible, il permettra de faire office d'enveloppe contenante et permanente, faisant illusion d'un sentiment de continuité de soi.

En consommant, des modifications au niveau des perceptions de soi et de son vécu au monde peuvent être induites par les effets du produit, allant même jusqu'à générer un sentiment de toute-puissance, de contrôle sur soi-même. Cependant, cet état de toute-puissance alterne avec un sentiment de désillusion lorsque le produit ne fait plus effet, laissant place à un sentiment d'impuissance et de souffrance fragilisant davantage l'estime de soi et la confiance en soi du sujet.

Madame P. a été victime d'agression sexuelle durant son enfance. A cause de cet événement traumatique, elle dit avoir été dégoûtée par son corps, ne pas vouloir en prendre soin et le mettre à distance. Elle ne supporte pas l'image qu'elle voit d'elle

dans le miroir et tente de le cacher derrière des vêtements amples. “Être la plus discrète possible c’est ce que je cherche”. Elle lie ce besoin de se faire toute petite au fait de ne jamais avoir réussi à satisfaire sa mère “elle était très exigeante, quand j’essayais de la rendre fière, ça n’allait jamais”. Cette éternelle insatisfaction de sa mère à son égard semble avoir été une des causes de son entrée dans l’addiction.

Conclusion :

Mon expérience clinique ainsi que mes recherches théoriques m’ont permis de mettre un sens évident sur cette citation de Catherine Potel, qui, selon moi, résume parfaitement l’enjeu de la psychomotricité auprès des patients addicts : “Il est bien question de reprendre là où la construction s’est arrêtée, là où il y a de la maille ratée, perdue, manquée, oubliée. Reprendre le fil de la continuité d’existence demande du temps” (2015, p 47).

Le travail psychocorporel que nous proposons en psychomotricité peut venir rejouer les expériences primaires aux côtés du patient. Grâce à un cadre thérapeutique sécuritaire, il pourra laisser émerger ses sensations, les découvrir autrement et tenter de mettre du sens dessus. (Constant & Exposito, 2019)

LA PSYCHOMOTRICITÉ EN ADDICTOLOGIE

I. Profil psychomoteur en addictologie

Je détaillerai, dans cette partie, chaque item psychomoteur impacté dans l'organisation psychocorporelle des patients souffrant d'un trouble de l'usage de substances.

Les atteintes psychocorporelles des sujets addicts peuvent être causées par la prise de substances mais aussi liées au contexte de vie dans lequel évolue le patient. Il ne faut également pas oublier les traitements de substitution ou bien les comorbidités psychiatriques qui peuvent aussi modifier les conditions psychocorporelles des patients.

Pour appuyer mes propos, je citerai tout d'abord Claire Exposito et Alexandre Constant :

“Quel que soit le produit consommé, on retrouvera :

une mauvaise intégration du schéma corporel ; une détérioration du corps par les atteintes organiques liées aux modes de consommations (capital veineux, atteinte de la sphère ORL, etc.) ou à un mode de vie précaire (violences, expositions au froid, insalubrité, etc.) ; une anesthésie corporelle (les sensations sont diffuses, peu différenciées) qui alterne avec une hypersensibilité à la douleur, particulièrement chez les consommateurs d'opiacés ; le corps est absent au sujet lui-même, non habité psychiquement.”. (Constant et Exposito, 2019, p.314)

Cette description des troubles psychomoteurs présents chez les patients addicts met en exergue l'atteinte massive et globale, sensitive, perceptive et émotionnelle, mettant à mal l'individu dans sa relation avec son corps, l'environnement et avec autrui.

A présent, je me permettrai de dresser un tableau sémiologique des troubles psychomoteurs selon les patients que j'ai pu rencontrer. La temporalité de l'hospitalisation, très courte, ne permet pas d'établir un bilan psychomoteur pour chaque patient, je me baserai simplement sur mes propres observations qualitatives. Cela ne reflète donc pas la singularité

de chaque personne souffrant de troubles de l'usage de substances et la diversité des troubles psychomoteurs rencontrés en addictologie mais bien l'ensemble de mes observations cliniques personnelles.

Le tonus

Le tonus de fond m'est apparu principalement être sur un versant hypertonique, telle une carapace tonique ayant pour fonction de contenir le sujet. Cette hypertonie peut également être liée à la comorbidité anxieuse présente chez la plupart des patients. En effet, le tonus est intimement lié aux émotions, ainsi, en situation de stress, le corps réagit par des crispations musculaires de défense, démontrant une hypervigilance.

Lors de nos premières séances avec Madame Y, celle-ci se présente toujours sur un versant hypertonique. Son axe corporel est très raide, et lorsqu'elle s'installe dans le fauteuil, elle ne pose jamais son dos. Sa posture est figée et elle sourit beaucoup. Lorsque nous lui demandons comment elle se sent, elle nous dit se sentir "tendue" au niveau des cervicales, puis nous explique les différents épisodes causant cela dans une logorrhée. Au fil de ses explications, elle se met à pleurer et j'observe des réactions de prestance, tels qu'un frottement de ses mains contre ses cuisses, j'ai pensé cela comme un geste d'auto-contenance.

Nous lui proposons donc un moment de cohérence cardiaque afin d'abaisser son tonus, qu'elle accepte volontiers. Petit à petit, son dos se dépose contre le fauteuil, son cou se relâche, faisant basculer sa tête sur le côté et ses membres se déposent également de façon assez brutale. Suite à cela, son flux verbal ralentit nettement et le volume de sa voix s'abaisse également.

En outre, j'ai également pu observer des patients dont les postures révèlent un versant hypotonique, voire d'effondrement tonique surtout chez des patients souffrant de comorbidité dépressive ou de TSPT. J'ai alors pensé que cette hypotonie pouvait être le signe d'une sidération psychique qui empêche un quelconque maintien tonique.

C'est d'ailleurs le cas de Madame H. qui est une patiente assez ralentie sur le plan psychomoteur. Lorsqu'elle arrive en séance individuelle, elle se dépose complètement dans le fauteuil, sa tête se relâche en avant, ses bras sont déposés contre ses cuisses et ses jambes totalement relâchées, son regard se pose sur le sol.

Lors des ateliers de boxe-thérapie, cette patiente semble donc avoir des difficultés à se mettre en mouvement et à adopter un rythme rapide, je remarque qu'elle bloque sa respiration à plusieurs reprises pour contracter ses muscles. A la fin de l'effort, le haut de son corps s'effondre totalement et une fatigue intense semble la submerger. Lorsque je lui demande comment elle se sent, elle me répond "ça va", je lui fais donc part de mes observations, elle me dit ne pas s'en être rendue compte. Nous travaillons donc sur cette régulation tonique en lien avec la respiration durant cet atelier et en suivi individuel.

Dans un cas comme dans l'autre, chaque patient présente des difficultés à réguler son tonus et le moduler pour qu'il soit adapté aux situations auxquelles ils peuvent être confrontés, notamment en cas de vécus émotionnels négatifs. La régulation tonico-émotionnelle est défaillante. En plus de la déconnexion à leurs perceptions internes, il n'y a pas d'introspection corporelle, il est donc difficile pour ces personnes de s'apaiser seules.

Également, la valeur communicationnelle du tonus peut être appauvrie ou complètement délétère, ne laissant plus rien transparaître au niveau des mimiques, de la posture, de la voix ne leur permettant plus de transmettre un message infraverbal ou bien de s'adapter dans leurs relations interpersonnelles.

En tant que psychomotricien, il est très important d'observer le tonus du patient car celui-ci nous informe sur l'état émotionnel dans lequel il se trouve, ainsi que ses besoins psychocorporels du moment. En agissant sur l'état tonique des patients, il est donc possible de modifier leur état émotionnel en modifiant l'état interne du sujet (la sécurité interne, la perception de l'unité corporelle).

C'est d'ailleurs ce qui est souvent revenu après les séances de psychomotricité, chez Monsieur G., patient de trente-cinq ans, présentant un trouble anxieux. Ce dernier se sent anxieux et préoccupé par des problèmes financiers, ce qui l'empêche même de dormir et d'être disponible pour venir en séance de groupes thérapeutiques, il n'a par ailleurs jamais raté une séance individuelle en psychomotricité. Lorsqu'il arrive en séance, Monsieur est hypertonique, sa jambe droite ne cesse de bouger et ses poings sont serrés. Nous commençons par un temps d'échange puis nous lui proposons un temps de relaxation type Schultz sur le fauteuil. Son corps se relâche pendant ce temps de relaxation, il s'enfonce dans le fauteuil et ses jambes s'immobilisent. Suite à ce temps, le visage de Monsieur G. semble plus joyeux, il sourit et verbalise une sensation d'apaisement. Il part toujours se reposer suite à nos rencontres, il dit que la relaxation lui permet de mieux dormir après car il "cogite moins".

La posture

Pour traiter la question de la posture, je m'appuierai sur le modèle des chaînes musculaires et articulaires selon la systématique de G. Struyf.¹, ces six chaînes sont des outils d'expression de soi en relation avec l'environnement, pour Godelieve Denys Struyf, chacune de ces six chaînes est reliée à une façon d'être, de percevoir le monde, d'agir sur le monde et donne un profil psycho-comportemental.

Le tonus postural est le fruit d'une histoire, de rencontre, de désirs, de dialogue, ainsi, la posture que l'on a aujourd'hui est le reflet de tout cela, elle représente l'inscription tonique d'un certain usage du corps, et s'inscrit dans une certaine typologie.

G. Struyf présente six chaînes musculaires :

Antéro-médiane

Postéro-médiane

¹ Cf. infra, Annexe I, p. I

Antéro-latérale

Postéro-latérale

Antéro-postérieure

Postéro-antérieure

Au niveau postural, les patients s'organisent selon leurs propres chaînes myofasciales, seulement, j'ai remarqué une fixation dans certaines chaînes musculaires.

La majorité des patients se présentait dans une posture très axialisée et figée comme Madame Y, ou bien au contraire dans une posture très renfermée sur eux-mêmes, les yeux rivés sur le sol, comme Madame H., ce qui les empêchaient d'être en interaction avec l'environnement, ouverts sur le monde.

Cette posture de redressement correspond à la chaîne postéro-médiale. Chez Madame Y par exemple, j'ai pu observer une extension dorsale ainsi qu'un arc-boutement lors de nos premières séances. Utilisée à l'excès, cette posture peut amener la personne dans une intellectualisation permanente, une perte d'ancrage, ainsi que dans une agitation, et une perte de fluidité corporelle. Le maintien du tonus axial peut être une manière de se donner de la consistance, une contenance pour faire face à un extérieur vécu comme potentiellement dangereux.

La deuxième posture d'enroulement, souvent retrouvée chez certains patients, appartient à la chaîne Antéro-médiane, à l'excès, cette posture peut décrire une apathie, une difficulté à se mobiliser et une focalisation vers le passé. Lors de nos rendez-vous, Madame H adopte cette posture très renfermée et son regard se pose beaucoup sur le sol.

Le travail corporel effectué auprès de ces patients leur permet donc d'explorer différentes qualités de mouvements. Ainsi, en partant de ces nouveaux ressentis corporels, ils peuvent, peu à peu, modifier leurs chaînes musculaires devenues parfois trop automatiques et rigides.

Sensorialité

L'entrée dans l'addiction peut être due à une recherche compulsive de sensations et d'expériences nouvelles causant progressivement une dépendance, de par l'accoutumance et le phénomène de sevrage que cela génère. Le système de récompense est alors impliqué et la décharge de dopamine créée par la consommation va inciter le patient à renouveler ce comportement.

Monsieur O. est un patient de soixante-trois ans, qui est hospitalisé pour un trouble de l'usage de l'alcool. Il précise avoir commencé à boire de l'alcool au décès de sa femme, quelques temps après le début de sa retraite. A chaque séance individuelle, il aborde le sujet de son ancien travail avec fierté et passion, lorsque nous parlons du présent, il m'explique beaucoup s'ennuyer et ne plus trouver de sens à ses journées, la seule chose qui lui fait se sentir mieux c'est "la bouteille".

En outre, l'addiction a enfermé les sujets dans une sensorialité qui n'est tournée que vers les effets que leur procurent l'objet d'addiction. Il n'est donc pas surprenant d'identifier des difficultés à ressentir leurs sensations corporelles internes, les localiser, les différencier, elles semblent rester diffuses. De plus, l'effet anesthésiant des substances ne permet pas au sujet de ressentir nettement les stimulations sensorielles.

Monjauze émet l'hypothèse de trois causes pouvant possiblement expliquer la défaillance de sensorialité chez le sujet alcoolique "Il est possible que certains alcooliques aient été des bébés peu sollicités, dont l'entourage n'a pas rempli sa fonction maternelle de nomination [...]. Les sensations de plaisir ou de déplaisir n'auraient pas été établies » ; « Les mauvais traitements répétés anesthésient le corps, la douleur s'émousse » ; « Défaut manifeste chez les alcooliques d'érogénéisation de la zone buccale, [...] l'alcool servirait chez certains à tenter en vain de créer une zone corporelle sensible" (Monjauze & Delrocq, 2011, p. 79).

La motricité

Il est fréquent de rencontrer des problèmes de coordinations dynamiques générales auprès de ces patients, ainsi que des troubles de l'équilibre pouvant également être majorés par les traitements de substitution.

Par ailleurs, un ralentissement psychomoteur associé à une inhibition psychomotrice est souvent présent lorsque le patient présente un trouble dépressif ou bien un trouble de stress post-traumatique. Au contraire, certains patients présentent une agitation psychomotrice voire une désorganisation pouvant être le symptôme d'une agitation psychique ou bien permettant de faire face à un vide interne.

Dans tous les cas, le corps étant souvent utilisé comme objet d'addiction, l'aisance et la fluidité corporelle est alors perturbée et littéralement appauvrie.

Le schéma corporel

Selon Ajuriaguerra, le schéma corporel équivaut à la représentation plus ou moins consciente que nous avons de notre corps dans l'espace et de la position des différents segments corporels les uns par rapport aux autres.

La construction du schéma corporel repose essentiellement sur les informations proprioceptives du corps qui semblent déficitaires chez ces sujets en raison d'une sensorialité perturbée.

De plus, la construction de leur enveloppe corporelle semble poreuse, impactant alors la construction d'une représentation unifiée de leur corps et l'intégration des limites dedans/dehors.

L'espace

Il me paraît légitime de se demander comment la structuration spatiale de ces patients peut-elle se développer sans cette conscience de leurs propres limites corporelles ?

Lors des différents ateliers de psychomotricité, je remarque que les patients s'appuient souvent au mur, je me demande si ce n'est pas un moyen pour eux de se contenir en prenant appui sur une surface solide. Lorsque je leur propose de trouver une place dans l'espace, le centre de la pièce est très peu investi.

L'investissement spatial semble également dépendre du vécu psychoaffectif du patient, une réelle dimension affective et relationnelle entre en jeu dans l'exploration spatiale du sujet. Certains patients investissent beaucoup l'espace, alors que d'autres semblent rester figés sur place.

Nous travaillons donc autour de cette distance relationnelle, des besoins et des limites de chacun en psychomotricité.

Le temps

La temporalité des patients est rythmée par la prise de toxiques qui les enferme dans une recherche de réponse immédiate en lien avec un besoin compulsif à assouvir dans l'ici et maintenant. Cela a pour effet d'enfermer le sujet addict dans une "impossibilité de maîtriser son temps, ou le contraint à vivre son temps comme une espèce de présent perpétuel" (Hautefeuille, 2011/2, pp. 90-91).

Le temps d'hospitalisation complète vient modifier ce vécu subjectif et incite le patient à retrouver une routine équilibrée avec des repères temporels identifiables.

Il n'est pas rare de faire face à des absences ou des retards de la part des patients, la discontinuité des soins et la rupture sont souvent les maîtres mots en addictologie. Les patients peuvent déstabiliser le cadre thérapeutique pour s'assurer de la stabilité et de la fiabilité du thérapeute car la permanence de l'objet n'est pas toujours acquise. Il est alors nécessaire de garder un cadre thérapeutique solide pour maintenir au mieux la continuité des soins.

Au contraire, certains patients peuvent faire preuve d'une motivation extrême à l'idée de participer au maximum d'ateliers thérapeutiques, comme c'est le cas de Madame P., qui est sans cesse à la recherche d'occupation. Nous pouvons interpréter cela comme une

recherche constante de stimulations, agir afin d'éviter tout vide, qui pourrait être vécu comme angoissant par les patients. Ce fonctionnement me ramène à l'espace transitionnel de Winnicott, il me semble intéressant d'y trouver un lien quant au défaut d'introjection de l'objet et cette dépendance à l'objet réel qui ici peut être représenté par le thérapeute et les soins proposés.

Il est donc intéressant de les inviter à réfléchir à la notion de dépendance aux soins, l'importance des pauses, pour les accompagner vers une autonomisation. Des ateliers en accès libre sont donc proposés pour permettre aux patients de travailler sur la prise de décision quant à leur emploi du temps personnel.

La sphère psychoaffective

L'alexithymie est une problématique récurrente chez ces sujets. Elle peut être considérée comme un déficit de l'affectivité, en lien avec un lien d'attachement défaillant, ne permettant pas au sujet d'exprimer et d'apprendre à réguler ses émotions.

Lorsque je demande à Monsieur O. comment il se sent, la réponse, très brève, est toujours similaire "ça va j'ai un peu mal au dos". Nos échanges sont toujours tournés autour de son métier, de ses enfants et je dois très souvent recentrer la conversation sur ses ressentis personnels qui semblent inconnus et insignifiants pour lui. Monsieur O m'explique les raisons de son hospitalisation : "mes enfants sont venus chez moi parce que je ne répondais pas au téléphone, et je suis resté quelques jours chez moi à boire, les pompiers ont cassé ma porte". Ce discours est très factuel et l'absence d'émotions m'interpelle. Je le questionne sur ses émotions vis-à-vis de cet événement, du rapport qu'il entretient avec son addiction à l'alcool, mais cela le met en difficulté. Il ne cesse d'essayer de changer de sujet pour parler de quelque chose d'extérieur à lui.

Nous travaillons donc autour de la conscience corporelle avec ce patient. Je lui propose d'exprimer ses ressentis corporels concernant un passage de balles différentes dans son dos. Sa réponse est centrée sur ses maux de dos "ça ne me fait pas mal", le discours est pauvre et peu ancré en lui.

En outre, l'alexithymie peut être réfléchie comme un véritable processus adaptatif, un mécanisme de défense pour se protéger de l'indifférence de l'environnement face à ses émotions, dans le but d'abaisser sa souffrance.

“J’ai l’impression d’être poreux, d’être submergé par un rien depuis toujours et personne ne peut me comprendre. Mes proches en ont marre et moi aussi. L’alcool m’a permis de me couper de ces émotions débordantes, je peux contrôler mes émotions sous alcool et ça me fait du bien” (Monsieur Q.)

Monsieur Q. exprime souffrir cruellement du manque d'intérêt de ses proches vis-à-vis de sa souffrance. Nous pouvons donc supposer que la consommation d'alcool chez ce patient est à visée anesthésiante et l'aurait conduit vers une alexithymie réactionnelle.

L'usage de substances peut amener les patients à n'être tournés sensoriellement que vers les sensations en lien avec l'objet d'addiction, c'est d'ailleurs souvent ce qui est recherché. L'identification des sensations, perception et émotions et la mise en sens est laborieuse pour eux.

Au contraire, une labilité émotionnelle peut aussi être observable chez d'autres patients, les confrontant à des émotions instables, intenses et ingérables générant de la souffrance ainsi que de l'épuisement.

L'image du corps

Selon F. Dolto, il s'agit de la façon dont l'individu s'approprié et investit son corps ; elle s'élabore grâce aux expériences émotionnelles et relationnelles propres à chacun, et aux émotions projetées sur notre corps.

Elle se construit dès les premiers instants de vie du bébé, à travers les liens d'attachement, la contenance corporelle et psychique et l'image spéculaire, la nature des interactions précoces va alors être déterminante. Par le biais de son propre regard, mais également celui d'autrui et de la société, l'individu pourra se reconnaître lui-même et entrer en relation avec autrui.

Lorsque la consommation de toxique devient chronique, elle laisse des traces et entraîne des altérations corporelles modifiant la perception de son corps propre ainsi que de ses limites, ressenti comme un “corps étrangé dont on a oublié le langage (...) déshabité, non investi, incapable de se vivre en relation avec les autres corps”. (Constant & Exposito, 2019, p. 318)

Bien que l’addiction soit une recherche de reprise de contrôle de soi et de ses expériences, les effets du manque amènent le sujet à perdre cette illusion de maîtrise de soi, et à réduire son corps à un simple usage mécanique. Le corps plaisir est désinvesti et les sensations sont intégralement tournées vers les effets du produit.

Selon Monjauze “l’aider à s'approprier son corps, à le ressentir, à y trouver du plaisir, peut éloigner la nécessité de boire” (Monjauze & Delrocq, 2011, p. 75). Une partie du travail thérapeutique en psychomotricité repose donc sur cette recherche de corps-plaisir et de réappropriation du corps.

Le profil psychomoteur des patients me paraît donc plutôt désorganisé. J’ai trouvé intéressant de questionner la genèse de cette désorganisation psychocorporelle afin d’accompagner au mieux le patient. S’agit-il d’une désorganisation en lien avec un traumatisme qui aurait interrompu le bon développement du sujet ou bien s’agit-il d’une “inorganisation”, un corps qui n’a pu se développer faute de base solide ?

Ce questionnement a été le point de départ de mes prises en charge auprès des patients.

II. Le rôle de la psychomotricité en addictologie

La psychomotricité peut être définie comme une thérapie à médiation corporelle dont l’approche est centrée sur le rapport qu’entretient le patient à son corps dans ses différentes dimensions : motrice, cognitive, instrumentale, sensorielle, affective, symbolique et relationnelle, et en relation avec son environnement. Nous prenons en compte l’individu dans

sa globalité. Les axes thérapeutiques s'articulent donc autour de l'unité psychocorporelle du patient et ses besoins individualisés.

Gaëlle Carrette, psychomotricienne, propose une organisation des objectifs thérapeutiques psychomoteurs sous cinq pôles différents :

- Un premier pôle autour du vécu corporel : le renforcement des enveloppes et la contenance psychocorporelle ; l'enrichissement de la conscience corporelle à travers son éprouvé « réel » ; le réinvestissement corporel ; l'amélioration de l'image du corps et des représentations corporelles ;
- Un deuxième pôle autour de la structuration psychocorporelle : la régulation tonique ; l'ajustement postural ; l'amélioration de l'organisation spatio-temporelle ; le travail des coordinations globales, de l'équilibre, de l'organisation du geste ;
- Un troisième pôle autour de la régulation : la gestion des émotions ; la gestion de l'anxiété, de l'angoisse ; la gestion de la douleur ;
- Un quatrième pôle autour de la relation : l'accordage des émotions ; l'alimentation et la précision de l'expressivité du corps ; la régulation du couple impulsion/inhibition ; l'harmonisation et l'ajustement de la relation et du lien à l'autre ;
- Un cinquième pôle autour des fonctions supérieures et processus secondaires : le travail de concentration, d'attention, de mémorisation ; l'expression verbale des ressentis et des affects ; la représentation et la symbolisation.” (Carrette et al., 2022)

Ces objectifs sont très liés les uns aux autres et il est évidemment impossible de ne traiter qu'un seul objectif en annihilant les autres. Cependant, nous pouvons aiguiller notre travail et les médiations que nous allons proposer en fonction des besoins psychocorporels de

chaque patient. Cela permet aussi d'observer l'évolution des besoins du patient au cours de la démarche de soin et le chemin déjà parcouru depuis le début de la prise en soin.

En addictologie, les patients dépendants aux produits toxiques, sont en souffrance psychique et corporelle, les liens à leur corps, leurs émotions, à leur image de soi, et aux autres individus sont altérés. « Le corps est pris dans et par l'agir, il parle de cette souffrance qui ne peut trouver un autre destin que celui de la dépendance. Quand l'absence de mots laisse le corps être comme un vecteur, un traducteur d'une blessure secrète et énigmatique, un soin corporel semblerait aller de soi. » (Potel, 2012, p. 53).

En vivant des expériences sensorielles et motrices riches et variées, dans un espace sécure et intime, le patient pourra rencontrer son corps d'une manière différente, réinscrire ses sensations corporelles dans l'ici et maintenant sans qu'elles soient teintées, déformées par l'objet d'addiction. (Ravel Sarrola, 2002). En investissant son corps de cette manière, il est amené à mettre des mots sur ses éprouvés corporels pour leur donner un sens qu'il avait jusque-là perdu.

Le travail psychocorporel que nous proposons à chaque patient vise à ce qu'il puisse "enfin habiter son corps, se l'approprie en son nom et ne le perçoive plus comme un chaos indifférencié, une enveloppe percée et en permanence menacée de l'intrusion ou encore un ennemi à attaquer ou à faire taire" (Boutinaud, 2009, p.145).

Comme vu précédemment, les problématiques liées à l'enveloppe psychocorporelle et à la sécurité interne sont très fréquemment retrouvées chez les patients. L'objet d'addiction a pris une place centrale dans leur vie, quitte à en délaissier tout ce qui a pu être important dans leur passé. L'individu est totalement tourné vers l'addiction le plongeant ainsi dans un sentiment de perte identitaire "*Je ne sais plus qui je suis*" (Madame P.), "*Je me suis perdue dans l'alcool*" (Madame H.), "*L'alcool est la béquille qui me permet de me relever*" (Monsieur Q.).

Ces témoignages mettent en lumière toute la difficulté pour ces patients de se raccrocher à leurs ressources internes affaiblies, pour aller de l'avant et se détacher de la dépendance à la substance.

« Les soins psychomoteurs apparaissent comme une médiation privilégiée pour aborder les rapports du sujet à son corps, mais aussi le corps dans la relation à autrui et les processus tonico-émotionnels qui sous-tendent l'identité » (Ravel Sarrola, 2002, p.197).

1. Le cadre thérapeutique

« C'est la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques » (Potel, 2015, p. 324)

Le cadre thérapeutique que nous proposons en psychomotricité va offrir au patient l'expérience d'une fonction contenant, faisant écho au concept de holding. Nous allons l'accompagner dans la quête de limites psychocorporelles sécurisantes, jusqu'à ce qu'il puisse lui-même s'autonomiser et se sentir contenu dans son corps propre en retrouvant un sentiment continu d'existence. C'est grâce à ce sentiment de limites qu'il pourra ensuite entrer dans un processus de symbolisation.

L'exploration psychocorporelle que nous proposons aux patients s'appuie sur la mise en place d'un dialogue tonico-émotionnel entre le psychomotricien et le patient. Le psychomotricien doit donc s'engager corporellement pour permettre au patient de mobiliser son corps en relation et ressentir les résonances entre son état tonique et ses émotions. La relation thérapeutique repose donc sur une "dissymétrie propre à la relation thérapeutique" mais également une relation où le psychomotricien se place en tant que "moi-auxiliaire" dans le but de préserver le moi défaillant du patient. (Carrette et al., 2022

Pour que nous puissions accéder à ce travail thérapeutique et être suffisamment disponibles psychocorporellement, il est nécessaire que le cadre thérapeutique soit stable et solide. Il peut parfois être bousculé par les patients qui vont venir tester les limites pour s'assurer qu'ils sont en sécurité et peuvent faire confiance aux thérapeutes.

En tant que jeune stagiaire, il m'est arrivé de ressentir, chez les patients, ce besoin de tester les limites du cadre pour s'assurer de sa fiabilité.

En atelier de groupe autour du yoga, Monsieur T. et Madame J. sont deux patients hospitalisés pour un trouble de l'usage lié à l'alcool. Lorsque nous commençons un temps de verbalisation durant lequel je présente le cadre de l'atelier, la médiation proposée et son intérêt thérapeutique, Madame J. ne cesse de m'interrompre avec des dires tels que "et puis quoi encore" ou bien ricane avec Monsieur T.. Cela a donc résonné en moi comme un besoin de mettre à distance le travail psychocorporel et l'engagement que cela peut demander, comme une défense liée à une insécurité interne. Je leur ai donc fait part de mes ressentis face à cette attitude. Ce qui leur a permis de verbaliser leurs appréhensions respectives quant à la médiation corporelle proposée.

Durant les séances qui ont suivi, ces deux patients ont été très engagés durant les séances de yoga, Monsieur T. a pu exprimer s'être servi d'un exercice de respiration lors d'une montée d'angoisse durant la semaine.

Cela m'évoque le concept de "médium malléable" inauguré par Milner en 1955 puis repris par Roussillon (2013). Selon ce dernier, le thérapeute et son cadre font office d'**objet médium malléable** sur lequel le patient induit un transfert et rejoue des éléments vécus dans ses interactions précoces. Cette malléabilité du médium repose sur cinq qualités : l'indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité, et animation propre. Elle permet au patient d'explorer sa capacité de représentations pour accéder à la symbolisation et ainsi se différencier de l'autre. Pour cela, le thérapeute doit résister à la destructivité de la personne.

Cet événement m'a donc ouvert les yeux sur l'importance de s'appuyer sur ses ressources internes en tant que thérapeute et d'avoir un cadre solide pour rester disponible et à l'écoute afin de contenir au mieux les angoisses des patients.

Cette stabilité et cette sécurité relationnelle que l'on propose au sujet nous amène également dans une attitude de caregiver. Au vu des histoires de vie des patients, cette posture me semble nécessaire. Les carences affectives qu'ils ont pu vivre ont pu être un frein à la mise en sens de leurs éprouvés corporels. Notamment lors d'épisodes de séparations désorganisés et non contenus par la figure d'attachement. Ces vécus sont donc associés à de l'abandon et sources d'angoisses. Lorsque nous commençons un travail psychocorporel, le patient est en état de régression, ses éprouvés peuvent alors se révéler et doivent absolument être contenus par le psychomotricien et son cadre sécurisé. (Constant & Exposito, 2019)

La rencontre

Selon Bioy et Bachelart, la relation de confiance entre le thérapeute et son patient repose sur une "collaboration mutuelle", que l'on nomme l'alliance thérapeutique, ils agissent ensemble pour atteindre les objectifs fixés. (Bioy & Bachelart, 2010). Or, le plus souvent, les patients ne savent pas ce qu'est la psychomotricité, ils en entendent parler pour la première fois parfois, ce qui peut générer chez eux un sentiment de méfiance, faisant barrière à cette alliance.

Il me semble alors nécessaire de les rendre acteurs de leur prise en charge, afin que l'on puisse instaurer un lien de confiance qui déterminera l'adhésion au soin du patient.

Pour cela, il est nécessaire de laisser un temps de découverte et de présentation de la psychomotricité aux patients. Durant ces premières expérimentations, ils pourront ressentir de nouvelles sensations corporelles indépendamment de la consommation de substances.

"C'est un temps d'invitation à se mettre à l'écoute de son corps pour redécouvrir des sensations agréables, apaisantes et sécurisantes. C'est aussi une remise en travail du corps en relation à l'autre autour de la régression et de la dépendance en utilisant des médiations comme la relaxation ou le toucher thérapeutique." (Constant & Exposito, 2019, p. 321)

Après ce temps de rencontre et de tâtonnements autour du travail psychocorporel, vient le temps de l'émergence de la demande.

L'importance de faire émerger une demande

Lors de mes premières rencontres avec les patients, je prends un temps pour expliquer mon rôle dans la clinique et les axes thérapeutiques sur lesquels nous pouvons travailler en psychomotricité, afin qu'ils puissent y réfléchir et se les approprier.

Pour structurer mes échanges avec les patients, j'ai préféré proposer des entretiens semi-directifs. En faisant preuve d'empathie, de juste distance et d'une écoute attentive, je pose des questions ouvertes mais dirigées. Cela leur donne la possibilité de réfléchir autour de leurs objectifs personnels. Il n'est pas évident de faire émerger une demande dans un suivi de psychomotricité étant donné que la majorité des patients ne connaissent pas notre profession. Je prends donc un temps pour expliciter ce qu'est la psychomotricité en addictologie.

Lors du premier entretien, j'indique au patient que la psychomotricité s'intéresse à la personne dans sa globalité, notamment au rapport qu'elle entretient avec son corps, ses émotions et son environnement, la façon dont elle le perçoit et le vit.

Lors du premier entretien avec Madame P., cette dernière m'explique ne pas savoir qui elle est en tant que femme, elle souhaiterait se reconnaître en tant que telle et non seulement en tant que "maman de" ou femme de". Je perçois ici un besoin d'affirmation de soi et une quête identitaire. Elle me dit également n'avoir jamais aimé son corps et le désinvestir depuis toute petite, elle lie cela avec son vécu d'agressions sexuelles ayant eu lieu dans son enfance.

Je lui explique alors que nous pouvons travailler ensemble autour de l'image du corps et du vécu traumatique grâce à un suivi individuel. Je lui parle également du groupe proposé sur "les conséquences du trauma" qui me paraît adapté à sa demande et le groupe de boxe-thérapie, ce qu'elle accepte. Nous démarrons alors un suivi en psychomotricité dans lequel Madame P. est actrice de sa prise en charge ce qui lui permettra de se mobiliser sur le plan psychocorporel.

Il me paraît nécessaire de placer le patient au centre de sa prise en charge afin d'éviter le "faux self", en comprenant l'intérêt de sa prise en charge, en y mettant un sens personnel et individuel, le patient se recentre sur lui-même et avance vers une certaine connaissance de lui-même. A l'inverse, il est possible qu'il use de discours plaqués pour correspondre aux attentes qu'il imagine de la part du thérapeute. Il n'est pas rare d'entendre "je suis totalement détendu" après un temps de relaxation, chez des patients dont le corps est hypertonique.

Lors d'une séance de relaxation en groupe, j'observe que Madame A., hospitalisée pour un trouble lié à l'usage de cocaïne, se mobilise sans cesse corporellement, ouvre les yeux et change de position plusieurs fois. Lors du temps de verbalisation, je lui demande comment cela s'est passé pour elle. Elle me répond "je suis désolée mais je n'arrive pas à me détendre".

Nous revenons sur cela en séance individuelle quelques heures plus tard. Il m'a semblé important de faire le point sur ses objectifs thérapeutiques personnels afin de la replacer en tant qu'actrice de sa prise en soins. Elle m'explique alors que l'immobilité est très angoissante pour elle et qu'elle a beaucoup de mal à se relaxer surtout en groupe.

La divergence de ces deux ressentis mettent en avant l'importance du choix de la médiation thérapeutique.

2. Les médiations

La médiation corporelle soutient la thérapie psychomotrice, elle consiste à "canaliser et à orienter les vécus du corps engagé dans l'échange afin de permettre que ces vécus deviennent matière à transformation et à élaboration psychique" (Potel, 2015, p. 19).

C'est un moyen thérapeutique dans lequel le psychomotricien et le patient peuvent interagir dans un espace, un cadre commun et contenant bien à lui.

La diversité des propositions de médiations corporelles permet aux patients de se familiariser avec différentes pratiques corporelles pour ainsi rencontrer et investir son corps

différemment. Ainsi, en fonction du vécu subjectif de chacun, ils pourront s'approprier une médiation et ses bienfaits ou bien en préférer une autre. J'insiste sur le fait que chaque séance de psychomotricité se compose de propositions, qu'ils peuvent tout à fait décliner si cela leur est désagréable. Il me semble encore une fois nécessaire de les rendre acteurs de leurs décisions pour éviter une passivité ou un inconfort.

Les vertus de la médiation corporelle résident dans le fait qu'elle permet de ne pas confronter frontalement la problématique du patient, développant ainsi une relation de confiance entre le psychomotricien et le patient. Ce dernier peut aller à son rythme, sans se sentir obligé d'entrer dans une introspection psychocorporelle pouvant être vécue comme intrusive.

3. Le projet de soins du SSR-A en psychomotricité

Les premiers mois de stage m'ont permis d'observer les différents ateliers proposés par les deux psychomotriciennes de la clinique. Ainsi, j'ai pu comprendre la façon dont le projet de soin en psychomotricité était pensé et le rôle que nous avons auprès des patients.

Corps et émotions

Il s'agit d'un atelier durant lequel les patients abordent les liens entre les ressentis corporels et les émotions. Ils sont invités à travailler autour de la relation qu'ils entretiennent avec eux-mêmes, à éprouver des sensations agréables et/ou désagréables et à apprendre à les distinguer pour en faire quelque chose. Nous accompagnons le patient dans la perception de toutes les sensations qui peuvent le traverser afin qu'il puisse avoir accès à la représentation de celles-ci "réinscrire le corps dans une réalité sensorielle, motrice, coenesthésique, alors qu'il est perçu exclusivement à travers le miroir des représentations déformées et le filtre de sensations sélectives surinvesties." (Ravel Sarrola, 2002, p. 190).

Cela demande un investissement psychocorporel conséquent pour tenter de mettre en corps et en sens ses émotions pour ainsi faire de son corps un moyen d'expression.

Lors d'une séance, la notion de craving est abordée par Madame V., nous prenons donc le temps de faire de la psychoéducation sur ce phénomène pouvant être "moteur de la rechute". Nous le décortiquons en fonction du vécu et des témoignages des patients pour leur permettre de reconnaître les signes psychocorporels sous-tendus par ce phénomène.

"Dans le domaine de l'addiction, le craving désigne une envie irrésistible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là" (Auriacombe et al., 2016, p.78)

C'est un concept très important dans la prise en charge des patients car c'est un indicateur du risque de rechute du patient selon l'intensité et la fréquence à laquelle il apparaît pour lui.

Le craving n'est pas présent durant les périodes de sevrage mais plutôt lors des périodes de guérison voire tout au long de sa vie. L'éducation thérapeutique du patient joue donc un rôle majeur dans la prise en charge du patient car cela lui permettra de déceler les facteurs de risque de ressentir un craving "l'enjeu à long terme est de permettre au patient lui-même de prendre la direction des soins." (Auriacombe et al., 2018, p.748)

En psychomotricité, nous échangeons autour des signes physiques et psychiques qu'ils peuvent ressentir en cas de craving.

Madame V. est sortie en permission durant un week-end et est revenue à la clinique alcoolisée. Lorsque nous avons échangé autour de cette rechute, elle a pu m'expliquer l'intensité de ses sensations avant sa rechute. Elle décrit une sensation de "bouffée de chaleur dans tout le corps" accompagnée d'une anxiété, "plus rien n'existait à part cette envie d'alcool pour m'apaiser" (Madame V.)

Le témoignage de Madame V. met donc en valeur le caractère imprévisible des facteurs de risque de craving. "Son intensité et son expression sont variables selon les individus et aussi chez un même individu. Certaines personnes pourront décrire une irritabilité ou une tension interne, qui se traduisent par des plaintes anxieuses ou dépressives" (Auriacombe et al., 2018, p.748). Dans le cas précis de Madame V., il s'agit de manifestations anxieuses.

Relaxation thérapeutique

Plusieurs méthodes de relaxation sont utilisées par les psychomotriciennes : le training autogène de Schultz, la relaxation progressive de Jacobson ou bien la relaxation dynamique psychomotrice de Dupont. Ces techniques invitent le patient à accéder à une prise de conscience de son corps dans la globalité, psychiquement, corporellement et sensoriellement, lui permettant de ressentir son corps comme une unité et non comme morcelé. Il est invité à fermer les yeux si cela est possible pour lui, ce qui engage un travail proprioceptif durant lequel il va pouvoir s'appuyer sur sa sensorialité pour percevoir la position de son corps dans l'espace, le positionnement des différentes parties de son corps entre elles. Cela va lui permettre de percevoir davantage les limites entre l'intérieur et l'extérieur de son corps, le contour de son enveloppe corporelle pour ainsi enrichir son schéma corporel.

Un travail autour de la régulation tonico-émotionnelle entre en jeu dans cette médiation “en abaissant le seuil tonique du sujet par la relaxation, nous touchons à un pan affectif de sa vie psychique” (Guiose M. Relaxations thérapeutiques, 2007, p. 61). Beaucoup de patients souffrent d'anxiété liée à leurs angoisses, nous essayons donc d'abaisser cette anxiété par la pratique de la relaxation. Le ressenti de Monsieur Q. le démontre “*En me concentrant sur mon corps, j'ai pu me déconnecter de mes pensées qui m'envahissent depuis des jours*” (Monsieur Q.)

La relaxation permet de travailler sur “la stabilité du support, l'enveloppe peau-muscles contenant, l'unité corporelle avec une voix enveloppante, basse qui nomme et touche” (Constant & Exposito, 2019, p. 321). La voix du psychomotricien agit, dans un premier temps, comme une enveloppe sonore englobante, elle accompagne en permanence le patient, qui se sent alors contenu et en sécurité. “On recrée ainsi l'illusion d'un environnement suffisamment bon, la sensation d'une base de sécurité au travers du sentiment d'être soutenu, porté”. (Constant & Exposito, 2019, p. 321) Cette enveloppe qui, comme on a pu l'indiquer précédemment, a souvent fait défaut dans les interactions précoces des patients.

Dans un second temps, l'introduction de silences peut faire écho à l'espace transitionnel de Winnicott. En espaçant ses inductions verbales, le thérapeute invite le patient à expérimenter sa capacité à être seul en présence de l'autre, qui est une étape cruciale dans le processus d'individuation. Le patient va alors devoir faire face à de possibles angoisses corporelles (de chute sans fin, de vide) et doit apprendre à les gérer sans l'objet d'addiction en ne s'appuyant que sur ses ressources internes. Cela n'est possible que si le thérapeute lui apporte la contenance nécessaire, ne le laissant pas dans des temps de silence trop longs par exemple. "De cet état, on passera progressivement à la prise de conscience du corps réel, de l'état tonique, voire de la sensation d'un vide intérieur et des angoisses diffuses" (Constant & Exposito, 2019, p. 321)

"L'un de nos objectifs principaux, dans ce type de travail en relaxation, est de chercher des voies de passage à des symbolisations plus secondarisées, à partir des vécus corporels très primitifs." (Potel, 2009, p.89)

Relaxation dynamique

Cette médiation appelée communément "relaxation dynamique" invite le patient à prendre conscience de son corps par le mouvement. Il doit se concentrer sur ses ressentis corporels pour harmoniser son tonus et renforcer son corps tout en le rendant plus souple. Il travaille la notion de pleine conscience en se focalisant sur leurs ressentis psychocorporels dans l'ici et maintenant et en essayant d'habiter chaque mouvement réalisé en conscience. "La conscience corporelle remplit la conscience des sensations internes du corps vécu au cours de ces exercices corporels : leurs effets améliorent l'harmonie et l'unité somato-psychique" (Andrieu B. Toucher, se soigner par le corps, 2008, p. 145)

Les exercices de Qi Gong, Yoga ou bien Taï-chi visent à amener le patient vers un équilibre et une reconnexion corps-esprit, en travaillant autour de postures corporelles accompagnées d'exercices de respiration permettant de trouver une détente et un calme intérieur nécessaires à un bon équilibre corporopsychique permettant une représentation de soi unifiée, qui est fragile chez ces patients.

Psychoéducation psychotraumatisme

Comme nous l'ont montré plusieurs études, une grande partie des patients présentant un trouble lié à l'usage de substances semble avoir vécu des événements de vie traumatogènes.

Cet atelier a lieu une seule fois durant l'hospitalisation des patients. Il est co-animé par une psychomotricienne et une psychologue. C'est une intervention didactique et psychothérapeutique à visée informative, dans le but de permettre aux patients de mieux connaître et comprendre la notion de psychotraumatisme : les symptômes post-traumatiques, les pathologies associées, l'impact sur le fonctionnement humain, tout en soulignant les méthodes thérapeutiques, physiques et corporelles, pour y faire face.

Afin de leur permettre, s'ils en ressentent le besoin et en fonction de leur temporalité, de pouvoir aborder ou « travailler » sur les traumatismes vécus.

L'absence de savoir sur le traumatisme peut être un frein pour travailler sur les conduites addictives et les autres pathologies associées. Les professionnels ont donc décidé de sensibiliser les patients sur cette thématique.

Suite à cet atelier, de nombreux patients se questionnent sur leur(s) vécu(s) traumatique(s).

C'est le cas de Madame D., qui est une patiente hospitalisée pour un trouble de l'usage de l'alcool. Cette patiente a vécu une agression sexuelle durant son enfance de la part de son oncle et a été victime de violences conjugales. Elle exprime avoir pris connaissance du caractère traumatique de son vécu grâce à cet atelier, ce qui lui a permis de comprendre les incidences de ces événements sur les différentes sphères de sa vie ainsi que les liens avec son addiction. "J'ai des images qui reviennent sans cesse dans ma tête de toute la violence que j'ai vécue, boire me permettait d'oublier tout ça"

Expression corporelle

Au cours des séances, l'objectif est de (re)mettre le corps en mouvement et de l'inscrire dans l'espace et le temps et dans le rapport aux autres afin de ressentir un certain lâcher-prise dans le mouvement, et trouver du plaisir à se mouvoir.

Les séances débutent par un exercice de respiration et un échauffement corporel, en musique, cherchant la conscience du corps, avec la notion de dissociation des ceintures, de contrôle de son mouvement et de favoriser l'amplitude. Ces explorations corporelles vont permettre aux patients de développer leurs capacités psychomotrices comme la régulation tonique, l'ancrage, l'équilibre, les coordinations dynamiques globales ou bien la structuration du schéma corporel et la conscience de leurs limites corporelles.

Ensuite, durant le corps de séance, plusieurs exercices d'expressivité corporelle sont proposés, travaillant sur le déplacement dans l'espace, seul, à deux ou en groupe. Ils font intervenir le dialogue tonico-émotionnel, la relation et communication corporelle avec l'autre, dans un travail d'échange, d'écoute, de confiance et de bienveillance. Les patients s'étonnent d'ailleurs souvent de se rencontrer comme cela *“J'ai l'impression que c'est la première fois que je rencontre vraiment les autres”* (Madame T) *“C'est comme si on se rencontrait différemment, sans aucun jugement”*. (Monsieur Q)

Ce travail d'expressivité du corps va permettre aux patients de donner du sens à leurs mouvements, de développer les qualités communicationnelles de leur corps. Le plaisir et parfois le lâcher prise ressentis dans le mouvement peuvent générer des éprouvés psychocorporels et affiner les sensations corporelles, les affects et représentations associées.

Chaque séance se termine par un temps de verbalisation en groupe, permettant le partage de son vécu corporel et psychique, ses impressions, ses ressentis, pensées. Les ressentis de *“lâcher prise”, “partage” “échange” “sensations agréables”* sont souvent revenus lors de ce temps d'échange.

Un témoignage venant de Madame T., patiente hospitalisée pour un trouble de l'usage de l'alcool a particulièrement marqué mon attention *“Ca m'a ramené à l'enfance car cela faisait très longtemps que je n'avais pas pris autant de plaisir à danser, à part sous produit,*

finalement je n'ai pas besoin de ça pour me lâcher". A cause des conduites addictives, le corps est désinvesti, délaissé voir traumatisé ce qui empêche le sujet de vivre des expériences corporelles positives. Il me semble alors primordial d'encourager le patient à réinvestir le corps dans cette dimension de corps-plaisir.

Parallèlement, certains ateliers comme la relaxation, la danse-thérapie ou bien des ateliers proposés en activités physiques adaptées (APA) sont en **accès-libre**. Ils sont également très intéressants car cela permet aux patients d'être acteurs de leur prise en charge, ils sont maîtres de leur choix et doivent s'écouter pour décider s'ils préfèrent aller en ateliers ou bien s'ils ont besoin d'autres choses. Cela vient nourrir leur autonomisation.

A travers tous ces ateliers thérapeutiques proposés en psychomotricité, l'objectif est de soutenir le patient dans la (re)découverte de son corps et affiner ses représentations corporelles. En accompagnant le patient à se questionner sur son estime de soi, son affirmation de soi, sa capacité à contenir ses émotions, à les reconnaître ou bien se sentir contenu par son environnement, on tente d'approcher un équilibre psychocorporel, nécessaire pour sa reconstruction psychocorporelle.

Les groupes thérapeutiques sont très nombreux dans le projet de soin. Il me semble donc intéressant de comprendre ce qui se joue sur le plan relationnel au sein de ces groupes.

4. Les intérêts thérapeutiques du groupe en addictologie

La porosité des enveloppes psychiques des sujets addicts, causant des angoisses d'abandon et de vide, les conduisent vers une quête effrénée "d'être comme tout le monde" afin de pouvoir s'identifier à l'autre. Selon Anzieu (2007), les groupes thérapeutiques apportent donc un sentiment d'appartenance qui limite les angoisses de différenciation, apaisent les sujets et accroît le sentiment de sécurité interne.

De surcroît, en se confrontant aux ressentis corporels des autres, parfois divergents, ils pourront donc entrer dans un processus de différenciation dans lequel ils identifient ce qui leur appartient et ce qui vient de l'extérieur, pour ainsi enrichir les sensations de limites dedans/dehors. (Carrette et al., 2022). Ce face à face n'est propice que si l'enveloppe percée des patients se restaure afin qu'ils puissent supporter et accepter cette différenciation qui leur fait peur.

Parallèlement, l'addiction, telle que P. Fouquet l'entend, pourrait se définir comme "la perte de liberté de s'abstenir". Cette vision annihilerait tout pouvoir d'agir chez ces sujets. Ainsi, ces derniers peuvent être épris d'un sentiment d'impuissance totale, remplis de culpabilité et de honte quant à cette maladie (qu'ils décrivent plutôt comme un vice dans un premier temps). Ils n'ont parfois plus aucun espoir de changement et semblent démunis. *"Vous ne pourrez rien faire pour moi", "Mon cas est désespéré" "A mon âge, c'est trop tard pour changer", "Je ne suis qu'un alcoolique de toute façon"*.

Selon Lewin, psychologue américain, la dynamique de groupe engagerait davantage les sujets dans l'action et le changement, favorisant ainsi la prise de décision de chacun. Les patients, en s'appuyant sur ce dispositif groupal, pourraient donc retrouver leur pouvoir d'agir.

"Lorsque le groupe thérapeutique est délimité par un cadre sécurisant sans être limitant, il peut exercer une fonction contenante pour les patients et leur faire vivre une expérience d'enveloppe relationnelle protectrice" (Potel, 2009, p. 77)

En faisant l'expérience d'une "illusion groupale", au sens donné par Anzieu pour décrire le bien être psychique des membres d'un groupe contenant et équilibré, ils pourront s'appuyer sur ce dispositif pour oser expérimenter. (Anzieu & Martin, 2007) Le groupe peut donc faire office de pare-excitation et de fonction de contenance pour les patients.

III. La création d'ateliers thérapeutique

Après avoir pu observer la façon dont travaillait l'équipe pluridisciplinaire, j'ai décidé, au cours de l'année, de venir un jour de plus par semaine à la clinique afin de pouvoir créer des ateliers thérapeutiques à intégrer au projet de soin.

L'enseignant APA de la clinique est formé à la boxe-thérapie, qui est une médiation corporelle très intéressante auprès de nos patients, je lui ai donc proposé de créer un atelier de boxe-thérapie en co-thérapie avec moi, ce qu'il a accepté. Nous avons donc convenu d'un rendez-vous hebdomadaire pour penser et créer cet atelier en binôme.

1. L'atelier de Boxe-Thérapie

Nous avons pensé cet atelier sous forme de cycle fermé de huit séances, composé d'un groupe de patients similaire tout au long du cycle afin qu'ils puissent se sentir contenus. Nous avons également préféré fermer le groupe car il nous semble nécessaire qu'ils puissent s'approcher et trouver leur place au sein du groupe, notamment en raison des possibles problématiques de traumatismes corporels vécus par certains patients qui peuvent engendrer des difficultés à être touché ou bien confronté à un autre patient dans une situation de boxe.

La médiation boxe permet de travailler l'intégralité des items psychomoteurs, il m'est donc paru important de cibler nos axes thérapeutiques afin d'offrir un cadre structurant et contenant aux patients.

Le déroulé des séances

Chaque séance se présente de la même façon, nous commençons par poser le **cadre thérapeutique** de l'atelier. Nous insistons sur le fait qu'il ne s'agisse pas d'un apprentissage de la boxe, qu'il n'est absolument pas nécessaire d'avoir pratiqué ce sport auparavant pour intégrer l'atelier, nous ajoutons également que nous ne le pratiquons pas nous-même.

Nous parlons donc de "touches" et non de "coups" car cela nous semble primordial afin d'éviter toute connotation violente. Puis nous précisons toujours qu'il s'agit de **propositions**

afin qu'ils puissent s'autoriser à observer si cela dépasse leurs limites psychocorporelles. Enfin, nous introduisons les notions de **bienveillance** et de **non-jugement** envers les autres mais également envers soi-même et la **confidentialité** quant à ce groupe thérapeutique et ce qui peut s'y passer pendant les séances.

Pour finir ce temps de parole, nous leur proposons un temps pour exprimer leurs attentes, doutes, questionnements concernant ce cycle :

Madame V. exprime se sentir *“comme dans un combat de boxe contre son addiction, je veux le gagner ce combat”*. Madame L. souhaite *“trouver un lâcher-prise et se défouler”*. Monsieur S. souhaite *“trouver des liens entre la boxe et l'addiction”*.

Suite à cela, nous leur proposons un temps de scan corporel afin qu'ils puissent se recentrer sur leurs ressentis psychocorporels et s'ancrer dans leurs sensations internes et sur le moment présent pour ensuite faire émerger des émotions à partir de ces sensations corporelles. Pour cela, il est nécessaire de pouvoir se concentrer sur ses ressentis internes afin de les intégrer et les mettre en sens.

A la fin de ce temps, nous les invitons à verbaliser leurs états émotionnels et corporels. Cela peut être compliqué pour eux de percevoir leurs sensations, les élaborer puis poser des mots sur leur ressentis. Nous leur proposons donc de s'aider d'une roue des émotions², afin de s'inspirer d'adjectifs correspondant à leurs émotions.

Madame H. a exprimé se sentir “anxieuse et tendue”, Madame V. a exprimé se sentir “énervée et désespérée” de ne pas réussir à se connecter à ses ressentis corporels car elle avait “trop de pensées parasites”, Monsieur S. dit se sentir “triste”; Nous décidons également d'exprimer nos émotions du moment afin d'adopter une posture horizontale.

Nous leur proposons ensuite d'enfiler les gants et de se mettre en position de garde. L'enseignant en APA se positionne face à chaque personne du groupe avec une patte d'ours et

² Cf. infra, Annexe IV, p. IV

chaque patient doit effectuer un enchaînement de frappes contre la patte d'ours en exprimant cette émotion puis des mots décrivant son état du moment.

Lors de cette proposition, Madame H. semble avoir des difficultés à verbaliser ses émotions et se mobiliser corporellement, je mets cela en lien avec son inhibition psychomotrice. Elle frappe d'abord sur les pattes d'ours sans réussir à verbaliser ses émotions. Sur le plan corporel, seuls ses bras sont en mouvement, le reste du corps reste statique.

Au fur et à mesure de la proposition, Madame H. s'exprime davantage sur ses éprouvés émotionnels, elle peut dire « j'en ai marre », « je suis perdue », « je suis triste », les frappes s'intensifient, le reste de son corps se mobilise davantage et ses mimiques également. Elle finit par dire « ça fait du bien ».

Cette proposition permet aux patients de mettre des mots sur leurs états émotionnels et de les exprimer verbalement et corporellement grâce à l'engagement corporel nécessaire pour frapper dans la patte d'ours. En augmentant la vitesse et l'intensité des frappes et des verbalisations, les patients entrent dans un processus de **décharge tonico-émotionnelle**.

La répétition de ce début de séance permet d'instaurer un rituel pour les patients, leur permettant de se familiariser à cette introspection, cette écoute psychocorporelle nécessaire pour ne plus être constamment dans l'agir.

Nous avons pensé le corps de séance sous différents items psychomoteurs.

Pour commencer le cycle, nous avons ciblé nos séances sur la notion d'**ancrage** et de **régulation tonique**. La boxe demande d'être concentré et réactif à ce qui nous entoure, cela demande de trouver un équilibre psychocorporel. Pour cela, nous partons de la position de garde, qui est une position à adopter entre les frappes afin de toujours être protégé des adversaires et réactif en cas d'attaque. Cette position engage l'ensemble du corps, la jambe opposée à la main dominante se situe devant l'autre jambe, les genoux sont fléchis, les poings sont fermés et positionnés au niveau des joues, les bras protègent la poitrine et le dos est

courbé, le regard est droit devant soi. Afin de rester dynamique, le poids est transféré d'un pied à l'autre.

Nous leur faisons vivre cette posture afin qu'ils puissent ressentir la notion d'ancrage et de régulation tonique, c'est-à-dire que les appuis dans le sol sont stables et solides mais la tonicité du corps est modulable. La tonicité ne peut pas rester fixée sur un versant hypertonique ou hypotonique au risque de réduire la réactivité et la souplesse. Cela diminuerait les capacités à être précis dans les frappes. Les patients doivent donc réguler et moduler leur tonus en fonction de leur ressentis corporels et émotionnels.

Nous leur donnons la consigne de « frapper pendant une minute », Madame M. est très rigide, ses jambes sont tendues et elle est très proche de sa cible et j'observe un blocage respiratoire. Pendant cette minute, elle tape sans s'arrêter pendant quelques secondes puis finit par être épuisée et ne parvient pas à terminer la minute, elle s'effondre donc toniquement. Elle nous explique donc qu'elle « n'en pouvait plus ». Nous lui proposons donc d'adopter la position de garde et de prêter attention à sa respiration. Suite à cet échange, Madame M. semble prendre plus de recul avec sa cible, ses frappes sont plus espacées mais plus toniques et précises et elle prend le temps de respirer, elle accentue même sa respiration. Son organisation corporelle est plus adaptée donc elle tient la minute sans s'épuiser. Elle exprime avoir ressenti les bienfaits de « prendre de la distance et ne pas foncer tête baissée »

Nous travaillons également sur l'**affirmation de soi**. Pour cela, nous utilisons la relation duelle afin de les confronter au regard de l'autre qui est très souvent redouté et source d'anxiété chez les patients, leur regard est souvent fuyant. Bien que chaque histoire soit différente en fonction du vécu personnel de chacun, le sentiment de rejet et les difficultés relationnelles sont des problématiques retrouvées systématiquement chez chaque patient. Il me semble donc intéressant de travailler sur ces notions car la maladie a impacté leur sphère sociale et les a petit à petit amenés à se replier sur eux-mêmes.

Madame H. dit avoir tendance à fuir le regard des autres et se faire "petite" et avoir "du mal à s'imposer devant les autres". Devoir fixer le regard de l'enseignant

APA tout en frappant dans la patte d'ours l'a fait se sentir "mal à l'aise". En effet, son regard se posait par intermittence sur le sol, elle semblait avoir des difficultés à maintenir son regard face à l'autre, (lors de nos entretiens individuels, elle regarde également beaucoup au sol durant nos échanges).

La boxe est donc une médiation intéressante pour travailler sur le regard et **la relation à l'autre**. En relation duelle, la proxémie est une donnée intéressante à observer dans le rapport à l'autre, certains patients se mettent très à distance de leur partenaire, alors que d'autres peuvent au contraire se trouver très proche de l'autre.

Madame G. est une patiente d'une soixantaine d'années, hospitalisée pour un trouble de l'usage de l'alcool. C'est une femme ayant subi des agressions sexuelles à plusieurs reprises.

Elle se trouve face à Madame S. pour partager une proposition sur l'ancrage et la distance relationnelle. Madame G. doit dans un premier temps rester à distance de deux petites frites en mousse de Madame S. quelque soit la direction dans laquelle se dirige Madame S. cela lui demande donc un ajustement et une régulation tonico-émotionnelle avec son partenaire. Cependant, Madame G. est très hypertonique et semble anticiper chaque mouvement de Madame S., ce qui ne lui permet pas de rester à juste distance de lui. Nous lui proposons donc de fermer les yeux et de tenir les frites à son tour pour se laisser guider. Madame G. semble moins dans l'anticipation ce qui lui permet de s'adapter davantage à son partenaire mais reste très hypertonique. Elle exprime que cela a été "insécurisant pour elle de ne pas contrôler", je me questionne sur un lien possible avec une hypervigilance chez la patiente.

Les séances sont principalement rythmées autour de propositions de **décharge tonique**, les propositions sont guidées mais restent très libres pour les patients, ils gèrent leur rythme de frappe, leur temps de pause ce qui leur demande d'être connectés à leur ressentis et manifestations corporelles. Ces temps de décharge permettent aux patients d'extérioriser

leurs émotions et de les exprimer à travers leurs corps afin de se diriger vers un certain lâcher prise. En amont de ces temps de décharge, nous les invitons à visualiser des situations ayant des connotations affectives afin qu'ils puissent se décharger émotionnellement et s'ancrer dans un état émotionnel particulier.

Nous invitons les patients à prendre un temps, les yeux fermés, pour visualiser une situation contre laquelle ils souhaitent se battre, qui ne leur convient plus. Madame H. paraît émue pendant ce temps de visualisation, son visage semble se crispier et ses poings se serrent. Lorsque le temps de décharge commence, son visage est très expressif et ressemble à de la tristesse. L'ensemble de son corps est engagé dans le mouvement, ses frappes sont très rapides mais au fur et à mesure de la proposition, ses frappes s'intensifient et ne sont plus seulement des "directes" mais elle frappe avec l'extérieur de ses poings. Elle semble vivre des émotions très intenses et lâcher prise quant à la technique de la médiation proposée. Suite à ce temps de décharge, Madame H. est essoufflée. Elle s'assoit par terre, referme ses yeux et prend le temps de faire redescendre son tonus. Elle verbalise peu sur ce qu'il s'est passé pour elle, elle dit seulement "ça fait du bien".

Je la questionne alors sur les ressentis que cela a engendrés chez elle. Elle dit avoir visualisé la violence qu'elle subit de la part de son conjoint. La mise en mouvement lui a permis d'extérioriser sa colère. Je lui demande comment elle se sent corporellement durant ce partage émotionnel, elle me dit ressentir "une détente musculaire dans tout son corps, "comme un poids en moins".

La semaine suivante, nous revenons sur cette proposition, et Madame H. semble critiquer davantage sa relation et les violences qu'elle subit, la culpabilité semble s'amoinrir.

Par la médiation boxe, les patients investissent leur corps différemment. En proposant des exercices mobilisant l'intégralité du corps en mouvement et dans l'espace, le **schéma corporel** est enrichi et ils se découvrent sous un autre angle. Ils prennent conscience de capacités psychomotrices dont ils n'avaient pas forcément connaissance auparavant, **l'image**

du corps est donc impactée. Cet atelier est également un moyen de renforcer le **sentiment d'efficacité personnelle** et de **confiance en soi**, pouvant faire défaut chez les personnes souffrant d'addiction. *“La boxe m’a permis de me sentir forte alors que j’ai l’impression d’être faible d’habitude”* (Madame H.).

Lors de la troisième séance du cycle, Madame V. nous a partagé le fait qu’elle se soit sentie plus en confiance lors de sa permission du week-end quant à sa peur du craving, “j’ai pensé aux séances de boxe et à la force que j’ai ressentie, je gagnerai ce combat”

2. L’atelier “Les conséquences du trauma”

Dès mon arrivée à la clinique, la présence de traumatismes subis chez les patients m’a questionnée sur le lien entre les événements traumatiques et les conduites addictives. Je me suis donc interrogée sur la place de la prise en charge du psychotraumatisme dans une post-cure.

La psychomotricienne de la clinique anime chaque lundi après-midi un atelier de psychoéducation sur le psychotraumatisme en co-thérapie avec une psychologue de la structure. Il s’agit d’un atelier unique permettant aux patients de comprendre les enjeux du psychotraumatisme. Suite à cet atelier, de nombreux patients réalisent qu’ils ont subi un traumatisme psychique dont ils ont négligé les conséquences et les liens avec la maladie addictive.

“Avant de venir en post-cure, où l’on m’a expliqué ce qu’est le traumatisme, je n’avais fait aucun lien avec la maladie. Je ressentais juste que j’avais quelque chose qui me rongait mais je ne savais pas pourquoi, je me sentais souvent dans le brouillard” (Madame V.)

J’ai donc proposé à la psychologue stagiaire présente à la clinique sur la même journée que moi de créer en co-thérapie, un groupe destiné à traiter cette thématique. Nous avons pris beaucoup de temps à élaborer cet atelier thérapeutique car nous avons dû beaucoup nous questionner sur les axes thérapeutiques pertinents pour intégrer le projet de soin de la

clinique. Il était également nécessaire de se questionner sur l'intérêt de cet atelier à l'égard de la temporalité courte de soin en post-cure. N'y avait-il pas de risques pour les patients de raviver des souvenirs traumatiques au sein d'une prise en charge à court terme ? Allons-nous suffisamment pouvoir les contenir ? Nous avons beaucoup échangé avec les professionnels de la structure, notamment les psychologues spécialisées dans la prise en charge du psychotraumatisme, afin d'élucider cette question pour éviter toute mise en danger aux patients.

Nous avons donc décidé de créer un atelier ne traitant pas le Syndrome de Stress Post Traumatique en lui même, mais plutôt sous l'angle d'un atelier proposant un espace de partage d'expériences aux patients, afin qu'ils puissent échanger sur leurs vécus, parfois similaires, afin de ne plus se sentir seul face à ces événements et puissent comprendre les impacts que cela a eu sur leur vie.

Nous souhaitons que chaque patient puisse assister à l'atelier de psychoéducation du trauma avant de pouvoir intégrer le cycle afin de savoir ce qu'est réellement le trauma. Ils doivent également avoir un suivi psychologique ou psychiatrique individuel dans la clinique ou bien à l'extérieur, afin de pouvoir déposer et reprendre les éléments potentiellement difficiles vécus durant le cycle. Enfin, la dernière séance du cycle ne doit pas avoir lieu la dernière semaine de leur séjour afin d'éviter un débordement émotionnel que l'on ne pourrait contenir en fin de séjour.

Les modalités de prise en charge sont assez différentes des autres ateliers proposés dans la clinique. Nous avons pensé qu'il serait plus judicieux que les patients s'inscrivent eux-mêmes pour cet atelier afin qu'ils puissent s'engager dans ce travail autour du trauma seulement lorsqu'ils s'en sentent prêts. Ainsi, ils sont acteurs dans cette démarche thérapeutique. Nous avons ciblé les axes thérapeutiques de ce groupe sur les **conséquences du stress post-traumatique** sur l'individu et les liens identifiés avec l'addiction.

Le cycle se découpe en quatre séances d'une heure et demie durant laquelle nous proposons toujours un temps de psychoéducation sur le trauma suivi d'un temps d'échange concernant la thématique du jour et les conséquences perçues par les patients.

La première séance se porte autour de la **dysrégulation émotionnelle**. Lors du temps d'échange autour de cela nous demandons aux patients "Selon vous, quels impacts ont eu les événements traumatiques auxquels vous avez pu être confrontées ont pu avoir sur vos émotions ?"

Madame L. nous explique avoir toujours eu du mal à gérer ses émotions depuis son enfance car elle avait la sensation de ne pas avoir pu s'exprimer pendant son enfance. Après le décès brutal de son mari, elle dit s'être comportée en "mode pilote automatique" et avoir eu beaucoup de mal à ressentir ses émotions après cela, elle dit s'être sentie comme "détachée de son corps" pendant cette période. A présent, une certaine labilité émotionnelle est observable chez Madame L. et elle exprime être "contente de réussir à enfin pleurer".

Monsieur Q. évoque plusieurs événements traumatiques avec beaucoup d'émotions, il dit "avoir envie de pleurer rien que d'en parler et sentir un pincement au cœur. Il dit souffrir de ce "trop plein d'émotions constant" qu'il n'arrive pas à maîtriser, ni même comprendre depuis ces événements. L'alcool a été la seule solution qu'il a trouvé pour réguler ses émotions.

Madame P. explique ne pas avoir pu exprimer ses émotions suite à la perte de son bébé in utero, elle dit "ne jamais avoir réussi à faire sortir cette douleur qu'elle ressent depuis cet événement".

Madame V. exprime qu'elle ressent beaucoup de colère qu'elle a du mal à gérer, elle dit donc que la consommation lui permettait d'anesthésier ses émotions négatives.

Ces témoignages dénotent de la difficulté pour ces patients, d'extérioriser mais également de réguler leurs émotions. Nous leur proposons un temps de mime adapté afin de travailler autour de l'expressivité des émotions. Chaque personne représente une des six émotions, et

chacun son tour, nous devons nous positionner face à la personne et mimer l'émotion que la personne représente, de la façon la plus authentique possible.

Madame V. exprime avoir du mal à distinguer l'émotion de la peur et celle de la surprise, la surprise a toujours été négative pour elle durant son enfance, elle dit avoir besoin d'anticiper et de contrôler les choses aujourd'hui, ce qui ne lui permet plus de lâcher prise.

Madame P. dit "se bloquer" lorsqu'il s'agit de montrer ses émotions, cette proposition est donc difficile pour elle. Lorsque les patients arrivent devant elle, son regard est stoïque, elle reste immobile et semble en hypertonie. Cependant, au fur et à mesure de la proposition, son corps est plus expressif et ses mimiques s'enrichissent.

Monsieur P. dit avoir ressenti les émotions des autres, il explique avoir eu l'impression de "dégoûter et être repoussant" pour les autres participants lorsqu'il représentait cette émotion. Cela a été inconfortable pour lui car il affirme "tout faire pour que cela n'arrive pas dans la vie, quitte à aller dans le sens de l'autre même quand je ne suis pas d'accord"

Suite au psychotraumatisme, il peut également y avoir des **perturbations relationnelles** engendrant des difficultés à trouver sa place au sein de son environnement, faire confiance à autrui ou bien s'affirmer dans la relation.

"Depuis mon agression, je me méfie de tout le monde. Cela me fait du bien de me rendre compte que l'autre n'est pas qu'un danger" (Monsieur P.)

"J'ai perdu confiance en tout le monde, je me sens seule et j'ai l'impression que personne n'est là pour moi, je me sens rejetée. C'est pour cela que j'ai commencé à boire" (Madame H.)

Pour travailler autour de la **relation à l'autre**, comme dans l'atelier de boxe-thérapie, nous travaillons autour du regard, qui me semble être un outil primordial pour entrer en relation avec l'autre. Les patients doivent rester un certain temps en face d'une autre personne et la fixer dans les yeux sans jamais décrocher son regard. Il s'agit d'une

proposition très engageante pour les patients, qui amène beaucoup de verbalisations de leur part.

Monsieur Q. témoigne qu'il a été compliqué pour lui de maintenir le regard avec la personne qui se trouvait devant lui car il avait la sensation d'être "à nu" devant elle et cela l'a mis mal à l'aise. En effet, j'ai observé plusieurs réactions tonico-émotionnelles durant ce temps, ses bras étaient hypertoniques et ses poignets bougeaient dans un mouvement circulaire. Plusieurs fois, son regard décrochait de celui de sa partenaire.

Lorsque je leur ai proposé de se mettre en mouvement en miroir l'un face à l'autre, Monsieur Q. a semblé assez inhibé corporellement, mais son regard se fixait davantage dans celui de sa partenaire.

En fin de séance, je leur ai proposé de faire le même travail autour des regards en essayant de se connecter tous ensemble. Beaucoup d'émotions ont été partagées, il me semble que le malaise a fini par disparaître pour laisser place à un dialogue tonico-émotionnel entre eux.

Au début j'avais envie que ça s'arrête car j'étais très mal à l'aise mais petit à petit, c'est devenu agréable de se rencontrer par le regard, sans y mettre de mots. J'ai essayé de transmettre mes émotions et de recevoir celles des autres, on s'est rencontrés différemment" (Monsieur P.)

Nous abordons également la notion de **relation à son corps propre**. Durant cette séance, nous insistons sur l'introspection, l'écoute de ses éprouvés corporels internes, les manifestations émotionnelles de son corps grâce à un temps de relaxation.

Après ce temps de relaxation, Madame V. dit avoir pu prendre conscience de toutes les tensions présentes "du sommet de sa tête jusqu'à ses pieds et surtout au niveau de la mâchoire et du ventre". Elle s'étonne de ne pas s'être rendue compte de toutes ses tensions avant.

Pour clôturer chaque séance, nous proposons une technique d’ancrage aux patients afin qu’ils puissent s’en saisir en cas d’épisodes d’angoisse, de dissociation afin de se reconnecter avec son environnement dans l’instant présent, lorsqu’ils évoquent leur trauma avec le psychologue par exemple. “Même sur un temps court, le psychomotricien peut proposer des outils spécifiques qui feront trace, pour un suivi futur ou même un relais en extra-hospitalier.” (Carrette et al., 2022)

A la fin de leur cycle, les patients repartent avec un document récapitulant chaque technique proposée afin de pouvoir s’en saisir au quotidien³.

³ Cf. infra, Annexe II et III p. II-III

IV. Etude de Cas : Madame H, retrouver sa sécurité interne

Anamnèse

Madame H. est une femme de trente-cinq ans, d'origine antillaise. Elle est maman d'un petit garçon de six ans et est en couple avec le papa de son enfant, qui peut se montrer violent envers elle. Elle est actuellement en arrêt maladie mais travaille normalement en tant que chargée de recrutement.

Madame H. a vécu plusieurs épisodes dépressifs avec de nombreuses tentatives de suicide avec alcoolisation, la dernière ayant eu lieu le 28 février 2024, soit quelques semaines avant le début de son hospitalisation.

Elle est hospitalisée pour un trouble de l'usage de l'alcool, elle fume également cinq cigarettes par jour et se plaint d'achats compulsifs (sans impact financier). Elle me parle également de trouble du comportement alimentaire avec crises de boulimie. Son premier contact avec l'alcool était à l'âge de dix-huit ans, dans un contexte festif. La consommation est devenue régulière après la naissance de son fils, durant sa dépression post-partum, pour combler la solitude et à visée amnésiante. La première prise de la journée avait généralement lieu vers 8h30 après avoir déposé son fils à l'école et allait jusqu'à 1,5 bouteille de vin blanc par jour.

Elle a été hospitalisée en cure à six reprises mais il s'agit de sa première hospitalisation en post-cure. Elle est restée abstinente durant un an l'année dernière lorsqu'une éducatrice de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) supervisait leur famille suite à une Information Préoccupante (IP) transmise par l'école suite à de nombreux oublis et retards de Madame pour venir récupérer son fils à l'école à cause de sa consommation d'alcool. Elle décrit beaucoup de culpabilité vis-à-vis de cela.

Cette patiente souhaiterait atteindre l'abstinence totale afin de pouvoir reprendre son activité professionnelle et "mieux s'occuper de son fils".

La rencontre

Je rencontre Madame H. pour la première fois en mars 2024 lors d'un atelier d'expression corporelle en accès libre animé par ma maître de stage. Son visage semble triste et sa posture est fermée, ses bras et ses jambes sont en adduction et elle se recroqueville sur elle-même. Elle porte des vêtements très larges, je me questionne sur un besoin de cacher son corps.

Elle investit peu l'espace et semble anxieuse à l'idée de se mettre en mouvement. Nous proposons aux patients de se mettre dans une bulle, dans laquelle ils bougent doucement leur corps, comme s'ils le bougeaient pour la première fois. Puis au fur et à mesure, tout le corps est engagé. Madame H. semble avoir des difficultés à se mobiliser et reste assez statique au début. Son visage est crispé, ses bras sont hypertoniques et ses poings sont serrés. Au fil de la proposition, j'observe un balancement d'un pied, sur le rythme de la musique. Ce transfert de poids semble abaisser son tonus et des larmes coulent sur son visage.

Nous décidons de discuter avec elle à la fin de l'atelier pour revenir sur cette émotion si elle le souhaite. Elle nous explique qu'il est compliqué pour elle de bouger son corps car elle le déteste et ressent beaucoup de tristesse en lien avec les éléments traumatisants qu'elle a vécu. Aux vues de ses dires, nous pensons qu'il serait intéressant pour elle de débiter un suivi individuel en psychomotricité. Nous lui proposons donc un entretien individuel pour la semaine d'après avec moi qu'elle accepte.

Premier entretien

Madame H. semble avoir des difficultés à parler d'elle-même spontanément, je lui pose des questions pour l'orienter et l'aider à s'exprimer.

Concernant ce suivi individuel, elle exprime avoir besoin de travailler autour de l'estime de soi et de l'affirmation de soi, ainsi qu'autour de l'image du corps et de la gestion de ses émotions et particulièrement son anxiété. Je décide alors de lui proposer un travail de conscience corporelle et de relaxation en individuel pour travailler autour de la notion d'enveloppes psychocorporelles. Elle participe également à l'atelier boxe-thérapie et effets du trauma. Chaque atelier à lieu une fois par semaine.

L'effraction du Moi

Lors de notre premier rendez-vous individuel, elle m'explique se sentir "angoissée" et "marginalisée" à cause de cette hospitalisation. Elle ressent des difficultés à être loin de son fils et à peur de perdre sa place dans la société. La maladie addictive l'a beaucoup éloignée des autres, elle exprime s'être sentie rejetée par son entourage qui ne l'a pas du tout soutenue dans sa maladie mais également concernant les violences qu'elle subit. Elle explique alors vivre dans un "huis-clos familial" dans lequel elle se sent coincée. J'entends beaucoup de solitude et de détresse quant à sa situation, d'après elle, rien ne peut changer. De plus, son entourage lui répète ne cesse de la rabaisser et de la dévaloriser. Elle affirme que toute cette culpabilisation a causé sa dépression et son trouble lié à l'alcool et ses tentatives de suicide à répétition. "Je n'en peux plus, c'est peine perdue, vous perdez votre temps avec moi, il y a du boulot". Madame semble se percevoir comme un poids pour les autres et être sans cesse dans la culpabilité, notamment envers son fils.

Madame H. m'explique avoir subi des violences durant son enfance de la part de ses parents. Elle dit avoir l'impression de répéter ces violences connues dans sa relation conjugale actuelle, elle exprime d'ailleurs que sa mère et son conjoint "sont les mêmes", ils semblent avoir des propos dévalorisants à son égard et "faire un déni" concernant leurs violences. Elle a également été victime d'une agression sexuelle de la part d'un cousin, dont elle n'a jamais parlé à ses parents car, selon elle, ils ne l'auraient jamais crue. Elle avait peur qu'ils soient violents envers elle. Elle dit avoir dû réprimer ses émotions durant son enfance qui n'étaient pas acceptées par ses parents et accueillies par des actes violents et que cela continue

aujourd'hui. Toutes ces maltraitances infantiles ont fait barrage à la construction d'une enveloppe psychocorporelle chez Madame H. Elle s'est donc développée sur des assises narcissiques défaillantes ne lui permettant pas de faire l'expérience d'une sécurité interne.

Se contenir soi-même

Je lui propose donc un travail de conscience corporelle afin qu'elle puisse prendre conscience de chaque partie de son corps ainsi que de son corps dans sa globalité. Ce travail se déroule toujours dans la salle de psychomotricité, avec un fond musical et une lumière tamisée faisant fonction d'enveloppe et de contenance.

Durant les premières séances, Madame H. verbalise des difficultés à se recentrer sur son corps qu'elle trouve "gros et moche". Il est donc compliqué pour elle de se concentrer sur les ressentis internes de son corps, elle ne pense qu'à l'image extérieure qu'elle renvoie. Je lui propose alors de découvrir son corps à travers un objet médiateur qu'elle pourrait faire circuler sur l'ensemble de son corps. Elle commence donc par les parties du corps qui ne lui posent pas de problèmes, telles que les pieds, les bras, les mains. Durant ce travail d'exploration sensorielle, je lui propose de me décrire les sensations que cela lui procure. Le vocabulaire est d'abord tourné vers les caractéristiques de l'objet "elle est dure", "elle est toute molle", puis au fur et à mesure elle décrit ce qu'elle ressent "ça me fait du bien, c'est comme un massage" et elle finit par explorer l'ensemble du corps, le ventre restant assez difficile à traverser.

Lors de notre dernière séance individuelle, je lui propose, si elle le souhaite, de prendre contact avec son corps à travers des auto-contacts. La consigne étant de "prendre soin de soi". Elle décide de s'installer debout, dans un coin de la pièce, dos à moi. Elle reste quelques minutes immobile puis commence par caresser ses doigts les uns contre les autres, puis ses deux mains, son visage, et le reste de son corps. Elle termine par son ventre, sur lequel elle pose simplement ses mains. Elle semble très émue, des larmes coulent sur ses joues. Suite à ce temps d'exploration, Madame H. dit se sentir très émue d'avoir pu ressentir son corps comme cela. Prendre soin de son corps n'a pas été facile pour elle car elle dit ne jamais l'avoir fait jusqu'ici. Elle m'explique avoir réussi à percevoir son corps comme étant "fort"

d'être toujours debout et de fonctionner malgré toutes ces expériences traumatisantes. Elle exprime son envie de se mettre en action pour "changer les choses et se protéger elle et son fils"

Je me permets de revenir sur cette phrase que Madame H. a exprimé lors d'un atelier autour des conséquences du trauma :

"Quand on est un sale alcoolique dans les yeux des gens, on perd sa voix, on se tait".

Cette affirmation est très révélatrice de l'image négative qu'elle a d'elle-même et de la façon dont elle pense être perçue en société, source d'un sentiment d'abandon. Lorsque l'on sait ce qu'a vécu Madame H dans son enfance, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette violence a agit comme une effraction, laissant des traces traumatiques chez Madame H.

Lorsqu'une personne subit un traumatisme sans parvenir à le symboliser ou mettre le mettre en sens, cela peut lui donner l'impression d'être abandonnée, exclue de la société.

Ce sentiment d'abandon peut se transformer inconsciemment en un désir d'être à nouveau abandonné afin de tenter de reprendre le contrôle sur ce traumatisme. Madame H. est d'ailleurs, à ce jour, en relation avec un homme violent envers elle. Pour reprendre les mots de Sinanian, nous pouvons donc supposer que ce vécu de violences conjugales est une tentative de "répéter une expérience à nouveau traumatique" pour, cette fois-ci, en être "l'acteur et non l'objet" (Sinanian et al., 2014, p. 173)

La relation thérapeutique me semble alors essentielle pour tenter de raviver, chez le patient, un désir de se réinvestir et redevenir le protagoniste de sa propre vie. C'est ce que nous avons pu observer chez Madame H. qui semblait avoir baissé les bras et renoncer à se battre pour aller de l'avant. Elle ne trouvait pas de ressources internes auxquelles se raccrocher. Au fur et à mesure des séances, son discours est devenu moins pessimiste et s'est orienté vers le désir de changements. Sa posture s'est également modifiée, elle semble plus axée, plus ouverte sur le monde, son regard est plus affirmé et son visage est également plus expressif et souriant.

CONCLUSION

Mes observations cliniques m'ont amenée à penser que la majorité des patients souffrant de trouble de l'usage de substances ont souffert de carences psychoaffectives ayant pu causer des traumatismes précoces. Fabien Joly, psychanalyste et psychomotricien, estime que « l'habitation corporelle de l'adulte d'aujourd'hui porte les marques des souffrances corporelles et psychomotrices de sa toute petite enfance » (Joly, 2011, p.51).

En accueillant et en contenant les éprouvés psychocorporels des patients, le psychomotricien se place en posture de **caregiver** ou d'**objet médium malléable**, permettant aux patients de rejouer ce processus d'individuation ayant fait défaut dans leur enfance.

La démarche de création d'atelier thérapeutique autour des conséquences du trauma et de boxe-thérapie m'a permis de comprendre les enjeux psychocorporels du travail psychomoteur auprès des patients addicts. En réinvestissant l'espace-temps, en proposant un travail autour des sensations internes, de la régulation tonique, du schéma corporel, de l'image du corps, les patients ont pu reprendre contact avec leur corps, se le réapproprier, le réinvestir différemment en se recentrant sur eux-mêmes.

Toutes ces expériences ont donc pu réactiver la boucle sensations-perceptions-représentations, pour ainsi mettre du sens sur leurs éprouvés corporels, enrichissant donc l'enveloppe corporelle et le sentiment de sécurité interne, jusqu'alors illusoire.

L'approche psychomotrice permet donc d'aider le patient à se reconnecter à lui-même, se réapproprier son corps et être en relation à l'autre, via l'expérience du vécu des sensations corporelles, du mouvement, des émotions, tout en lui permettant de (re)créer du lien avec la pensée. Ceci, afin qu'il puisse, par ce réinvestissement, retrouver un équilibre psychocorporel, une cohésion interne, et un lien social. Cela fait, pour moi, écho avec la citation de Ciccone "ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue" (Ciccone, 2001, p.81).

Nous cherchons à aider le patient à se reconstruire malgré des assises narcissiques défaillantes. Cette citation représente pour moi les enjeux d'un travail psychomoteur auprès des patients addicts : "La reconstruction se situe au niveau narcissique : il s'agit de redonner au Moi des certitudes narcissiques, une nouvelle structure". (Ferragut E., 2005, p. 94)

Il s'agit d'un processus thérapeutique marqué par la l'incertitude et l'angoisse. Le psychomotricien doit donc établir un cadre contenant et sécurisant, accueillir les verbalisations du sujet avec empathie afin de soutenir le sujet dans ce travail de reconstruction psychocorporel.

La fonction de contenance est donc primordiale dans l'approche psychomotrice auprès des patients souffrant d'un trouble de l'usage de substances et ayant, la plupart du temps, des vécus traumatiques "contenant pour couvrir les déchirures que l'effraction traumatique a provoquée dans l'enveloppe des défenses, et contenant pour atténuer les débordements émotionnels des premières abréactions" (Crocq L., 2007, p.90)

Grâce à ce travail, les sujets vont avoir la possibilité de redevenir acteur de leur propre vie leur permettant de nourrir leur sécurité interne et leur sentiment de continuité d'existence pour se ressentir comme une unité psychocorporelle différenciée et protégée de l'autre.

OUVERTURE

Il me semble important de se questionner sur la spécificité de la psychomotricité au sein d'une structure proposant un suivi court aux patients.

Effectivement, les traumatismes sont des facteurs de risque évidents de développer un trouble de l'usage de substances, la plupart des patients que j'ai rencontrés y ont d'ailleurs été confrontés. Les études ayant porté sur la comorbidité de ces deux troubles ont affirmé la nécessité de les travailler de façon concomitante. Cependant, la temporalité du suivi étant très courtes, cinq semaines (renouvelable si besoin, mais pas systématique), n'est-il pas dangereux pour le patient de remuer des événements traumatiques, pouvant générer des épisodes dissociatifs, de la souffrance et une fragilité psychique chez le patient, en sachant que la fin du séjour est proche ?

Dans un service de prises en charge courtes, il me semble nécessaire de travailler en réseau avec des établissements pouvant proposer un suivi à long terme. Par exemple, les centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) sont spécialisés dans la prise en charge des patients souffrant d'addiction et proposent un suivi à plus long terme.

D'autre part, comme nous avons pu le voir précédemment, les conduites addictives impliquent une dépendance à un objet externe, les modalités relationnelles sont souvent de type anaclitiques chez ces patients et demandent d'établir un cadre thérapeutique favorisant l'alliance thérapeutique. Est-ce pertinent pour le patient de commencer un travail thérapeutique, en sachant que la relation thérapeutique se veut limitée ? N'est-ce pas un facteur de risque de démobiliser le patient à continuer un travail thérapeutique avec des professionnels qu'il ne connaît pas ?

Dans le SSR-A, une unité hospitalière de jour est possible pour les patients souhaitant continuer le travail thérapeutique au sein de la clinique, cela me paraît être une bonne transition pour que le patient puisse progressivement retrouver cette autonomisation et cette sécurité psychocorporelle interne, nécessaire à son bien-être.

BIBLIOGRAPHIE

Acier, D. (2016). Chapitre 3. Les modèles théoriques. In Les addictions: Vol. 2e éd. (p. 53-82). De Boeck Supérieur.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM 5 Washington: APA; 2013.

Andrieu, B. (2008). Toucher, se soigner par le corps. Paris : Les belles lettres

Anzieu, D. (1995). Le moi-peau. Dunod.

Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2007). La dynamique des groupes restreints (Nouvelle éd.). PUF.

Arango-Lievano, M., & Kaplitt, M. G. (2015). Comorbidité entre la dépression et l'addiction—Vers une cible moléculaire commune ? médecine/sciences, 31(5), Article 5.

(2005). Attachment and substance use disorders : A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. Attachment & Human Development, 7(3), 207-228.

Auriacombe, M., Serre, F., & Fatséas, M. (2016). 6. Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? In Traité d'addictologie: Vol. 2e éd. (p. 78-83). Lavoisier.

Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 42(1), 1-13.

Bergeret, J. (1996). La personnalité normale et pathologique : Les structures mentales, le caractère, les symptômes (3e éd). Dunod.

Bioy, A., & **Bachelart**, M. (2010). L'alliance thérapeutique : Historique, recherches et perspectives cliniques. Perspectives Psy, 49(4), 317-326.

Bonneville-Baruchel, E. (2015). 3. Les traumatismes relationnels précoces. In Les traumatismes relationnels précoces (p. 53-96). Érès.

Boutinaud J. (2009). Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles. Paris: In Press.

Bowlby, J., & Kalmanovitch, J. (1978). Attachement et perte. Presses universitaires de France.

Caron, T. (2013). Carences parentales précoces et états limites. Enfances & Psy, 61(4), 179-189.

Ciccione, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Cahiers de psychologie clinique, 17(2), 81-102.

Constant, A., & Exposito, C. (2019). La question des addictions et l'approche psychomotrice. Dans Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (dirs.). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (pp. 311-325). Dunod.

Constant, A. (2021, août 17). #Enveloppes? 1 : La vie intra-utérine : une première expérience de l'enveloppe. *Psychologie-en-corps*.

Crocq L., (2007), *Traumatismes psychiques, prise en charge des victimes*, Masson, Issy-les-Moulineaux

Dodin, V. (2017). *Anorexie, boulimie en faim de conte*. Paris : Desclée de Brouwer

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use : The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66(2), 14-22.

Carrette, G., Le Corre, M., Defontaine, D., Akian, M., Bacrie, S., & Hélias-Péan, A. (2022). Chapitre 7. Projet et cadre thérapeutiques. In *Psychomotricité en psychiatrie adulte* (p. 204-251). De Boeck Supérieur

Canchy-Giromini, F., Albaret, J.-M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De Boeck-Solal.

Ferragut E., (2005), *Emotion et traumatisme, le corps et la parole*, Masson, Paris

Genet Christine et Wallon Estelle. (2022). *La psychothérapie de l'attachement*.

Goodman, A. (1990). Addiction : Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408.

Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques* (2è éd). Paris : Heures de France

Hautefeuille, M. (2011). Hyperactivité, addictions et perspectives thérapeutiques. *Psychotropes*, vol. 17(2), 89-97.

Houzel D. (1992), « Peut-on parler d'enveloppe institutionnelle ? », in Bléandonu G. et al., *Filiations et affiliations*, Lyon, Césura Lyon Édition, pp. 71-78.

Jeammet, P. (2006). Du bébé à l'adolescence : Les chemins de la destructivité. *Le Carnet PSY*, 112(8), 21-29.

Joly, F. (2011). Le développement psychomoteur : Un paradigme pour la psychopathologie du xxie siècle. *Contraste*, 34-35(1-2), 213-235.

Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12, 193-209.

Keane, TM, Caddell, JM et Taylor, KL (1988). Échelle du Mississippi pour le trouble de stress post-traumatique lié au combat : trois études sur la fiabilité et la validité. *Journal de conseil et de psychologie clinique*, 56 (1), 85-90.

Laqueille, X., & Liot, K. (2009). Addictions : Définitions et principes thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, 85(7), 611-620.

McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 511.

Molnar, D. S., Sadava, S. W., DeCourville, N. H., & Perrier, C. P. K. (2010). Attachment, motivations, and alcohol : Testing a dual-path model of high-risk drinking and adverse consequences in transitional clinical and student samples. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 1-13.

Monjauze, M. (2008). *La problématique alcoolique* (2e éd). In press.

Monjauze, M., & Delrocq, C. (2011). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique : Des entretiens individuels et familiaux au travail de groupe* (3e éd). In press.

Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (2e éd). Dunod.

Potel Baranes, C. (2009). Adolescence et relaxation : le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53, 79-89.

Potel-Baranes, C. (2012). Journée d'étude de l'ARRCP du samedi 10 décembre 2011 : "Addiction et Psychomotricité". *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 171, 53-54.

Potel, C., & Golse, B. (2015). *Du contre-transfert corporel : une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse Érès.

Potel-Baranes, C. (2019). *Être psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir*.

Przewlocka-Alves, A., & Boussard-Lalauze, M.-F. (2011). Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron*, 206(3), 123-129.

Ravel Sarrola, M. (2002). À la recherche du corps perdu : ou l'abord corporel de l'anorexie mentale. Dans : T. Vincent, *La jeune fille et la mort* (pp. 187-212). Érès.

Roussillon, R. (2013). *Paradoxes et situation limite de la psychanalyse*, PUF, 3e édition

Saïet, M. (2015). *D'addictus à addiction: Vol. 2e éd.* (p. 9-18). Presses Universitaires de France.

Sinanian, A., Pommier, F., Pirlot, G., & Roques, M. (2014). Addictions, évitement et répétition du traumatisme. *Psychothérapies*, 34(3), 173-184.

Teegen, F., & Zumbeck, S. (2000). Prävalenz traumatischer Erfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei substanzabhängigen Personen. *Psychotherapeut*, 45(1), 44-49.

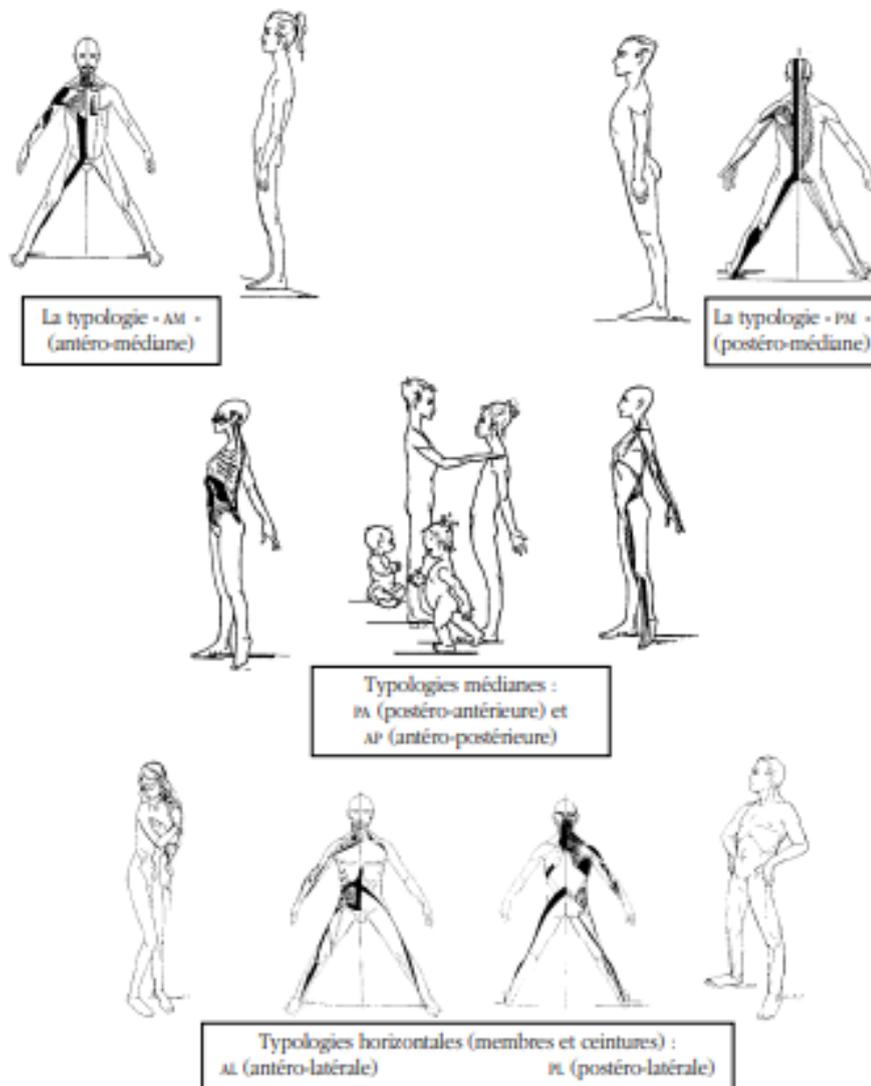
Vialou, V. (2013). Dépression et régulation de l'activité dopaminergique. *médecine/sciences*, 29(5), Article 5.

Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K. R., & Huether, G. (2013). Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8(1), 1.

Winnicott, D. W. (1992). *Le Bébé et sa mère*. Payot.

Winnicott, D. W., & Kalmanovitch, J. (1996). *Processus de maturation chez l'enfant : Développement affectif et environnement (Réimpr.)*. Payot.

World Health Organisation. *International Classification of Disease (ICD-10)*, World Health Organization, Geneva 1991.



Annexe I : Les chaînes musculaires et articulaires selon la systématique de G. Struyf (Lesage, 2006)

10 EXERCICES DE RELAXATION

À pratiquer régulièrement pour mieux gérer les émotions négatives

S'installer confortablement dans un endroit calme

Avec de l'entraînement, il deviendra possible de se relaxer dans des environnements moins calmes et confortables

RESPIRATION
PROFONDE

Inspirer lentement pendant 5 secondes

Par le nez si possible, en gonflant le ventre et en imaginant l'air qui rentre dans les poumons

Retenir sa respiration pendant 5 à 10 secondes

Abréger cette pause respiratoire si la sensation d'inconfort est trop pénible

Expirer lentement pendant 5 à 10 secondes

Avec une paille ou en imaginant avoir une bougie devant la bouche qui doit rester allumée

Répéter la procédure

Possibilité d'augmenter la durée de l'inspiration, de la pause et de l'expiration

RELAXATION
MUSCULAIRE PROGRESSIVE

Serrer le poing droit pendant 5 secondes

Se concentrer sur la tension musculaire et les sensations qu'elle procure

Relâcher le poing droit pendant 10 secondes

Se concentrer sur la décontraction musculaire et les (nouvelles) sensations qu'elle procure

Répéter la procédure avec d'autres muscles

Ex. avant-bras, biceps, visage, cou, épaules, tronc, fesses, cuisses, mollets, orteils, à droite et à gauche

IMAGERIE
MENTALE

Penser à un endroit agréable

Ex. plage, montagne, chez soi en bonne compagnie ou tout endroit associé à des souvenirs apaisants

Le visualiser en détails grâce aux 5 sens

Ex. formes, couleurs, distances, bruits, fond sonore, chaleur, vent, odeurs, boissons

Ces techniques visent à soulager les états de détresse émotionnelle et à lutter contre la dissociation

ANCRAGE

Ces techniques doivent être répétées très régulièrement, notamment en dehors des crises, pour être efficaces

SI JE PEUX ME DÉPLACER

Je m' étire très fort (doigts, bras, cou, muscles du visage, dos, jambes etc.)	Je fais couler de l' eau sur mes mains Je me projette de l' eau sur le visage
Je sautille sur place (je sens mon poids, les mouvements et les contacts avec le sol)	Je prends une douche Je prends un bain
Je marche lentement (je compte mes pas ou je pense droite/gauche)	Je fais de l' exercice (ex. courir dehors ou aller nager à la piscine)

SI JE PEUX BOUGER

Je serre les poings , je les desserre et ainsi de suite (je me concentre sur les muscles)	Je manipule un objet agréable au toucher (je me concentre sur les sensations)
Je me cramponne à ma chaise ou à quelque chose d'autre, aussi fort que possible	Je regarde un objet qui a du sens pour moi (ex. une photo, un cadeau)
Je me tiens sur mes talons (je sens le poids qui s'applique sur le sol)	Je sens un objet qui dégage une odeur (ex. crème, parfum, sachet de thé)

SI JE PEUX PARLER (sinon intérieurement)

Je nomme 5 choses que je peux voir	Je me dis des choses gentilles et encourageantes (ex. ça va passer)
Je nomme 4 choses que je peux entendre	Je décris en détails 3 objets autour de moi
Je nomme 3 choses que je peux toucher	Je décris de façon détaillée une de mes activités quotidiennes
Je nomme 2 choses que je peux sentir	Je lis quelque chose que je trouve autour de moi (ex. livre, affiche, panneau)
Je nomme 1 chose que je peux goûter	Je chante ou je récite quelque chose d'inspirant ou de réconfortant

SI JE PEUX SENTIR/RESSENTIR

Je sens les contacts du souffle de ma respiration (je respire lentement)	Je sens les contacts de mon corps avec mes vêtements
---	--

SI JE PEUX M'ORIENTER

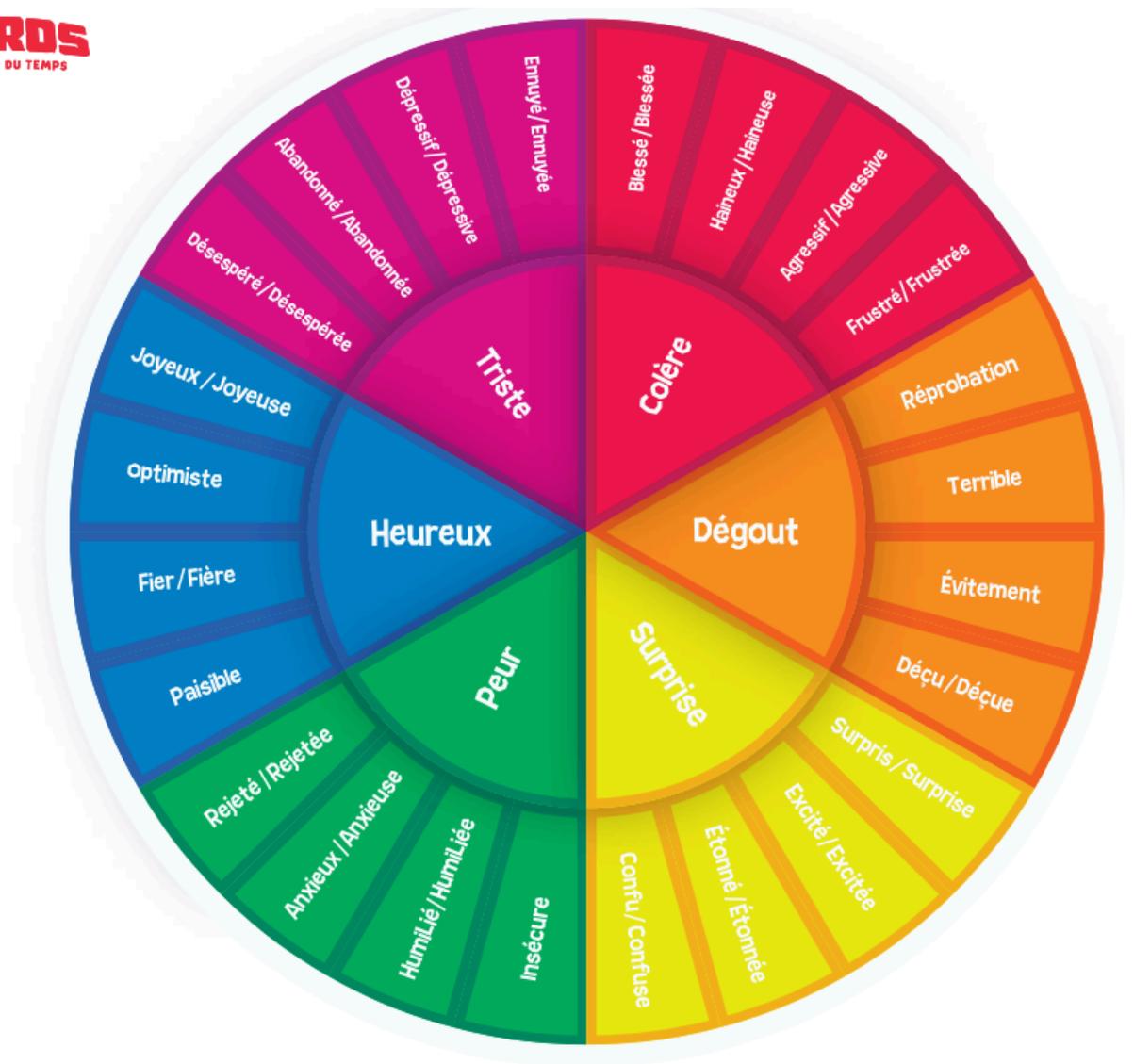
Je nomme le lieu où je me trouve	J'annonce l' heure et la date
J'annonce mon identité	Je nomme le président de la République

SI JE PEUX PENSER

Je m'imagine protégé-e du mal (par des murs, des gardes ou un pouvoir)	Je m'imagine dans un endroit sûr (réel ou imaginaire)
Je joue au jeu des catégories (ex. je cite des noms de pays qui débutent par « A »)	Je prévois de m'accorder une récompense une fois que ce sera passé

SI JE PEUX ME SOUVENIR

Je décris de façon détaillée un souvenir neutre ou agréable	Je décris ce que je dois faire dans les heures/jours qui viennent
Je progresse jusqu'au présent (ex. je décris mes anniversaires successifs)	Je pense aux favoris de ma vie (ex. choses, activités, gens, principes et valeurs)



Annexe IV : Roue des émotions (<https://kairosgame.com/roues-des-emotions>)

RÉSUMÉ :

Quelle est la place de l'approche psychomotrice auprès de patients souffrant d'un trouble de l'usage de substances ? En m'appuyant sur mon expérience clinique étayées par des fondements théoriques, je tenterai de répondre à cette problématique.

En m'interrogeant sur la prépondérance des vécus traumatiques chez les patients addicts, je vais explorer la relation entre la construction identitaire du sujet, parfois défailante, et les conduites addictives. En me basant sur ces recherches, je tenterai d'illustrer la spécificité d'un travail psychomoteur auprès de ces patients dans leur reconstruction psychocorporelle. J'y présenterai ma vision de la psychomotricité, les observations cliniques qui m'ont nourries ainsi que les réflexions et les questionnements qui ont forgé mon identité professionnelle en tant que psychomotricienne en devenir.

Mots-clés : Addiction – Psychomotricité – Enveloppe – TSPT – Interactions précoces

ABSTRACT :

What role can the psychomotor approach play in treating patients with substance use disorders? Drawing upon my clinical experience and theoretical foundations, I will attempt to answer this question.

By investigating the preponderance of traumatic experiences in addicted patients, I will explore the relationship between their often flawed identity construction and addictive behavior. Based on this research, I will attempt to illustrate the specificity of psychomotor work in helping these patients in their mind-body reconstruction. I will share my vision of psychomotricity, the clinical observations that have enriched me, as well as the reflections and questioning that have shaped my professional identity as an aspiring psychomotrician.

Key words : Addictions – Psychomotor – Envelopes – PTSD – Early interactions