



Université de Toulouse

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil

Institut de Formation en Psychomotricité

*L'utilisation de la relaxation progressive de
Jacobson dans la gestion de l'anxiété au cours
des séjours de sevrage en addictologie.*

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Elina Demay

Juin 2017

Table des matières

| | |
|--|--------|
| Remerciements | - 1 - |
| Introduction | - 5 - |
| Partie Théorique | - 6 - |
| A – L’addictologie | - 7 - |
| 1- Définitions..... | - 7 - |
| a) L’addiction avec ou sans produit | - 7 - |
| b) Le syndrome de dépendance | - 7 - |
| c) Les mécanismes cérébraux de l’addiction..... | - 10 - |
| 2- Processus associés au syndrome de dépendance..... | - 11 - |
| a) L’envie impérieuse ou le « craving » | - 12 - |
| b) La rechute | - 12 - |
| 3- Impact de l’anxiété et des émotions négatives sur les processus addictifs | - 13 - |
| a) Les relations entre les troubles anxieux et les troubles addictifs | - 13 - |
| b) Les facteurs de risque | - 16 - |
| c) L’impact de la comorbidité sur l’efficacité des traitements | - 17 - |
| B – La relaxation progressive de Jacobson | - 17 - |
| 1- Présentation de la méthode | - 17 - |
| a) Le postulat de base | - 17 - |
| b) Les objectifs | - 19 - |
| 2- Intérêts..... | - 21 - |
| a) Les avantages | - 21 - |
| b) Les indications..... | - 23 - |
| 3- Limites | - 24 - |
| a) Les inconvénients | - 24 - |
| b) Les contre-indications | - 25 - |

| | |
|---|--------|
| 4- Efficacité générale..... | - 26 - |
| a) La respiration..... | - 26 - |
| b) Le tonus | - 27 - |
| c) Neurophysiologie de l'état de relaxation..... | - 27 - |
| C – L'efficacité de la relaxation de type Jacobson en addictologie..... | - 29 - |
| 1- L'impact physiologique | - 29 - |
| 2- Le bien-être | - 30 - |
| 3- L'image du corps | - 31 - |
| 4- L'impact sur les processus cognitifs | - 32 - |
| a) La reconnaissance des émotions..... | - 32 - |
| b) Le contrôle des pensées intrusives | - 34 - |
| 5- Les processus de maîtrise..... | - 35 - |
| 6- La perception des sensations..... | - 36 - |
| a) Les effets sur les troubles du sommeil | - 37 - |
| b) Complémentarité de la relaxation avec les activités physiques | - 38 - |
| 7- Les bienfaits du travail de groupe | - 39 - |
| Partie Pratique..... | - 42 - |
| A- Présentation du lieu de stage | - 43 - |
| 1- L'équipe pluridisciplinaire | - 43 - |
| 2- La structuration du service | - 43 - |
| 3- Le rôle du psychomotricien..... | - 44 - |
| B- Mise en place des séances de relaxation au sein du service | - 45 - |
| 1- Les aspects pratiques..... | - 45 - |
| a) Le lieu..... | - 45 - |
| b) La durée..... | - 45 - |
| c) Le nombre de patients | - 45 - |
| d) La sélection des patients..... | - 46 - |

| | | |
|-----|--|--------|
| 2- | Les séances de relaxation | - 46 - |
| a) | Séance type | - 46 - |
| b) | Séance proposée | - 47 - |
| 1. | Avant la séance | - 47 - |
| 2. | La séance | - 47 - |
| 3. | Après la séance | - 51 - |
| C – | Evaluation de l’efficacité des séances | - 52 - |
| 1- | L’inventaire d’anxiété trait-état de Spielberger | - 52 - |
| a) | Présentation | - 52 - |
| b) | Les intérêts dans la situation | - 53 - |
| c) | Les biais..... | - 53 - |
| 2- | L’analyse des questionnaires | - 54 - |
| a) | Cotation brute | - 54 - |
| b) | Cotation standardisée | - 55 - |
| c) | Représentations graphiques des moyennes | - 56 - |
| | Discussion | - 57 - |
| | Conclusion..... | - 61 - |
| | Bibliographie..... | - 62 - |
| | Annexes | - 66 - |
| | Résumé | - 77 - |
| | Summary | - 77 - |

Introduction

Au cours de ma deuxième année d'études en psychomotricité, j'ai eu l'occasion de réaliser un stage d'observation dans un service d'addictologie. Ce stage m'a permis de comprendre et d'analyser la place prépondérante de la psychomotricité au sein d'un tel service, et m'a donné l'envie de me pencher davantage sur ce domaine. Aussi, au moment des vœux de stage de troisième année, j'ai demandé à réaliser mon stage dans de ce même service. L'accord m'a été donné, et j'ai donc réalisé mon stage de dernière année en service d'addictologie, à raison de deux jours par semaine.

Dès mon premier stage, un point m'interrogeait particulièrement vis-à-vis de cette structure : le psychomotricien propose diverses activités physiques aux patients, mais aucun programme de relaxation régulier n'est proposé. M'étant documentée sur les bienfaits d'un travail en relaxation et ayant moi-même expérimenté différentes méthodes au cours de ma deuxième année, puis personnellement, je me suis demandé comment instaurer des séances de relaxation au sein d'un service d'addictologie, quelle méthode utiliser, et surtout, quels effets auraient ces séances sur cette population. Ainsi, avec l'aide de mon maître de stage, j'ai pu mettre en place des séances de relaxation inspirées de la méthode progressive d'E. Jacobson, que j'ai proposées aux patients.

Ce mémoire me permettra donc de justifier mon choix quand à l'utilisation de la méthode de Jacobson. Il me permettra également de mettre en avant mon cheminement jusqu'à l'aboutissement des premières séances de relaxation au sein du service. Ce mémoire s'organisera comme suit ; une première partie théorique présentera les différentes facettes de l'addictologie, les principes de la méthode de Jacobson, ainsi que l'efficacité spécifique de la méthode de Jacobson sur la pathologie addictive. Enfin, une seconde partie clinique me permettra d'analyser les résultats obtenus au cours des séances de relaxation, et de les interpréter vis-à-vis de cette population spécifique.

Partie Théorique

A – L’addictologie

1- Définitions

L’addictologie regroupe différentes notions, des conduites à risque aux syndromes de dépendance, et à la prévention des rechutes. Il existe également différents types d’addiction, que l’on peut classer en deux grandes catégories : les addictions avec produit et les addictions sans produits.

a) L’addiction avec ou sans produit

Une addiction consiste en l’impossibilité répétée de contrôler un comportement, entraînant la poursuite de celui-ci en dépit de ses conséquences négatives physiques, psychiques, familiales, sociales et/ou professionnelles. Il existe des addictions avec et sans produit : une addiction avec produit, ou pharmacodépendance, consiste en la prise répétée et indispensable de produits psychoactifs illicites (cocaïne, héroïne, cannabis, amphétamines, ecstasy, etc. On parle alors de toxicomanie.) ou licites (alcool, tabac, médicaments). Différentes catégories de substances ont été distinguées en fonction de leurs effets sur l’organisme : les psychostimulants (caféine, nicotine, cocaïne, amphétamines, crack), les sédatifs ou psychodépresseurs (opiacés, alcool, benzodiazépines) et les psychodysléptiques ou hallucinogènes (champignons, LSD, cannabis, ecstasy). (Delfaure, Hougron, Ramo, 2015). Il existe également des pratiques addictives sans produits psychoactifs : le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires tels que l’anorexie et la boulimie, les addictions sexuelles, la cyberdépendance, le travail pathologique, le sport pathologique ainsi que les achats compulsifs en sont des exemples.

b) Le syndrome de dépendance

La 10^e révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) définit le syndrome de dépendance comme un « ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et psychologiques dans lesquels l’utilisation d’une substance psychoactive spécifique ou d’une catégorie de substances, entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. »

Le syndrome de dépendance s’accompagne également d’une incapacité de contrôle du comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. En effet, comme le

souligne très justement Laurent Karila (2008) à propos du phénomène de dépendance : « Vouloir n'est plus pouvoir et savoir ne suffit pas à pouvoir. »

La 4^e révision du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) distinguait l'abus de substance et la dépendance, et attribuait à chacun des critères diagnostiques bien définis. A contrario, le DSM-V désormais utilisé, regroupe les deux termes en un seul trouble, le trouble de l'usage d'une substance. Ce trouble est constitué de onze critères diagnostiques, correspondant aux critères regroupés de l'abus de substance et de la dépendance. Un sujet est considéré comme ayant un trouble de l'usage d'une substance s'il présente, ou a présenté au cours des douze derniers mois, au moins deux des onze critères. Ce trouble de l'usage d'une substance se caractérise en fonction de sa sévérité : la présence de deux à trois symptômes équivaut à un trouble léger de l'usage de substances ; la présence de quatre à cinq symptômes à un trouble moyen ; et la présence de six symptômes ou plus, à un trouble grave.

Critère A : réduction du contrôle, altération du fonctionnement social, consommation risquée, critères pharmacologiques.

- La réduction du contrôle sur la consommation d'une substance correspond au premier groupe de critères :
 - 1- Prise de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu initialement.
 - 2- Désir persistant de diminuer ou de contrôler la consommation de substance et de multiples efforts infructueux peuvent être faits pour diminuer ou arrêter la consommation.
 - 3- Beaucoup de temps est consacré à l'obtention de la substance, à son utilisation ou à la récupération de ses effets. Dans les cas les plus sévères, la quasi-totalité des activités journalières du sujet peuvent tourner autour de la substance.
 - 4- Une envie impérieuse (du terme anglais *craving*) de la substance, correspondant à un fort désir ou un besoin pressant de consommer la substance, peut se produire à tout moment et ce d'autant plus dans un environnement où la substance a été obtenue ou utilisée antérieurement.

- L'altération du fonctionnement social constitue le second groupe de critères :
 - 5- Incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou au domicile.

- 6- Poursuite de la consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.
- 7- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants peuvent être abandonnées ou réduites à cause de la consommation de la substance.

- La consommation risquée correspond au troisième groupe de critères :

- 8- Consommation récurrente de la substance dans des situations où cela est physiquement dangereux.
- 9- Poursuite de la consommation en sachant avoir un problème psychologique ou physique, persistant ou récurrent, susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance. La question clé dans l'évaluation de ce critère n'est pas l'existence du problème mais plutôt l'incapacité de la personne à s'abstenir de consommer la substance en dépit des difficultés dont elle est la cause.

- Les aspects pharmacologiques constituent le dernier groupe de critères :

- 10- La tolérance est définie comme le besoin d'augmenter nettement la quantité de la substance pour produire l'effet désiré, soit la diminution nette de l'effet en cas d'utilisation d'une même quantité de la substance. Le niveau de tolérance qui se développe varie largement selon les individus et selon les substances, et se manifeste par des effets variés sur le système nerveux central.
- 11- Le sevrage est un syndrome qui se produit lorsque les concentrations sanguines diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée. Après avoir développé des symptômes de sevrage, la personne peut consommer la substance pour soulager ces symptômes. Les symptômes de sevrage varient fortement selon les classes de substances et des ensembles distincts de critères de sevrage sont décrits selon les classes de substances.

Selon le DSM-V, le caractère essentiel du trouble de l'usage d'une substance se traduit par « un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela. » Le diagnostic de ce trouble repose ainsi sur « un mode pathologique de comportements liés à la consommation d'une substance ».

c) Les mécanismes cérébraux de l'addiction

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), l'installation d'une addiction implique trois mécanismes :

- Une augmentation de la motivation à consommer une substance : recherche de plaisir ;
- Un état émotionnel négatif : recherche de soulagement, de mieux-être ;
- Une diminution de la capacité de contrôle : perte de contrôle de la consommation.

Bien que plusieurs définitions existent, toutes s'accordent sur un point : une addiction est un processus par lequel un comportement humain permet d'accéder au plaisir immédiat, tout en réduisant une sensation de malaise interne. En effet, les processus addictifs sont en lien direct avec le système cérébral de récompense, « impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs. » (DSM-V). Ce dernier, composé de structures cérébrales telles que le noyau accumbens ou l'aire tegmentale ventrale, permet la survie d'un individu (alimentation, hydratation, sommeil, reproduction, loisirs) et fonctionne par pulsions hormonales : trois catégories de neurones (dopaminergiques, sérotoninergiques, noradrénergiques) interviennent pour réguler le circuit en libérant des hormones (respectivement dopamine, sérotonine et noradrénaline). (Nalpas, 2014). La non-satisfaction d'un besoin entraîne un sentiment de mal-être, alors que la satisfaction d'un besoin est à l'origine d'un sentiment de bien-être. Ces pulsions sont dues à la sécrétion d'une hormone, la dopamine, ou « hormone du plaisir ». Ainsi, la prise d'un produit toxique ou l'accomplissement d'un comportement entraîne un pic de sécrétion de dopamine et perturbe le système de récompense : le sujet ressentira un sentiment de bien-être peu de temps après la prise. « Les substances produisent une activation si intense du système de récompense que les activités habituelles peuvent s'en trouver négligées. Au lieu d'aboutir à une activation du système de récompense par des comportements adaptatifs, les substances donnant lieu à un usage abusif activent directement les voies de récompense. » (DSM-V).

Le système de récompense est associé au système mnésique. Néanmoins, la modification de la plasticité synaptique par les substances toxiques entrave la capacité des neurones à se réorganiser entre eux en cas d'intégration de nouvelles données, ce qui altère le souvenir de l'expérience. En effet, ce souvenir persiste au fil du temps et peut rendre l'expérience plus agréable qu'elle n'a été, ce qui incite au renouvellement de l'expérience. (Nalpas, 2014). Ainsi, le produit ou le comportement addictif assimilé à un effet agréable sera retenu en

mémoire et réutilisé pour tout besoin de compensation d'un mal-être, ou par simple recherche d'un mieux-être. En revanche, le pic de dopamine entraîné par la prise du produit s'atténue après un certain temps, ce qui implique une nouvelle prise du produit : c'est le début du cycle de dépendance.

Aussi, la consommation excessive et intensive d'une substance conduit à des changements sous-jacents dans les circuits cérébraux, changements pouvant persister après l'arrêt de la consommation, notamment dans les troubles graves de l'usage de substance. En effet, aux mécanismes énoncés ci-dessus, s'ajoutent la libération de sérotonine et l'activation des neurorécepteurs aux endorphines, molécules impliquées dans l'antalgie et la sensation de bien-être. Dans les cas de consommation récurrente de substances, « la stimulation répétée de ces récepteurs entraîne une diminution de la production naturelle d'endorphines ». (Nalpas, 2014). Ainsi, le plaisir n'est plus obtenu de façon naturelle mais seulement par l'apport de substances externes, ce qui plonge le sujet dans le cycle de la dépendance, entraînant de surcroît une tolérance face au produit (l'organisme devient peu à peu insensible à la substance consommée et se voit dans l'obligation d'accroître les doses pour atteindre le même niveau de plaisir), ainsi qu'une sensation de manque à l'arrêt des consommations.

D'une part, le réseau dopaminergique déséquilibré va peu à peu provoquer un besoin incessant de plaisir ; d'autre part, les perturbations cérébrales créent des effets négatifs sur le sujet, tels que de l'irritabilité, ou de l'anxiété. Ainsi, cet état émotionnel négatif, couplé au besoin incessant de plaisir et au mal-être ressenti à l'arrêt des consommations, deviendraient alors « la motivation principale à consommer (soulagement), au-delà de la recherche d'effets plaisants (récompense) ». (Nalpas, 2014). Les effets comportementaux de ces changements cérébraux peuvent entraîner des envies impérieuses, voire des rechutes, notamment en cas d'exposition à des stimuli liés à la substance. Ces effets persistants peuvent et doivent bénéficier d'approches thérapeutiques à long terme. (DSM-V).

Il est donc important de prendre conscience du caractère pathologique des mécanismes addictifs, impliquant une souffrance tant physique que psychique, ainsi que de leur caractère chronique, consécutif aux altérations du système nerveux central et de la santé.

2- Processus associés au syndrome de dépendance

Associés à la symptomatologie primaire du trouble, il existe des processus qui, bien qu'indépendants de la pathologie elle-même, rentrent en ligne de compte dans le maintien ou l'arrêt des manifestations morbides.

a) *L'envie impérieuse ou le « craving »*

Le terme anglais « craving » se définit en français par un désir ardent, une envie irrésistible. Le craving est tel une impulsion à un moment donné qui entraîne une envie de consommation d'un produit psychoactif et sa recherche compulsive, ou bien l'application d'un comportement, dans les cas de dépendance sans produit. Ce phénomène est un des symptômes caractéristiques du syndrome de dépendance.

b) *La rechute*

La prévention des rechutes est un élément capital dans la prise en charge des patients dépendants et vise les conséquences néfastes de la dépendance psychique. En effet, des stimuli associés de manière récurrente à la consommation d'une substance, comme un lieu ou un moment de la journée, « peuvent à terme activer la libération de dopamine avant même la prise de drogues. [...] Ce phénomène peut expliquer comment des signaux de l'environnement peuvent déclencher une rechute même après une longue période d'abstinence. » (Nalpas, 2014). Par ailleurs, le syndrome de dépendance se réinstallera d'autant plus rapidement au cours d'une rechute, c'est-à-dire, après une période d'abstinence plus ou moins longue. (Nalpas, 2014). Les rechutes sont très fréquentes, notamment en cas d'évènements affectant la personne, et peuvent survenir immédiatement ou plusieurs années après l'atteinte de l'abstinence. Les objectifs postcures doivent donc être réalisables en fonction des capacités propres du patient afin d'éviter une éventuelle démotivation. De nombreuses stratégies existent afin de prévenir les rechutes, telles qu'un changement ou une remise à neuf du logement, un déménagement éludant les fréquentations antérieures, la privation d'argent empêchant la possibilité d'achat de produit, etc. La prévention des rechutes est guidée par les groupes de paroles et de soutien, ainsi que par les psychothérapies, mais surtout lors de l'hospitalisation pour sevrage, avant la sortie du service. Il convient enfin de prendre garde aux transferts d'addiction d'un produit sur un autre, ou d'un produit vers une occupation (achats excessifs, alimentation, jeux à gratter...) pouvant entraîner des risques financiers.

3- Impact de l'anxiété et des émotions négatives sur les processus addictifs

a) Les relations entre les troubles anxieux et les troubles addictifs

Les troubles anxieux et les troubles addictifs, et notamment le trouble de l'usage de l'alcool, sont étroitement liés. Effectivement, les troubles psychiatriques et de consommation de substances sont hautement comorbides chez les adultes, avec des taux de prévalence supérieurs à 50%. De même, l'augmentation de la fréquence de la toxicomanie est plus susceptible de suivre l'apparition de troubles du comportement et de troubles psychiatriques (Rajita, 2001). Le phénomène d'anxiété est naturel et adaptatif, puisqu'il permet de faire face à un danger. Les réponses anxieuses se manifestent tant physiologiquement que psychologiquement, émotionnellement et comportementalement. Cependant, au-delà d'un certain degré, cette anxiété peut devenir pathologique car envahissante et entravant l'adaptation du sujet à son environnement. Ainsi, l'effet anxiolytique des substances, et particulièrement de l'alcool, entretient le cercle vicieux compliquant l'évolution, et aboutissant au syndrome de dépendance. (Servant, 2009).

Une étude menée par Kushner, Abrams et Borchardt, en 2000, a étudié et rassemblé les connaissances actuelles sur les liens unissant les troubles anxieux et les troubles de l'usage de l'alcool. Trois hypothèses sont envisageables : le fait que les troubles anxieux induisent un trouble de l'usage de l'alcool ; le fait que le trouble de l'usage de l'alcool conduise à un trouble anxieux ; et enfin, le fait qu'un facteur externe induise ces deux troubles. Les auteurs ont ainsi résumé les trois hypothèses étiologiques de cette comorbidité.

- Une des explications de la comorbidité est le fait que le trouble anxieux (ou les symptômes anxieux) induisent directement le trouble de l'usage d'une substance. Ainsi se pose l'hypothèse de l'automédication. Les effets pharmacologiques aigus de l'intoxication alcoolique induisent une réponse face au stress et entraînent la diminution des symptômes d'anxiété. Ce phénomène conduit à un renforcement positif, progressif et croissant, à mesure des consommations. De plus, les consommations auto-thérapeutiques sont prédictives de rechutes durant les périodes d'abstinence chez les sujets comorbides. Les auteurs soulignent également des analogies au niveau cérébral entre les troubles anxieux et les états de sevrage d'alcool.

- Une autre explication est le fait que le trouble d'usage de l'alcool induit le trouble anxieux. Ici, l'hypothèse repose sur le fait que les symptômes anxieux sont une conséquence bio-psycho-sociale de l'usage chronique de substances et du syndrome de sevrage. En effet, cet usage chronique est à l'origine de changements dans le système neuro-chimique lié à l'induction de l'anxiété. L'usage chronique d'alcool empêche la désensibilisation naturelle. Autrement dit, il entraîne le trouble anxieux par inhibition des mécanismes qui dirigent normalement les réactions anxieuses naturelles. Aussi, même si l'alcool initie mais ne contribue pas au maintien des symptômes anxieux, d'autres processus biologiques et/ou cognitifs, induits par l'usage abusif, peuvent maintenir les problèmes d'anxiété malgré l'abstinence.

- Enfin, une autre explication trouve sa source dans l'existence d'un facteur externe à l'origine de cette comorbidité. Selon les études, ce troisième facteur peut correspondre à des facteurs de risque génétiques pour les deux types de troubles, à des facteurs de risque biologiques, à des facteurs de risque environnementaux, tels qu'un environnement familial perturbateur, des abus parentaux ou de la négligence, ou encore à l'exposition à des facteurs environnementaux prénataux, comme l'abus d'alcool maternel par exemple.

Dans chacun des cas, cette causalité constitue un cercle vicieux de renforcement dans lequel l'interaction entre les processus anxiogènes du trouble anxieux et les processus anxiolytiques de la consommation d'alcool, contribue à l'étiologie de la comorbidité. Cette étude envisage donc le soulagement immédiat de l'anxiété après la consommation d'alcool, ainsi que l'augmentation de l'anxiété lors de l'interruption des consommations d'alcool, parallèlement à l'aggravation sous-jacente de l'état anxieux malgré la pérennité des consommations. Ces phénomènes illustrent ainsi l'émergence d'une boucle de renforcement négatif, dans laquelle l'atténuation immédiate des symptômes anxieux favorise les consommations d'alcool, lesquelles contribuent à l'aggravation globale de l'anxiété. (Kushner, Abrams, Borchardt, 2000).

Une autre étude a analysé le phénomène de comorbidité. Celle-ci met en exergue les mêmes conclusions que l'étude précédente concernant l'association causale bidirectionnelle ainsi que les différentes hypothèses étiologiques à l'origine de la comorbidité. Cependant, cette étude s'applique également à la comorbidité des troubles de l'usage de l'alcool avec les troubles dépressifs. Cette étude conclue que les personnes souffrant d'abus et/ou de

dépendance à l'alcool, ont généralement deux à trois fois plus de risques par rapport aux sujets non dépendants à l'alcool, de voir naître en eux des symptômes anxieux, tels que la phobie spécifique, la phobie sociale, l'agoraphobie, ou le trouble panique, mais également des symptômes dépressifs, allant de la dysthymie à la dépression majeure. (Swendsen, Merikangas, Canino, Kessler, Rubio-Stipec, Angst, 1998).

De surcroît, Kushner, Abrams et Borchardt (2000) suggèrent que le trouble anxieux peut contribuer au maintien du trouble de l'usage de l'alcool, et même au phénomène de rechute. L'explication de ce phénomène se base sur l'analyse des résultats pharmacologiques et comportementaux d'études menées en laboratoire. La diminution de l'anxiété à court terme, due aux effets aigus de la consommation d'alcool, - consistant en un divertissement de l'attention des pensées anxiogènes ainsi qu'en l'affaiblissement des processus cognitifs qui font que les pensées anxiogènes semblent pertinentes - associée à l'induction de l'anxiété à long terme, due à la consommation chronique d'alcool et à l'abstinence, peut déclencher un cercle vicieux de renforcements de l'un et de l'autre trouble, ce qui entraîne le maintien, et notamment la rechute lors des phases d'abstinence. Ainsi, les mécanismes à l'origine des effets positifs de l'alcool sont davantage pharmacologiques que psychologiques. Par ailleurs, il a été mis en évidence la présence plus fréquente de ce lien de causalité dans les cas de dépendance, par rapport aux cas d'usage simple, sans dépendance. (Kushner, Abrams, Borchardt, 2000).

Enfin, une étude de Rajita, en 2001, a porté sur les liens entre le stress et l'augmentation du risque d'abus de substances et de rechutes. Le terme stress est ici défini comme un processus impliquant la perception, l'interprétation, la réponse et l'adaptation aux événements dangereux, menaçants ou provocateurs. (Lazare et Folkman, 1984, in Rajita, 2001). La majorité des théories sur les processus addictifs postule que les stress aigus et chroniques jouent un rôle important dans la motivation à l'abus de substances addictives. Par exemple, le modèle d'adaptation au stress dans l'addiction propose que l'utilisation de substances permet de réduire les effets négatifs et d'augmenter les effets positifs, ce qui renforce la prise de substances telle une stratégie d'adaptation efficace, quoique inadaptée. La consommation de substances, les symptômes de sevrage aigus et prolongés et les symptômes de tolérance sont associés à des altérations des circuits de stress cérébraux. Ces changements à long terme dans les voies de récompense du cerveau à la suite de l'abus chronique sont passibles de jouer un rôle clé dans l'envie, le comportement de recherche de drogue et la rechute. (Rajita, 2001). Initialement, un médicament ou une substance peuvent être utilisés pour moduler la tension

ou la détresse ; par la suite, du fait de succès répétés, il peut devenir une réponse omniprésente à la fois pour le soulagement du stress et pour l'amélioration de l'humeur.

b) Les facteurs de risque

Un certain nombre de facteurs de vulnérabilité augmentent le risque d'abus de drogues. Il s'agit notamment des influences génétiques et familiales, de la psychopathologie parentale et des antécédents parentaux d'abus de substances, des événements de vie précoces, et des caractéristiques de la personnalité telles que la recherche de sensations, les états de stress chroniques, le dysfonctionnement frontal et la sensibilité accrue aux effets gratifiants des drogues abusives. Plusieurs de ces facteurs de vulnérabilité, notamment les expériences de vie précoces, la détresse affective chronique, les traits de personnalité spécifiques et les troubles des fonctions exécutives, contribuent aux variations individuelles dans la réponse face au stress. (Rajita, 2001).

Plusieurs études chez l'homme ont rapporté une corrélation positive entre les événements indésirables de vie, la détresse chronique et l'augmentation de l'abus de substances. Les personnes présentant des antécédents d'abus sexuel et de violence sexuelle sont plus à risque d'abus de substances, et ce à un âge plus précoce. (Rajita, 2001). Par ailleurs, des études prospectives menées chez des adolescents montrant des niveaux de stress élevés et une mauvaise adaptation, avec un faible soutien parental, prédisent la consommation de nicotine, d'alcool et de marijuana. Quant à la consommation d'alcool, celle-ci est positivement associée à des niveaux de stress élevés, à un manque de soutien social et de stratégies d'évitement. Enfin, la prévalence de l'anxiété, des troubles de l'humeur et des problèmes de comportement chez les adolescents est associée à une fréquence accrue de l'utilisation de substances telles que l'alcool, la nicotine et la marijuana. (Rajita, 2001).

Par ailleurs, les troubles psychiatriques tels que l'anxiété ainsi que les troubles affectifs correspondent à des manifestations d'états de stress chronique, associés à des circuits cérébraux dérégulés. Il est possible que de telles neuroadaptations dans les circuits de stress cérébraux puissent conduire à une plus grande sensibilité aux propriétés renforçantes des substances chez ces sujets, augmentant ainsi la fréquence de consommation de drogue chez ces individus. (Rajita, 2001). Conformément à cette hypothèse, Covington et Miczek, en 2001, (in Rajita, 2001) ont rapporté que l'exposition chronique au stress et à la défaite sociale chez les animaux de laboratoire a augmenté l'auto-administration de cocaïne. De surcroît, ils

ont relevé le fait que l'exposition à un stress aigu facilite l'auto-administration d'amphétamines, de morphine et de cocaïne.

Enfin, il est notoire que les sujets souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool augmentent leur consommation d'alcool en réponse à des situations stressantes ; les sujets souffrant de dépendance tabagique démontrent également une augmentation du tabagisme après l'exposition à une anxiété élevée en comparaison aux situations à faible niveau d'anxiété. (Rajita, 2001). Ainsi, l'exposition au stress augmente l'auto-administration de substances, en quête d'une automédication.

c) L'impact de la comorbidité sur l'efficacité des traitements

Le traitement médicamenteux des symptômes anxieux réduit l'usage de l'alcool chez les individus comorbides. De même, le succès d'un traitement des symptômes anxieux comorbides semble améliorer les résultats du traitement de l'alcoolisme. Enfin, les événements stressants survenant au cours du traitement de la dépendance entraînent des rechutes. (Kushner, Abrams, Borchardt, 2000).

Les conséquences d'un traitement de l'alcoolisme sur les symptômes anxieux ont également été étudiées. Non étonnement, l'état d'anxiété tend à diminuer du début à la fin du sevrage d'alcool. (Kushner, Abrams, Borchardt, 2000).

Enfin, le degré d'influence réciproque de ces deux troubles constitue un indicateur de réussite du traitement de l'alcoolisme. Une étude récente a montré, chez des sujets présentant à la fois un trouble de l'usage de l'alcool et un trouble anxieux comorbides, une différence significative dans l'efficacité du traitement de l'alcoolisme, en fonction du degré d'utilisation d'un trouble en regard de l'autre trouble. (Anker, Kushner, Thuras, Menk, Unruh, 2016).

B – La relaxation progressive de Jacobson

1- Présentation de la méthode

a) Le postulat de base

Bussillet, en 2013, propose une version abrégée de l'histoire du terme relaxation. Etymologiquement parlant, le terme relaxation vient du latin *relaxare*, qui signifiait *desserrer*, *relâcher*, *dilater*, *détendre*, *épanouir*. En ancien français, ce terme signifiait *pardonner*, et a

gardé son sens juridique de *mettre en liberté un détenu*. Médicalement parlant, le terme *détendre*, du à Ambroise Paré, est associé à la décontraction musculaire, mais veut dire également relâchement de l'esprit. Ainsi, déjà à cette époque, les systèmes neuro-musculaire et psychique étaient liés par l'aspect de détente.

La relaxation progressive de Jacobson est une méthode de relaxation à point de départ physiologique. Mise au point par le neurophysiologiste américain Edmund Jacobson, dans les années 1920, cette méthode est encore très utilisée aujourd'hui et constitue la référence de toutes les relaxations de type neuro-musculaire à point de départ physiologique. Sa méthode s'oppose au training autogène de Schultz. Effectivement, Jacobson n'approuve pas le caractère de dépendance reliant le patient à son thérapeute dans les méthodes suggestives, et « insiste particulièrement sur l'aspect non suggestif de sa méthode » (Guiose, 2007). Il fonde sa technique sur ses travaux en physiologie du système neuro-musculaire. Le postulat de base est la relation entre l'état de tension musculaire et la tension psychique. Partant de cela, Jacobson a suivi son hypothèse selon laquelle « un état de perturbation mentale pouvait se transposer en un état d'hypertonie musculaire problématique et pathologique auquel le relâchement musculaire conscient et volontaire peut apporter une solution. » (Baste, 2016). Il émet l'hypothèse que les tensions psychologiques, et notamment les différentes formes d'anxiété, pourraient être réduites par apprentissage de la réduction de la tension musculaire. Chaloult résume ainsi la méthode : « Toute forme de tension psychique en général ou d'anxiété en particulier va toujours provoquer l'apparition d'une contraction au niveau de la musculature. Ceci implique que si la musculature d'un individu est détendue, celui-ci ne peut être anxieux. » Afin d'étudier ces phénomènes de tension plus en profondeur, Jacobson met au point un appareil indiquant le degré de contraction musculaire, analysant de fait, le degré de relâchement du sujet : l'électro-neuromyomètre. En effet, il postule que « la nervosité, l'émotion, la réflexion, l'imagination et tous les autres processus mentaux comportent des patterns neuromusculaires transitoires mesurables avec précision au moment même de leur manifestation. » (Largier, 2008). Ainsi, il pense qu'induire un relâchement musculaire global permettrait d'agir sur les processus mentaux. Sa méthode consiste donc en une réponse d'ordre somatique et notamment musculaire. Ainsi, « pour diminuer ou faire disparaître l'anxiété, on tentera de décontracter le plus possible l'ensemble de la musculature. » (Chaloult).

Selon Jacobson (1980), « la relaxation générale signifie l'absence complète de tout mouvement. » Lorsque les muscles sont parfaitement détendus, les nerfs qui les innervent sont

inactifs et ne transmettent aucun message. Jacobson affirme même que « la complète relaxation du système neuro-musculaire signifie l'absence d'activité dans le réseau complet des nerfs. » Lorsque l'état de relaxation est parfaitement atteint, le sujet ne dénote aucun mouvement involontaire et ne doit pas sursauter en cas de bruit soudain. Ainsi, les sursauts et mouvements involontaires sont des identifiables pour l'observateur indiquant que l'état de relaxation n'est pas atteint. L'échec de l'atteinte de l'état de relaxation est dû à la persistance d'une tension résiduelle : c'est une « contraction musculaire légère mais continue, donnant lieu à des mouvements réflexes ou involontaires ». (Jacobson, 1980). L'effacement de cette tension résiduelle est l'objectif de cette méthode, mais peut prendre beaucoup de temps. En effet, « la relaxation véritable ne commence souvent qu'au moment où un observateur inexpérimenté s'imagine que le sujet est parfaitement relaxé. » (Jacobson, 1980).

« Relaxer est l'opposé physiologique direct de s'exciter ou d'être troublé. » Jacobson affirme que l'on dépense notre énergie personnelle par le raccourcissement des fibres musculaires à chaque contraction musculaire, c'est-à-dire lors de chaque mouvement. Le terme de sa méthode est de vivre et de réaliser les activités du quotidien en ne contractant que les muscles nécessaires à la réalisation de l'acte, afin d'économiser cette énergie personnelle. En effet, le terme contraction, qui correspond au raccourcissement des fibres musculaires, est l'opposé exact du terme relaxation signifiant l'allongement des fibres et la reprise de la longueur normale du muscle. Jacobson appelle cette deuxième phase le « mouvement négatif », car « aucun effort n'est requis pour le réaliser ». En fait, tout effort fait dans le but de relaxer provoque toujours l'échec de la relaxation. La relaxation est donc un phénomène naturel, présent en chacun de nous, mais l'enseignement de cet état est indispensable pour y parvenir : « La nature a doté l'homme de tous les moyens de contrôle nécessaires, mais elle n'a pas prévu de l'éduquer pour qu'il puisse les utiliser en toute connaissance de cause. » (Jacobson, 1980).

b) Les objectifs

« Le but de la relaxation est d'obtenir un calme dans le domaine psychique, c'est-à-dire de mettre le cortex au repos en diminuant le fonctionnement cérébro-neuro-musculaire excessif en relaxant directement la partie périphérique de ce circuit » (Guiose, 2007). Ainsi, Jacobson propose, pour chacun des groupes musculaires, des items de contraction / décontraction musculaire visant à obtenir une réduction du tonus musculaire de l'ensemble du corps. Il passe ainsi l'ensemble du corps en revue, en veillant à ce que les sujets ressentent les effets

d'une contraction et les effets de son relâchement, et apprécie l'écart entre ces deux états. Ainsi, le sujet provoque lui-même la contraction musculaire, et en phase de relâchement musculaire, « accueille les sensations ». (Largier, 2008). Jacobson (1980) l'explique ainsi : « Tout au long de l'exercice, il est nécessaire d'identifier la contraction et de noter la sensation de tension. Lorsque celle-ci se reproduira, vous pourrez l'identifier facilement et l'éliminer de la façon suivante : relâchez les muscles complètement et laissez s'installer en vous la décontraction. Le relâchement est total. La sensation de tension empreinte en vous, vous permet à présent de l'identifier facilement lorsqu'elle apparaît et de l'éliminer. » Jacobson parle de « relaxation progressive » pour trois raisons : premièrement, l'individu détend graduellement chacun de ses groupes musculaires du fait de la répétition de chaque item ; deuxièmement, le sujet relaxe ses groupes musculaires les uns après les autres ; et troisièmement, au fil de l'expérience, le sujet prend l'habitude de la décontraction et devient automatiquement détendu. Cette méthode peut donc se résumer comme suit : « reconnaître les tensions spécifiques, induire l'extinction de conditionnements posturaux inutiles, favoriser l'économie du corps ». (Jacobson, 1980). Chenard, en 1990, propose plus simplement d' « apprendre au cerveau à guérir ».

Dans un premier temps, la méthode incite les patients à se familiariser avec ces deux états opposés, afin de pouvoir les identifier plus facilement, et notamment avec la sensation de relâchement : celle-ci est « l'état à regagner à chaque existence d'une tension dans une partie [du] corps. » (Guiose, 2007). En effet, apprendre à reconnaître ses propres tensions corporelles et être capable de les relâcher soi-même, tel est l'objectif de cette méthode pour obtenir un état de détente physique et psychique. Cette partie de la méthode se nomme la relaxation générale analytique. « Oscar B. Mayer [...] demandait : pourquoi utiliser des sédatifs et des tranquillisants, avec leurs nombreux effets secondaires, quand la nature a prévu un mécanisme interne qui n'implique aucun de ces désagréments ? » (Jacobson, 1980). Et Jacobson d'ajouter, en reprenant les termes de son ami : « Mon but est d'encourager mes lecteurs à tirer profit du « tranquillisant interne » que nous avons tous en nous. »

Dans un second temps, une fois les patients familiarisés avec ce processus de contraction / décontraction musculaire, Jacobson propose d' « éviter les tensions inutiles qui empêchent de vivre une vie normale », et d'appliquer les exercices dans des situations de la vie quotidienne : la lecture, l'écriture, la conduite, la marche, etc., de façon à ne contracter que les muscles nécessaires à la réalisation de l'acte et à relâcher les autres muscles. C'est la relaxation différentielle. Selon Jacobson (1980), « en préservant nos énergies musculaires, nous sommes

capables de sauver notre cœur. Voilà pourquoi il nous faut apprendre à relaxer. » Effectivement, dans notre vie quotidienne, bon nombre de gestes sont inutiles et nous gaspillons une énergie nerveuse et musculaire considérable en contractant des muscles non nécessaires à l'action. Cette deuxième partie de la méthode vise donc à obtenir « le minimum de tension musculaire requis pour un acte, en même temps qu'on garde relaxé l'ensemble des autres muscles. » (Jacobson, 1980). Cette économie d'énergie n'atténue pas l'action mais au contraire la favorise, dans le sens où la personne pourra agir comme à son habitude, tout en contrôlant son état de nervosité physique et psychique.

2- Intérêts

« Les techniques aboutissant à une réponse de relaxation s'avèrent d'excellents moyens d'intervention écologique. » (Chenard, 1990).

a) Les avantages

Comme toute technique de relaxation, cette méthode peut avoir des objectifs variables, tels que la recherche d'un état de bien-être pour tout un chacun, qui s'inscrit dans un moment de détente, de loisir ; ou bien dans le but d'obtenir une meilleure gestion de soi : gérer son stress, ses émotions, ses capacités physiques ; ou encore à visée thérapeutique, pour des sujets souffrant de pathologies somatiques et / ou psychiques. (Abeilhou, 2015). L'avantage de cette méthode est son adaptation simple aux patients, quels qu'ils soient. En effet, du fait de son postulat de base neuromusculaire, cette méthode semble « s'adapter très facilement à toutes les structures psychiques ». (Guiose, 2017). Les consignes sont simples à comprendre et par conséquent, les exercices simples à réaliser. La difficulté réside donc seulement dans l'appréciation des effets physiologiques opposés, qui vient à force d'entraînement. Aussi, la première partie de cette méthode, la relaxation générale analytique, peut se pratiquer en position couchée, mais aussi en position assise ou érigée. Il est donc aisé de l'adapter aux différents types de pathologies et de populations accueillies. Aucun matériel n'est requis, si ce n'est des tapis et des couvertures pour le confort. Enfin, cette méthode est applicable même avec des sujets extrêmement tendus, ce qui est souvent le cas en addictologie. Ainsi, la contraction musculaire selon le protocole de Jacobson permet au sujet de ressentir la contraction, puis de laisser venir à lui une certaine détente, qui sera de plus en plus importante au fil de l'entraînement. (Baste, 2016).

Lepine en 2002, met en avant que « les troubles anxieux sont, avec la dépression, les troubles psychiatriques les plus fréquents. » En ces temps où les objectifs de vie ne sont plus fondés sur l'harmonie, mais sur les performances économiques et financières, il est vrai que prendre un petit comprimé est plus simple et plus rapide qu'un travail de relaxation régulier. Chenard, en 1990, parle déjà de « ration de bonheur chimique ». Il en va de même de l'ingestion d'un verre d'alcool ou de la prise d'une substance. Les syndromes anxieux dus au stress sont de plus en plus répandus. Jacobson affirmait en 1980 déjà : « les troubles de tension sont plus répandus que le rhume ! ». La délivrance de tranquillisants est également moins coûteuse en temps pour les médecins débordés, que des séances de relaxation intégrées dans le projet de soins du patient. Bien que les scientifiques aient tenté de mettre au point des médicaments peu délétères, ceux-ci ont toujours des effets secondaires, qui varient selon les sujets. De surcroît, il y a les sédatifs, prescrits en plus des tranquillisants, qui agissent en réduisant le tonus des tissus nerveux. Ces deux catégories de médicaments, sédatifs et tranquillisants, sont parmi les plus prescrites en addictologie, au moment du sevrage. C'est-à-dire que l'on soigne des patients dépendants à des toxiques par l'administration d'autres toxiques qui « agissent en gros comme des poisons à faible dose » (Jacobson, 1980). Ces prescriptions médicamenteuses, certes indispensables dans les phases aiguës de sevrage des dépendances sévères, doivent être abaissées progressivement, et leur utilisation devrait être remplacée, dès la sortie du sevrage, par des techniques naturelles, sous peine de créer une nouvelle dépendance : dépendance médicamenteuse résumée ainsi par Chenard (1990) : « à chaque nuance du mal de vivre, un granulé, une pastille, une gélule apportent en vert, rose ou bleu la réponse chimique aux problématiques de l'âme. »

La question de Jacobson est alors : « Pourquoi donc abaisser de façon aussi artificielle notre tonus alors que nous sommes capables, sans recourir à des médicaments, de mettre un terme à ces efforts inutiles ? » Contrairement aux traitements médicamenteux, l'apprentissage de la relaxation mène à l'autocontrôle et l'autoréduction du tonus musculaire, tout en laissant intègres les systèmes nerveux et musculaire, et n'entraînant aucune conséquence négative pour le corps du patient. Par conséquent, plutôt qu'une dépendance passive à une prescription extérieure, la solution de l'état de relaxation favorise l'apprentissage actif d'une habileté permettant de se venir en aide. (Chenard, 1990). La tension et le stress font désormais partie intégrante de la vie quotidienne. Ainsi, un apprentissage de la relaxation, qui équivaut selon Chenard (1990) à « une longue ordonnance prescrivant, pêle-mêle, hypotenseurs, bêtas bloqueurs, myorelaxants, antalgiques et psychotropes mineurs », devrait être envisagé par tout

un chacun, afin d'éviter l'utilisation récurrente des tranquillisants tels que l'alcool et les médicaments, certes les plus efficaces, mais aussi les plus nocifs. En effet, « plus la régulation chimique recherchée interfère avec des mécanismes corticaux ou hormonaux complexes, plus ses effets secondaires sont susceptibles d'être sérieux et dangereux. » (Chenard, 1990). Ainsi, selon ce dernier, « la préséance doit toujours revenir à l'utilisation de ces techniques naturelles n'utilisant que les mécanismes de régulation périphériques ou centraux déjà en place. »

b) Les indications

Jacobson estime qu'il est possible de proposer cette méthode dès l'âge de 6 ou 7 ans. Les indications sont donc très variées, d'autant que des adaptations sont simples à mettre en place. Chaloult propose comme indications les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les maladies psychosomatiques ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.

En matière de troubles anxieux, Chaloult précise que la relaxation de Jacobson ne guérit pas les phobies, les attaques de paniques ou les obsessions, mais peut être un adjuvant dans leur traitement, notamment pour diminuer le haut niveau d'anxiété qui leur est associé. Concernant les troubles de l'humeur, il précise que cette relaxation peut être indiquée dans les troubles peu sévères ou dépressions légères, mais est inefficace voire contre-indiquée dans les troubles de l'humeur plus graves tels que la dépression sévère. Celui-ci avance également l'efficacité de la méthode dans les maladies psychosomatiques d'origine fonctionnelle, dans lesquelles l'anxiété joue un rôle significatif. Il cite en exemple les céphalées de tension ; les troubles respiratoires tels que la dyspnée, l'hyperventilation ou le sentiment d'étouffement ou d'oppression ; les troubles digestifs tels que les nausées, la boule épigastrique, et la digestion lente et difficile ; enfin, certaines douleurs chroniques, les troubles du sommeil ainsi que plusieurs dysfonctions sexuelles. Il ajoute également que la relaxation de Jacobson est moins efficace mais tout de même utile dans le traitement de certaines pathologies organiques chroniques dans lesquelles l'anxiété constitue un facteur moins important mais tout de même réel comme dans l'asthme, l'eczéma, la colite ou autres. Enfin, Chaloult propose une amélioration de la qualité de vie en aidant à la prévention des maladies liées au stress et à l'anxiété, en améliorant le rendement dans les différents domaines professionnel, social, familial, personnel, créatif, sportif, etc., et en augmentant la résistance physique et psychique face aux stressseurs environnementaux et aux aléas de l'existence.

3- Limites

a) *Les inconvénients*

Comme pour toutes les méthodes, seule une pratique régulière entraîne l'appréciation des effets recherchés. Jacobson (1980) explique que « la relaxation procède comme n'importe quel processus d'apprentissage : plus le temps passe, moins il faut lui porter attention. Une fois que vous aurez appris à relaxer, la relaxation deviendra automatique. Vous n'aurez plus, ou presque plus, à y faire attention, et cela vaudra mieux ! » Cependant, de nombreuses personnes prendront beaucoup de temps avant l'atteinte de l'état de relaxation, ce qui implique une profonde motivation de la part du sujet. En effet, « on ne change pas ses habitudes à la même vitesse qu'on avale une pilule », disait Jacobson (1980). Pourtant, comme nous l'avons vu plus haut, relaxer est l'opposé de contracter. C'est donc « le contraire de l'effort, le contraire de la difficulté. » En outre, les personnes ont pris l'habitude de vivre tendues, et de contracter inconsciemment l'ensemble de leur corps à chaque mouvement, à chaque activité. Ainsi, en essayant de se détendre, ces personnes en arrivent à contracter leurs muscles. Dorothy et Harrison, (1983) confirment que « du temps est nécessaire pour le patient pour acquérir ces compétences. Celles-ci sont cumulatives et, une fois apprises, peuvent conduire à l'autorégulation et l'autodiscipline. » Enfin, Chenard, (1990) oppose les bienfaits tardifs d'une pratique régulière de la relaxation aux effets immédiats de la prise de substances : « Contre toutes les drogues licites et illicites, contre toutes les potions magiques, les techniques favorisant la réponse d'apaisement souffrent au départ de handicaps. Elles n'induisent en effet cet état qu'après un long et fastidieux apprentissage qui s'oppose de façon frappante aux altérations automatisées et sans effort, obtenues avec les narcotiques ou les dérivés pharmacologiques. » Ici, la répétition seule, comme dans toute pratique motrice, reste garante du résultat final.

De surcroît, certains facteurs psychologiques sont susceptibles d'altérer l'atteinte de l'état de relaxation. En effet, la fixation d'objectifs difficilement réalisables ou l'attente d'une efficacité personnelle trop importante ne sont pas en accord avec le cheminement vers l'état recherché. Il en est de même de l'adhésion du sujet et/ou du thérapeute quant à la méthode proposée : l'absence de conviction de l'un des deux partenaires en l'efficacité de la relaxation peut conditionner de façon négative les résultats. (Abeilhou, 2015). Et Bussillet (2013) de confirmer : « Il n'y a pas de thérapie sans espoir... Un thérapeute qui n'aurait pas confiance

en sa méthode, en la relation humaine, en la capacité de changement de l'être humain, empêcheraient ces changements de se faire. » Un entretien préalable est donc indispensable afin d'évaluer la volonté et la motivation du patient. Quant au thérapeute, il se doit d'avoir une bonne connaissance de la méthode qu'il propose, de ses effets, de ses objectifs, et doit avoir une expérience pratique personnelle de la technique. En effet, « n'importe quelle pratique physique s'apprend mal dans un livre. » (Jacobson, 1980). De plus, « le relaxateur a reçu savoir et pouvoir à travers une communication qui passe par le corps dans une pratique tout à fait originale qui est la relaxation. Il apparaît nécessaire qu'il soit lui-même « fasciné » par une profonde croyance en son efficacité. » (Ranty, 2013, in Nubukpo et Peugnet, 2013).

Enfin, toute forme de relaxation peut s'avérer difficile pour les patients. En effet, la position allongée sur le sol, dans une pièce sombre, peut entraîner une appréhension de perte de contrôle de soi-même. De surcroît l'émotion peut être consciente ou inconsciente. « Nous n'avons pas toujours conscience de nos états émotionnels, nous ne sommes pas toujours en contact avec ceux-ci. » (Baste, 2016). L'émotion correspond à un état altéré de la conscience qui repose sur une activation physiologique. Au cours des séances de relaxation, l'émotion peut donc surgir à tout moment, au travers des pensées intrusives, et peut générer des états émotionnels importants, tels que des pleurs, auxquels les sujets ne s'attendaient pas. Enfin, la redécouverte ou la découverte de sensations corporelles peut être une étape difficile pour les patients ayant depuis longtemps délaissé leur propre corps.

b) Les contre-indications

Selon le professeur Lennon, assistant de Jacobson, cette méthode s'adresse « aux sujets de tous les niveaux, qu'ils soient frustrés ou cultivés, pourvu qu'ils comprennent le langage utilisé et qu'ils consentent à s'exercer. » (Dupont, 1998). A nouveau Chaloult propose certaines contre-indications, à savoir les pathologies psychiatriques graves, certaines pathologies organiques, la déficience intellectuelle ainsi que l'insuffisance de motivation.

Chaloult regroupe dans les pathologies psychiatriques graves les psychoses et dépressions sévères, certaines psychoses organiques dans lesquelles un sujet n'a plus la capacité d'entreprendre un apprentissage, ainsi que les états anxieux aigus dans lesquels l'anxiété est tellement marquée qu'elle rend tout apprentissage impossible. Relativement aux pathologies organiques, il souligne que plusieurs pathologies musculaires ou osseuses, certaines pathologies de la colonne, ou différentes formes d'arthrite peuvent, entre autres, rendre

l'apprentissage de la relaxation progressive de Jacobson difficile, voire impossible. Aussi, Chaloult affirme que l'apprentissage sera difficile chez les sujets déficients mentaux ou les personnes dont les ressources intellectuelles sont trop limitées. Enfin, comme expliqué plus haut, Chaloult soutient qu'un niveau de motivation insuffisant limite l'efficacité de la relaxation, voire la contre-indique dans les cas de non-motivation de la part du sujet.

4- Efficacité générale

« Au corset contrôlé de l'option pharmaceutique, la pratique de techniques plus simples conduisant à la réponse de relaxation oppose un apprentissage long et méthodique ; celui de la stabilisation des principaux paramètres physiologiques : tonus musculaire, pression artérielle, etc. » (Chenard, 1990).

a) La respiration

La relaxation dispense un apprentissage de la respiration. Il est connu qu'une respiration profonde aide à l'apaisement physiologique rapide. Soubiran (1991) explique que « le relâchement neuro-musculaire volontaire provoque dans un deuxième temps la levée de la tension cardio-respiratoire qui conduit elle-même à une libération de la tension psychique vécue comme une nouvelle disponibilité au calme, à l'euphorie, au dynamisme psychocorporel retrouvé. » Le processus de respiration impacte l'ensemble des organes et des fonctions de l'organisme : « Il s'agit d'une fonction si habituelle que nous ne savons pas respirer. La respiration nous fait vivre et nous n'y prêtons pas attention. » (Bussillet, 2013). Par l'apprentissage et la pratique d'une bonne respiration, il est possible de constater un auto-apaisement dans des situations anxieuses, voire d'atténuer soi-même les somatisations anxieuses telles que les tremblements ou la sudation. Souvent, les patients consomment les produits comme des substances auto-calmantes afin de supporter ou de mettre à distance une douleur (physique ou psychique), un souvenir. Cette mise à distance peut peut-être être obtenue par un travail de relaxation, incitant à la focalisation sur le corps et sur la respiration et donc à l'éloignement des pensées perturbatrices. La respiration nous accompagnant dans chacun de nos actes, les mouvements seront mieux vécus s'ils se font dans une bonne respiration : en effet, « l'inspiration est un temps d'accumulation d'énergie, et pendant l'expiration, la circulation de cette énergie est facilitée. » (Bussillet, 2013). Une respiration saine impacte sur la qualité de notre quotidien : la respiration profonde, en libérant le diaphragme, libère le dos (les piliers du diaphragme s'insèrent sur les premières vertèbres

lombaires), permet une meilleure digestion (le mouvement de piston masse les viscères à l'inspiration) et permet l'installation d'un état de détente dans l'ensemble du corps. (Servant, 2012).

b) Le tonus

Le tonus est régulé de façon complexe à différents niveaux, et est ajusté par les différentes postures et par l'état psychologique et émotionnel. « Le tonus de nos muscles est en dialogue permanent entre notre réalité biologique, notre environnement et nos émotions. Les enjeux du travail sur le tonus dans les exercices de relaxation sont donc extrêmement importants puisque les variations de ce tonus sont en relation étroite avec les émotions. » (Baste, 2016). Le niveau tonique que présente un sujet est en lien avec les paroles du thérapeute qui provoquent un état émotionnel de l'ordre du calme et de la détente. « Or il existe un dialogue entre la situation tonique et l'état émotionnel, c'est-à-dire que ces deux éléments de notre entité psychocorporelle s'articulent sans cesse. » (Baste, 2016). C'est pourquoi en début de séance, l'abaissement du niveau tonique interfère sur l'état émotionnel. Ainsi, lors de toute séance de relaxation, les émotions peuvent jaillir à tout moment, et le thérapeute doit être en mesure de les accueillir. Les patients demandeurs de séances de relaxation se caractérisent principalement par de l'hypertonie et moins souvent par de l'hypotonie. Ces états traduisent un état de mal-être, de souffrance physique et / ou psychique. En effet, « le tonus musculaire [...] est un moyen de défense par rapport aux situations sans cesse rencontrées. Par exemple, si nous avons peur, si nous avons froid, si nous sommes dans une situation d'inconfort physique ou somatopsychique, le tonus sera engagé. Des réponses seront données au niveau du tonus qui va attirer et drainer des vécus émotionnels. » (Baste, 2016). Ainsi, la pratique de la relaxation est intéressante en ce sens où le patient, en analysant les modifications de son état tonique, sera peu à peu en mesure d'identifier les émotions génératrices de cet état. (Baste, 2016).

c) Neurophysiologie de l'état de relaxation

Il est important de souligner l'opposition parfaite des modèles neurophysiologiques de l'anxiété et de l'état de relaxation. L'atteinte d'un état de relaxation provoque une augmentation du relâchement musculaire et de la circulation sanguine périphérique ; une dilatation des vaisseaux périphériques ; une bradycardie ; une augmentation de la température corporelle et cutanée, due à une amélioration du débit circulatoire périphérique ; une légère

baisse de la température centrale, caractéristique de l'hypométabolisme ; une augmentation de l'amplitude respiratoire, la durée de l'inspiration et de l'expiration tendant à s'égaliser ; une diminution de la tension artérielle, une augmentation des ondes alpha ; une diminution de la conductivité de la peau ; ainsi que des améliorations au niveau du système digestif et des sécrétions hormonales. (Abeilhou, 2015). De surcroît, la modification de l'activité corticale se traduit par une baisse de la vigilance ; la modification des perceptions sensorielles, la perturbation de la notion temporelle, avec une impossibilité d'évaluer finement le temps de la séance, la modification de la perception de son corps ; ainsi qu'une augmentation des facultés d'imagerie mentale et d'imprégnation cérébrale. (Baste, 2016).

A l'inverse, l'état d'anxiété correspond à un dérèglement du système nerveux autonome. (Servant, 2012). Depuis longtemps, « l'anxiété est considérée comme un dérèglement du système d'alerte physiologique de la peur face au danger. La peur étant un système adaptatif avec impression subjective d'un désir de fuite et des modifications physiologiques qui préparent à l'action. » (Servant, 2012). Depuis ses études menées sur la peur et l'anxiété, ainsi que son célèbre modèle « Fight or Flight », Cannon, en 1929, met en avant les processus neurobiologiques de l'anxiété. Il parle d'une augmentation de l'activité sympathique ayant des effets sur la circulation sanguine et le métabolisme, et d'une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire et des activités sudorales, digestives et vésicales. Il ajoute que « cet hyperéveil physiologique se traduit sur le plan symptomatique par une sensation de tension, des palpitations, des rougissements, une respiration courte, une hypersudation et une envie d'uriner et de déféquer. » (Servant, 2012). En revanche, et bien que l'hyperactivité du système sympathique soit longtemps restée l'hypothèse étiologique privilégiée des processus de l'anxiété, Thayer et Lane ont proposé que l'anxiété comme les dérèglements émotionnels seraient sous la dépendance du système nerveux parasympathique. Alors que l'hyperactivité du système nerveux sympathique avait été jusqu'à présent la voie d'étude privilégiée de l'anxiété, l'hypothèse formulée actuellement est la suivante : le système nerveux parasympathique jouerait un rôle fondamental à travers une perturbation du phénomène de flexibilité physiologique. (Servant, 2012).

De nombreuses techniques simples déclenchent la réponse de relaxation. Celle-ci se caractérise par l'apprentissage rationnel d'un état biologique particulier. Cet état se manifeste par un abaissement significatif du niveau d'activité des principales fonctions physiologiques. (Chenard, 1990). Ainsi, cette opposition d'états démontre d'elle-même l'importance d'un travail de relaxation au sein d'un service d'addictologie. Baste, 2016, affirme que « ces

modifications physiologiques induites par la relaxation vont dans le sens d'un véritable apaisement du métabolisme et des fonctions organiques. [...] Tous ces effets neurophysiologiques et physiologiques s'entremêlent aux effets psychologiques et viennent les potentialiser. » (Baste, 2016).

C – L'efficacité de la relaxation de type Jacobson en addictologie

Il n'y a « rien d'étonnant dans la substitution tentée par certains thérapeutes qui proposent la réponse d'apaisement comme solution de rechange écologique à la recherche des paradis artificiels et des états altérés illicites de la conscience. » (Chenard, 1990). Les addictions impliquent toutes un impact physique, psychologique et social sur les sujets. Ces derniers, s'ils viennent en cure de leur propre chef, sont en demande d'aide et d'accompagnement dans leur reconstruction sur les trois plans. En effet, « la cure fait suite à une demande. Variable dans sa forme, cette demande s'origine presque toujours dans le sentiment plus ou moins clair d'un mal-être, d'un blocage, d'un manque, d'une détresse, d'une dévalorisation. Par sa demande et la réalisation de celle-ci, le sujet aspire à un changement de son existence, à un mieux-être, à un meilleur rapport aux choses du monde et de la vie. » (Nubukpo ; Peugnet , 2013). Aussi, en référence aux mécanismes cérébraux sous-jacents des pathologies addictives, susceptibles de revêtir un caractère de recherche de plaisir, de quête de soulagement et de mieux-être ou encore de perte de la capacité de contrôle de soi, nous allons tenter de mettre en exergue l'intérêt d'une telle méthode de relaxation pour ce type de patients. En effet, pourquoi ces patients n'apprendraient-ils pas à contrôler directement leur sécrétion d'endorphine, « cet opium naturel sécrété par le cerveau » ? (Chenard, 1990).

1- L'impact physiologique

De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de la relaxation progressive de Jacobson sur les troubles addictifs ainsi que sur les états anxieux, souvent en cause dans la naissance d'un trouble de l'usage d'une substance. En effet, l'efficacité a été prouvée dans les troubles anxieux, notamment pour le trouble d'anxiété généralisé et le trouble panique. En revanche, l'efficacité a été moins probante pour les phobies spécifiques, les troubles obsessionnels-compulsifs et le syndrome de stress post-traumatique. (Conrad et Roth, 2007, in Servant, 2012).

Les effets de cette relaxation ont été testés sur les phénomènes de craving tabagique et sur les symptômes de sevrage chez les fumeurs expérimentés en recherche d'abstinence tabagique. L'échantillon a été divisé en deux groupes : un groupe pratiquant la relaxation et un groupe pratiquant une activité contrôlée. Une évaluation du craving, des sensations liées au besoin de la substance et des réponses nerveuses automatiques a été réalisée avant et après la première session. Le groupe contrôle présente des taux plus élevés de sensations de paranoïa et de pulsions cardiaques. Après avoir pratiqué la relaxation, les fumeurs ont un taux de craving significativement plus abaissé que le groupe contrôle. Il en va de même pour les symptômes de sevrage et la pression sanguine. Cette étude démontre donc que la relaxation musculaire progressive réduit de manière significative le craving tabagique, les symptômes de sevrage et la pression sanguine chez les fumeurs visant l'abstinence, et conclue que cette méthode de relaxation pourrait être utilisée dans le traitement de la dépendance tabagique. (Thatsanee, Rasmon, 2015).

Une autre étude, expérimentale, a été réalisée dans le but d'évaluer l'efficacité de la relaxation de Jacobson sur les symptômes anxieux des patients admis pour un trouble de l'usage de l'alcool dans des hôpitaux spécialisés. Deux groupes ont été évalués, l'un expérimental pratiquant la relaxation, l'autre contrôle ne la pratiquant pas. Concernant le groupe expérimental, le taux d'anxiété avant entraînement était de 22.26 et de 7.93 après entraînement. La différence est statistiquement significative à $p < 0.05$. Concernant le groupe contrôle, le taux d'anxiété a été évalué au même moment que le groupe expérimental, sans relaxation. Le taux était de 19.56 avant et après. La différence est non significative. Cette étude prouve ainsi la diminution des symptômes anxieux via l'utilisation de la relaxation progressive de Jacobson chez les patients dépendants à l'alcool. (Kawaljit, Baljinder, 2015).

2- Le bien-être

Les patients en addictologie n'ont accès aux notions de plaisir, de récompense et de détente qu'à travers leurs consommations. Ils ne conçoivent pas pouvoir prendre du plaisir ou se détendre, autrement qu'en consommant. La participation à des séances de relaxation leur offre donc un moment de détente, une coupure avec le rythme des journées et la monotonie de leur quotidien en hospitalisation. Aussi, la relaxation permet une redécouverte et une acceptation des sensations corporelles autrement que par l'utilisation d'une substance. « Les expériences de détente sensorielle favorisent une meilleure relation avec le monde qui nous entoure, permettant de redécouvrir le plaisir de vivre au quotidien. La réceptivité aux

sensations corporelles nous réconcilie avec notre corps. Un minimum de confiance en soi s'installe. » (Bussillet, 2013). Ainsi, ce que recherchent les patients dans la prise de substances peut peut-être être atteint par un travail de relaxation : recherche de sensations corporelles, sentiment d'exister par son corps, détente, etc. « Ici, le but est de réinvestir ce corps par différentes sensations et expériences corporelles réelles, sans l'influence d'une substance psychoactive. » (Wolff, 2013).

3- L'image du corps

L'altération de l'image du corps est caractéristique chez les sujets addicts. Paillard, en 1980, définit l'image du corps en tant que système de perception, distinct de l'environnement. « L'image du corps sert pour la perception du corps telle une forme, un objet dans l'espace et pour la présentation de soi au regard d'autrui. » En ce sens, l'image du corps regroupe les perceptions et attitudes à l'égard de son propre corps (pensées, convictions, sentiments, comportements) et constitue par définition un phénomène conscient, intégrant la voie cérébrale ventrale. Partant de cette dernière définition, les sujets addicts souffrent d'une altération massive de leur image du corps, et notamment de troubles de la perception de leur corps et de difficultés dans l'image qu'ils se renvoient à eux-mêmes.

Les médias ne sont pas anodins dans la construction de la dyade altération de l'image du corps et consommation de substances. En effet, une étude de Nieri, Kulis, Keith, et Hurdle, en 2005 a mis en avant le fait que la consommation de substances est associée à une variété de traits positifs, notamment à l'attractivité envers l'autre genre. En effet, la consommation de substances peut soulager une gêne dans les interactions sociales mais aussi, donner une image plus virile du genre masculin. En matière de féminité, l'image corporelle liée au poids semble être prédictive de la consommation de substances, et notamment de tabac, du fait de son hypothétique contrôle du poids. De plus, l'arrêt du tabac est réputé pour être associé à une prise de poids, ce qui constitue un élément majeur dans la poursuite du tabagisme chez les fumeurs, - notamment chez les fumeuses -, ce qui montre que la consommation de substances dépend fortement de l'image corporelle. (Nieri, Kulis, Keith, Hurdle, 2005)

Toujours selon cette étude, en comparaison aux publicités et autres images médiatiques prônant la consommation d'alcool et de tabac, la marijuana est beaucoup moins médiatisée. Ainsi, sans une image associée à l'utilisation de cette substance, les sujets ont moins de risque de penser que son utilisation peut influencer l'apparence de la personne telle qu'elle est perçue par autrui. Ils sont donc moins susceptibles de recourir à l'utilisation de cette substance

telle une stratégie d'amélioration de l'image de soi. Il est néanmoins possible que certains sujets ayant une image de leur corps médiocre utilisent cette substance pour parer leurs propres sentiments négatifs et leur permettre une certaine assurance. De surcroît, en référence à la préoccupation principale du genre féminin quant au contrôle du poids, la marijuana est réputée pour stimuler l'appétit. Ainsi, par crainte d'un effet négatif considérable sur son poids, la gente féminine est moins portée sur l'utilisation de cette substance, ce qui montre une fois encore, la primauté de l'image de du corps dans notre société. (Nieri, Kulis, Keith, Hurdle, 2005).

Ainsi, un travail de relaxation progressive est à même de réconcilier l'individu addict avec l'image qu'il a de son corps. Par la redécouverte sensorimotrice et perceptivomotrice, et le plaisir de sentir à nouveau son corps, le sujet pourra peu à peu reprendre confiance en son corps, et en lui, ce qui améliorera d'autant plus son image corporelle. Ce processus est indispensable dans la reconstruction du sujet dépendant.

4- L'impact sur les processus cognitifs

a) La reconnaissance des émotions

Les émotions forment un ensemble coordonné de processus comportementaux, physiologiques, cognitifs et affectifs, agissant dans le but de répondre de façon adaptée aux événements environnementaux, ces derniers rendant la réponse comportementale incertaine. Servant, (2009), parle de « sensations de plaisir ou de déplaisir qui s'accompagnent de manifestations physiologiques. » Une des raisons principales de l'instauration de séances de relaxation inspirées de Jacobson à ce type de patients est le fait que le ressenti corporel permet l'analyse, puis l'apprentissage du contrôle de ses propres émotions ; émotions souvent impulsives et excessives, motivant la prise de substances. En effet, du fait de l'impossibilité de contrôler et de ressentir leur corps, la gestion des émotions est très perturbée chez les patients addicts, ce qui laisse place à la manifestation d'états colériques voire agressifs, et d'émotions fortes difficiles à canaliser ou à exprimer de manière plus appropriée. Koole, (2009) affirme que les méthodes de régulation émotionnelle axées sur la personne impliquent deux axes fondamentaux : la respiration contrôlée et la relaxation musculaire progressive. Et Ricard, (2003), de souligner que « la plupart des troubles intérieurs naissent d'un faisceau d'émotions perturbatrices. »

L'objectif final d'un travail de relaxation en psychomotricité consiste donc en la reconnaissance des émotions avant l'atteinte de leur apogée, en l'identification des causes de l'émotion et en la dissipation de celle-ci par un travail musculaire induisant une modification du niveau tonique. « Contrôlez la physiologie de vos émotions, prétendait le vieux Jacobson, et l'émotion disparaît. » (Chenard, 1990). Le stress et les états affectifs négatifs sont connus pour augmenter l'impulsivité et diminuer la maîtrise de soi. (Rajita, 2001). Ainsi, le travail en psychomotricité en addictologie est indissociable de la dyade reliant l'introspection corporelle à la perception émotionnelle. « Reconnaître une émotion au moment même où elle survient, comprendre qu'elle n'est qu'une pensée dénuée d'existence propre et la laisser se dénouer spontanément en évitant la cascade de réactions qu'elle entraîne habituellement. » (Ricard, 2003).

De plus, par l'alternance contraction – décontraction, cette méthode implique un travail du tonus corporel ainsi qu'un entraînement au ressenti de sensations. « Le corps apprend et garde en mémoire, dans sa texture et tessiture tégumentaire, musculaire et osseuse. A terme, la capacité d'identification des sensations corporelles et des fluctuations toniques permet l'accès à la prise de conscience émotionnelle. » En effet, « la conscience de la sensation que nous éprouvons, nous permet de nommer l'émotion qui nous traverse : la sensation signe l'émotion. » (Largier, 2008). C'est en ressentant son corps que le patient sera plus à même de percevoir les sensations relatives à ses émotions. Jacobson (1980) résume ainsi sa méthode : « Connais-toi toi-même pour te préserver toi-même. » En effet, nous apprenons aux patients à se centrer sur leur corps de façon à identifier leurs tensions corporelles, par conséquent, leurs émotions. Ainsi, au terme d'un travail régulier sur l'identification émotionnelle, les patients pourront accroître leurs capacités de gestion des émotions fortes, et de leurs conséquences souvent néfastes pour le sujet et/ou pour son entourage. Soubiran (1991), affirme : « La relaxation, d'une façon générale, s'avère être la réponse thérapeutique la mieux adaptée aux problèmes actuels et aux symptômes qu'ils engendrent. Le contrôle de l'émotivité, de l'inhibition, de l'agressivité, les meilleures aptitudes motrices, aussi chez l'adulte concerné lui assurent la gestion optimale de sa personnalité quelles que soient ses structures et permet de surcroît les co-thérapies les plus positives. » De plus, Bussillet (2013) souligne que « la détente corporelle, comme l'a dit Jacobson, « fait le lit de la détente mentale » ; le corps relaxé permet d'être plus conscient des joies et des perturbations corporelles, affectives, psychiques. »

b) Le contrôle des pensées intrusives

Au début des années 1930, Jacobson a mis en exergue le fait que « les processus mentaux se fondaient essentiellement sur une activité musculaire légère et atténuée ». Quelques travaux plus tard, Jacobson et d'autres chercheurs ont prouvé qu'« en relaxant cette activité musculaire, le processus entier de la pensée cesse pratiquement, aussi longtemps que l'état de relaxation persiste ». De même, le phénomène de la pensée monoïdéique, permet au patient de bénéficier, au moins durant le temps d'état altéré de la conscience, d'une absence de pensées intrusives et perturbatrices. Jacobson suggère également : « Si la relaxation complète réussit à réduire considérablement les problèmes et peut-être à les éliminer, il semble raisonnable de s'attendre à ce que le soulagement devienne quasi permanent avec la répétition et une pratique constante. » Suite à ces recherches, le lien entre tensions musculaires et problèmes mentaux tels que l'anxiété est évident : « D'après les tests, lorsque l'on imagine, que l'on pense ou que l'on réfléchit à quelque chose, on contracte les muscles quelque part, comme si l'on regardait, on parlait ou on agissait vraiment. La seule différence réside dans l'intensité de la contraction. En relaxant ces tensions, on cesse d'imaginer, de se souvenir ou de réfléchir à la cause d'un problème par exemple. » (Jacobson, 1980).

Il en est de même de l'activité cérébrale : à l'issue d'un entraînement conséquent, la majorité des sujets constatent que « leurs images mentales s'accompagnent de sensations musculaires dans les yeux, comme si elles regardaient vraiment l'objet qu'elles sont en train d'imaginer. » Jacobson propose alors qu'en relaxant complètement les globes oculaires et en évitant jusqu'aux images mentales qui provoquent de légères tensions, il est vraisemblable que l'esprit cesse d'être actif. Telle est pour lui, la façon idéale de contrôler l'activité de l'esprit. (Jacobson, 1980).

Ces observations s'appliquent également au discours mental, et notamment aux ruminations incessantes diurnes et nocturnes, si souvent rapportées par les patients en addictologie : d'après les observations de sujets entraînés, un discours mental interne provoque de légères tensions dans la langue, les lèvres, ou la gorge, voire dans les mâchoires, mais également dans la poitrine et l'abdomen du fait des fluctuations du rythme respiratoire. Ainsi, « pour diminuer l'activité mentale, il faut parvenir à une relaxation progressive et poussée des muscles des yeux et de l'appareil phonateur. » Ce travail n'est pas aisé, « il faut savoir relaxer ces muscles aussi complètement et de la même manière que l'on relâche les muscles du bras quand on le relaxe. » (Jacobson, 1980).

5- Les processus de maîtrise

Les sujets addicts ont la perception d'être dans l'incapacité de maîtriser leur corps. L'abus de substances les confronte à l'impression de perte massive de toute capacité de contrôle de leurs réactions physiologiques et psychologiques.

La méthode de Jacobson permet un travail du contrôle de soi. Effectivement, contrôler les fluctuations du niveau d'éveil et parvenir à contracter certains muscles tout en restant détendu et en appréciant le relâchement musculaire progressif, implique une importante maîtrise de son corps. Ce sentiment de maîtrise accroît la confiance du sujet en ses capacités propres, ce qui pourra le reconforter dans d'éventuelles situations d'anxiété. « En pratiquant de façon poussée la relaxation, vous parviendrez à vous adapter aux conditions de vie que vous aurez à rencontrer. Ces conditions, vous ne les approuverez peut-être pas, mais en tout cas, vous ne leur permettrez pas de vous atteindre dans vos émotions au point de vous sentir mal dans votre peau. Il faut rappeler sans cesse à celui qui apprend la relaxation qu'il doit faire une nette distinction entre un problème qui survient et l'attitude qu'il a face à ce problème. » (Jacobson, 1980). A terme, cette capacité de maîtrise de soi et de reconnaissance de ses tensions et émotions permettra aux patients de mieux lutter contre les cravings, et constituera un atout dans la prévention des rechutes. Aussi, cette maîtrise émotionnelle aidera le sujet dans son processus de resocialisation. En effet, en référence à l'antique prescription socratique « Connais-toi toi-même » ; Nubukpo et Peugnet, en 2013, expliquent : « La relaxation (re)met le sujet sur ses pieds. Elle l'ouvre aux rouages de son être et de sa personne. Or, comment l'individu pourrait-il s'intégrer harmonieusement dans le groupe humain si d'abord il ne s'intègre pas lui-même ? » Ainsi, la connaissance de son corps et de ses capacités de maîtrise de soi constituent les prémices d'une bonne intégration sociale.

Enfin, le travail de relaxation permet aux patients de confronter leurs capacités estimées et leurs réelles capacités, souvent supérieures à ce qu'ils pensent, ce qui aide à l'atteinte d'une meilleure estime de soi. « En sentant son corps comme un espace de bien-être, comme une maison intérieure dans laquelle le pratiquant se sent bien, il valorise ce qu'il vit au-dedans de lui. [...] Il s'agit d'un vrai nettoyage, dégagement des pensées parasites, pour mettre à la place des pensées actives positives sur soi-même. » (Largier, 2008).

6- La perception des sensations

« La conduite alcoolique implique le corps à différents niveaux. Nous ne pouvons pas ignorer son implication dans le geste de boire, ni le fait que le corps est le lieu de l'ingestion d'un objet extérieur avec les effets agréables de ce toxique. Si dans un premier temps, le corps est siège de sensations de plaisir à l'ingestion d'alcool, il devient lieu de la dépendance et de la toxicité pour enfin aboutir au lieu de la destruction. » (Colas, 1991). Cette citation s'applique bien entendu à l'ensemble des produits psychotropes. La psychomotricité se base sur l'utilisation de médiations corporelles dans le but d'harmoniser les aspects physiques, psychologiques et affectifs d'un sujet. La prise en charge psychomotrice permet ainsi de restaurer l'adaptation de l'individu dans son milieu par le biais d'apprentissages psychoperceptivo-moteurs. Par un champ d'action très large, elle étudie les mécanismes perceptifs de l'individu dans son milieu, mais aussi les caractéristiques de son comportement moteur.

Dans un service d'addictologie, le corps est au centre des problématiques, d'où la place prépondérante du psychomotricien en addictologie. Venisse et Bailly, en 1997, démontrent l'implication du corps dans chacune des étapes du cycle de la dépendance : « Le corps est toujours en question et en souffrance dans toutes les phases de la prise de produit psychotrope. C'est lui qui « somatise » les conflits psychiques qui vont justifier leur prise. C'est lui encore qui en « ressent », entre autres, les effets (ou les bienfaits). C'est lui toujours qui « subit » le manque au moment du sevrage et qui en stigmatise l'abus. C'est lui enfin qui va marquer le mieux-être et l'amélioration tant physique que psychique. [...] Le travail du psychomotricien sera donc d'amener progressivement le patient « à être » et non simplement « à faire ». » Effectivement, seules les substances permettent aux patients de ressentir des sensations corporelles. Cette recherche de sensations est d'ailleurs souvent l'une des raisons de la prise de substances. Dans le discours des patients sur les objectifs de leurs consommations, reviennent fréquemment des termes tels que « je voulais m'anesthésier », « me relâcher », « me détendre » ou à l'inverse « avoir des sensations fortes ».

Les patients hospitalisés en addictologie n'accèdent plus à leurs ressentis corporels, ne repèrent plus leurs tensions internes, comme s'ils n'avaient plus conscience de leur propre corps. L'approche psychomotrice les invite au vécu sensorimoteur et perceptivomoteur. Vivre ses propres sensations est plus que leur seule verbalisation. « L'objectif est de permettre au patient de mettre des mots sur des sensations éprouvées à travers de véritables expériences corporelles. » (Wolff, 2013). C'est en percevant et en prenant conscience des changements

corporels internes et externes que l'on devient capable de maîtriser son corps, puis tout son être. « La perception est plus que la sensation : elle est le vécu conscient de cette sensation. » (Largier, 2008). C'est là tout l'intérêt de la psychomotricité ; rendre les patients à l'écoute de leur corps. A nouveau, Largier affirme que « parler à propos de son corps pour le sentir vivant est insuffisant. Il est essentiel d'en expérimenter les sensations. » En effet, en l'absence de perceptions internes, comment écouter notre corps, comment ressentir nos besoins, nos envies ? Percevoir ce qui se passe en nous, au plus profond de notre corps, est fondamental pour accéder à la conscience de soi ; et parvenir à identifier les modifications de nos ressentis corporels permet, au-delà de la connaissance de soi, la maîtrise de soi.

a) Les effets sur les troubles du sommeil

Il est notoire que les sujets addicts souffrent de troubles du sommeil, notamment suite à l'arrêt de leurs consommations. « Pendant et après la désintoxication, les patients dépendants à l'alcool éprouvent des problèmes de sommeil. » (Shinba, Murashirna, Yamamoto, 1994, in Greeff et Conradie, 1998). Ces troubles peuvent être de tout ordre : troubles de l'endormissement, insomnie, hypersomnie, cauchemars, récurrence de réveils nocturnes, persistance des tensions musculaires entraînant des soubresauts, des mouvements incontrôlés, du bruxisme. Il en découle une fatigue croissante chez ces sujets, dont l'état est déjà altéré par leurs consommations, et de fait, des répercussions sur leur vie quotidienne. Ces symptômes ont pour effet de majorer les troubles anxieux, dépressifs, mais surtout, ils entretiennent les conduites addictives. Les patients avouent consommer pour « oublier » et « ne plus penser ». Ils ne s'acceptent plus tels qu'ils sont, et l'unique solution qu'ils ont pour remédier à ce dénigrement, même pour un court instant, est la prise de substances. Ce phénomène illustre à nouveau le cercle vicieux de la dépendance.

Ainsi, les bienfaits de la relaxation, et notamment de sa complémentarité avec la pratique d'activités physiques, se retrouvent au niveau du sommeil, qui s'en trouve amélioré. En effet, « l'exercice fatigue et la fatigue a pour conséquence naturelle le repos » et réciproquement, « tout ce qui contribue à la relaxation différentielle pendant les activités de la journée favorise le sommeil ». (Jacobson, 1980). Il est évident qu'une personne tendue à longueur de journée, mettra plus de temps à se détendre au moment du couché et l'endormissement, voire le sommeil, s'en trouveront perturbés, du fait de la persistance de ces tensions. Aussi, pour les problèmes d'endormissement persistants, la pratique de la relaxation avant le couché peut aider : abaisser son seuil de tension nerveuse et musculaire, ainsi que son seuil de vigilance,

incite à l'endormissement sans recourir à la prise de tranquillisants ou de substances. En outre, une personne ayant déjà l'habitude de recourir aux aides chimiques pour s'endormir aura de plus amples difficultés à atteindre l'état de relaxation de façon naturelle. Néanmoins, l'amélioration ne vient pas tout de suite, et le sujet doit avoir la motivation de pratiquer régulièrement durant un laps de temps long et indéterminé afin d'en ressentir les bienfaits.

L'entraînement à la relaxation progressive a été décrit comme une solution efficace dans le traitement des troubles du sommeil consécutifs à la dépendance à l'alcool. (Bootzin et Nicassio, 1978 ; Gustafson, 1992 ; Woolfolk et McNulty, 1983, in Greeff et Conradie, 1998). Aussi, une étude de Greeff et Conradie en 1998 avait analysé les effets de la relaxation musculaire progressive sur les problèmes d'insomnie des patients souffrant de dépendance alcoolique. Cette étude s'est basée sur les modifications des habitudes de sommeil entre deux groupes : l'un recevant des séances d'entraînement à la relaxation progressive, l'autre n'en recevant pas. Il en est ressorti une amélioration significative des conditions de sommeil chez les sujets ayant reçu l'entraînement, et aucune modification dans le groupe contrôle. Il convient d'ajouter que cet entraînement à court terme n'a pas permis l'obtention d'un rythme de sommeil sain et constant après l'arrêt des séances, mais le fait que l'insomnie ait diminué chez ces personnes est un résultat tout à fait significatif, prouvant l'efficacité de cette méthode dans l'amélioration des habitudes de sommeil des patients dépendants à l'alcool, et prônant son utilisation en service d'addictologie.

b) Complémentarité de la relaxation avec les activités physiques

Les activités physiques constituent l'une des principales techniques de prise en charge psychomotrice en addictologie. En effet, Barr Taylor, Sallis et Needle, en 1985 ont mis en avant les bienfaits des activités physiques, comprenant l'allègement des symptômes dépressifs légers ou modérés, une amélioration de la confiance en soi et de ses compétences sociales, une réduction des symptômes anxieux, une amélioration de l'humeur, une meilleure gestion du stress et de ses effets physiologiques, soit un adjuvant bénéfique pour les troubles d'usage de l'alcool et des autres substances. Fox, en 1999, passe en revue les études portant sur les effets de l'activité physique sur la santé mentale et conclue qu'en tant que thérapie, l'utilisation des activités physiques conduit à des améliorations significatives de l'estime de soi par amélioration des perceptions physiques, et par conséquent de la qualité de vie ; de l'humeur, des symptômes anxieux, de la gestion du stress et de l'amélioration du sommeil,

des symptômes dépressifs. Fox conclue en suggérant qu'un programme d'exercice régulier peut être considéré comme un moyen de traitement viable dans le bien-être mental.

Du fait de leur hétérogénéité, les activités physiques répondent aux attentes et aux volontés de chaque patient (de la recherche de détente au besoin de se défouler), et offrent aux sujets une réappropriation de leur corps, notamment en fonction de facteurs externes au corps. La relaxation, quant à elle, permet l'investissement du corps au travers du ressenti et de la perception des sensations intrinsèques, ainsi que de leurs fluctuations. Ainsi, la complémentarité de ces deux approches réside dans l'adaptation aux facteurs environnementaux externes, dans le cas des activités physiques, et dans l'adaptation aux facteurs physiologiques internes, dans le cas de la relaxation. En outre, les bienfaits des activités physiques ont des répercussions sur l'état de relaxation, et inversement. En effet, selon Jacobson (1980), « le degré et l'étendue de la relaxation augmenteront vraisemblablement après un exercice physique modéré. » De même, les bienfaits de la relaxation ont des effets sur les performances physiques : ressenti des sensations, connaissance et prise en compte de ses limites, maîtrise de soi. Ainsi, l'un prépare l'autre. Jacobson propose : « Si vous relaxez suffisamment vos muscles squelettiques (ceux sur lesquels vous avez le contrôle), les muscles internes tendent à relaxer de la même façon. » Les activités physiques, du fait du réinvestissement corporel, permettent aux patients de mieux discriminer leurs muscles squelettiques.

7- Les bienfaits du travail de groupe

Du fait des conséquences socioprofessionnelles négatives des addictions, bon nombre de patients se retrouvent isolés et contraints à la solitude, ce qui accroît les répercussions négatives sur les patients et leur dénigrement personnel. Une étude de l'INSERM (Nalpas, 2014), relate que l'usage récurrent de drogues favorise les troubles psychiques et cognitifs, susceptibles d'entraver les résultats scolaires ou professionnels, voire progressivement d'être à l'origine d'une déscolarisation et d'une marginalisation. Cette étude ajoute qu'à terme, un trouble de l'usage d'une substance non pris en charge peut aboutir à « l'isolement, la désocialisation et la paupérisation. » (Nalpas, 2014). Néanmoins, il convient de noter que ce phénomène est fréquent mais non généralisable à l'ensemble des sujets addicts ; effectivement, certains sont à l'inverse étayés et soutenus par leurs proches, amis et famille, ce qui est un atout considérable dans la prise en charge et la reconstruction du patient. Effectivement, « l'impact des événements stressants et des stress quotidiens est modulé par

des facteurs sociaux. Par exemple, le soutien de l'entourage a un effet positif, alors que les effets sont plus marqués en cas d'isolement social. » (Servant, 2009).

En psychomotricité en addictologie, les patients forment un groupe par la seule présence de leur corps et par l'existence d'un vécu commun, d'une expérience sensorielle commune quel que soit le type de substances consommées. Sans se connaître réellement, chacun sait d'ores et déjà ce qu'a pu vivre l'Autre, voire ce qu'il vit au moment même. Les patients se reflètent les uns les autres de part leurs antécédents de vie, tous différents mais reliés à une même problématique. Chez ces patients ayant une image d'eux-mêmes extrêmement dégradée, le travail en groupe, soit la confrontation au regard de l'Autre, est très bénéfique. Colas, en 1991, souligne que « le travail en miroir du groupe permet de faire l'unité entre l'image que l'individu a de lui et celle que l'Autre renvoie de l'individu regardé. » En effet, jusqu'au moment de la cure, la prise de produit permettait de combler l'écart entre ces deux images, et d' « oublier » pour un certain temps cette image de soi dégradée et angoissante.

De surcroît, le travail en groupe offre systématiquement un temps de parole en fin de séance. Si la psychomotricité se base davantage sur un langage corporel non verbal, elle concède également une place à un temps de parole. Ce temps de parole permet d'échanger sur ce que chacun a vécu et ressenti par son corps. Il permet la mise en mots des sensations ressenties au cours de la séance. « La participation à un groupe d'entraide est reconnue par certains auteurs comme un traitement à part entière et par d'autres comme une absence de traitement. » (Arvers, Assailly, Batel, Choquet, Danel, Daoust ... Tsikounas, 2003). Ainsi, au bout de plusieurs séances, chacun pourra établir un lien entre son état d'anxiété, précédent ou succédant la prise de substances, et ses compétences propres, fluctuantes selon l'état au cours de la séance. De plus, chacun sait que ce que l'Autre pourra exprimer lui ressemble, d'une façon ou d'une autre. Il permet le constat des progrès et des bienfaits analysés par le patient au niveau physique, psychologique ou affectif. Au-delà du psychomotricien, c'est donc l'ensemble du groupe qui offre son écoute, son partage, son analyse, et qui octroie les renforcements.

Par ailleurs, des recherches ont été effectuées sur l'efficacité du groupe dans la prise en charge de la dépendance à l'alcool. En France, une dizaine d'associations de « buveurs guéris » coexistent avec les Alcooliques anonymes. Ces associations sont qualifiées de groupes d'entraide. Une étude nord-américaine (Anonyme, 1998) a comparé ce type d'approche avec des thérapies motivationnelles et comportementales. Des sessions inspirées

du programme des Alcooliques anonymes ont été jugées comparables en efficacité aux psychothérapies comportementales chez des sujets dont le niveau d'opposition et de résistance était faible. Ainsi, cette étude suggère que les groupes d'entraide doivent être proposés à toute personne souffrant de dépendance à l'alcool, même en l'absence de données précises sur leur efficacité. Enfin, Schuckit et coll., en 1997 affirment que tous les types de traitements améliorent le pronostic d'abstinence, avec une particulière efficacité pour les groupes d'anciens buveurs. » (Arvers, Assailly, Batel, Choquet, Danel, Daoust ... Tsikounas, 2003).

Partie Pratique

l'état de santé, des capacités et de la volonté du patient ; elles ne doivent être ni démotivantes par leur complexité, ni dévalorisantes par leur simplicité. Aussi, le psychomotricien s'adapte chaque jour en fonction des retours de l'équipe et de l'état des patients.

B- Mise en place des séances de relaxation au sein du service

1- Les aspects pratiques

a) Le lieu

Les séances de relaxation se déroulent dans la salle de psychomotricité. Celle-ci n'est pas très grande, mais son emplacement dans le service fait de cette pièce un endroit calme et éloigné des passages.

b) La durée

Pour des raisons pratiques et d'organisation du psychomotricien et des patients, la durée des séances a été fixée à une heure. Cette heure se décompose ainsi : un quart d'heure d'explications et d'installation ; une demi-heure consacrée à la séance ; et un quart d'heure réservé à la discussion et aux échanges.

Par ailleurs, l'hospitalisation ayant une durée maximale de cinq semaines, chaque patient ne peut bénéficier que de quatre séances de relaxation, la première semaine d'hospitalisation étant réservée au sevrage et dispensant des activités proposées.

c) Le nombre de patients

La surface de la salle permet de constituer un groupe de cinq personnes pour des séances de relaxation. En effet, lors de telles séances, un certain espace personnel est requis, et la disposition doit permettre un espacement suffisant entre les tapis pour le bien-être de chacun. Ainsi, nous avons limité à cinq la limite maximale du nombre de participants aux séances, de façon à privilégier le confort et le bien-être de chaque patient.

d) La sélection des patients

Au vu du nombre de patients intégrés dans l'établissement, cinq personnes seulement forment un groupe assez restreint. La place est accordée à toute personne en demande de relaxation dès son entretien en psychomotricité. Dans les cas où des places sont encore disponibles, nous proposons aux patients qui nous semblent les plus investis dans la démarche de reconstruction, et démontrant le plus d'intérêt à l'atteinte de l'abstinence. Aussi, les personnes dégageant des symptômes anxieux ou témoignant d'un état dépressif au cours de l'entretien sont ciblées. Nous proposons donc aux personnes, et si celles-ci acceptent, elles prennent une place. En revanche, si elles ne montrent pas d'intérêt, ni aucun signe de motivation quant à la relaxation, nous n'insistons pas.

2- Les séances de relaxation

a) Séance type

Jacobson propose une durée de une heure pour chaque séance et propose une multitude d'exercices de contraction / relâchement musculaire pour chacune des parties du corps. Par exemple, pour les membres supérieurs, les exercices peuvent être : plier la main en arrière, au niveau du poignet, ou bien vers l'intérieur, en la tournant vers le corps, lever l'avant-bras en le pliant au niveau du coude, ou encore rigidifier le bras étendu en serrant le poing.

Pour les membres inférieurs, il peut être demandé de plier les pieds et orteils vers le haut ou les étendre vers le bas, pousser la jambe vers le sol, soulever la cuisse.

Pour le tronc, il est possible de rentrer le ventre, cambrer le dos, inspirer profondément, plier le cou d'un côté puis de l'autre, puis d'avant en arrière.

Enfin, pour le visage, des exercices possibles sont de plisser le front, froncer les sourcils, serrer les paupières, fermer les yeux, faire des mouvements avec les yeux, serrer les dents, ouvrir les mâchoires, mettre les lèvres en forme de O, ou rétracter la langue.

Pour chaque indication, il est important de préciser la localisation de la contraction attendue. Par exemple, si l'exercice est de lever l'avant-bras au niveau du coude, la contraction se fera au niveau du biceps. Jacobson propose également de répéter chaque contraction plusieurs fois de suite, à des degrés différents de contraction. (Jacobson, 1980).

b) Séance proposée

1. Avant la séance

Deux phases sont importantes avant le commencement de la séance type.

- ✓ *L'entretien* : Si une personne est intéressée par la pratique de relaxation, je lui explique le principe de la méthode proposée, à savoir, obtenir un état altéré de la conscience par une détente tant physique que psychique, en utilisant la contraction musculaire et son relâchement sur différentes parties du corps. J'informe également la personne des aspects pratiques de la séance, afin de réduire le niveau d'appréhension de celle-ci lors de la première séance. Effectivement, le fait d'être en position allongée au sol, les yeux fermés, dans une pièce sombre, sont des phénomènes pouvant être difficiles à vivre s'ils ne sont pas anticipés.

- ✓ *La distribution des questionnaires* : Avant la première séance, je donne les deux parties du questionnaire – anxiété-état et anxiété-trait – à remplir par le patient (cf. Annexes 1 et 2). Je précise que les réponses doivent être sincères, que leurs nom et prénom sont requis pour le suivi de l'évolution au fil des séances, mais que l'anonymat sera conservé par la suite. Dix à quinze minutes suffisent au remplissage des deux parties.

2. La séance

J'ai proposé les séances toujours de la même façon, en suivant une progression par phases. Ma volonté de répétition identique des items lors de chaque séance se base sur l'hypothèse qu'étant donné le faible temps total de relaxation octroyé aux patients au cours de leur cure, l'entraînement par répétition leur permettra une intégration plus rapide du protocole, et ainsi, une reprise plus aisée à titre personnel. Ainsi, l'organisation temporelle de la séance correspond à : une phase d'explications, la mise en détente, la visualisation du corps dans son ensemble, l'introspection sensorielle des points d'appui du corps, le protocole inspiré de la méthode de Jacobson, la visualisation du corps dans son ensemble, la recherche des points de tension, l'appréciation de l'état global, la remobilisation progressive somatopsychique, et le retour à l'état initial.

Au début des séances, la pièce est calme, les stores sont abaissés, la lumière est éteinte. Les patients entrent et prennent des tapis et couvertures à leur disposition. Après leur avoir indiqué mon emplacement au cours de la séance, je les laisse s'installer où ils souhaitent dans la salle. Je leur propose également un petit laïus sur la notion de distance et d'espace personnel, et sur la nécessité d'avoir un certain espace autour de soi.

✓ *La phase explicative :*

- Je demande à l'ensemble du groupe si l'un d'eux a des problèmes corporels, et notamment du dos. Si tel est le cas, j'adapte la position de la personne en fonction de ses maux et des caractéristiques de la séance à suivre.
- Je les invite à desserrer leurs vêtements, (ceintures, boutons, etc.) et à poser leurs chaussures afin d'éviter toute gêne physique potentielle.
- Je leur explique le déroulement de la séance : inspirée de la méthode de Jacobson, elle consiste à contracter certains muscles ou groupes musculaires et à apprécier leur relâchement, de façon à obtenir progressivement un état de détente physique et psychique. Chaque item est répété trois fois, selon un rapport de cinq secondes de contraction et vingt secondes de relâchement. Je leur précise qu'une contraction excessive n'est pas nécessaire, que le ressenti peut se faire avec une contraction légère. Je propose une démonstration des mouvements qui leur seront demandés, en leur précisant qu'ils ne verront pas les mouvements au cours de la séance, mais que je pourrai les reprendre avec eux en fin de séance si certains mouvements n'ont pas été réalisés comme demandé, afin de diminuer l'inquiétude et la pression d'être sous le regard de quelqu'un.
- Je leur explique les notions de respiration régulière et de respiration profonde. La respiration régulière est calme, lente, la phase d'inspiration est égale à la phase d'expiration. Il y a possibilité de placer les mains sur l'abdomen pour en ressentir les mouvements, il est également possible de respirer la bouche ouverte. La respiration profonde, quant à elle, se fait en plusieurs phases. L'inspiration profonde consiste à remplir les poumons d'air, ce qui induit une augmentation du volume de la cage thoracique (par gonflement des poumons), puis de la cavité abdominale (par descente

des poumons et plaquage des organes ventraux), ou inversement selon les personnes. L'expiration profonde est le processus inverse : elle consiste à vider les poumons de l'air emmagasiné, ce qui entraînera une diminution du volume thoracique (dégonflage des poumons), puis de la cavité abdominale (les poumons remontent et les organes ventraux reprennent leur place initiale), avec aide de la contraction des muscles abdominaux pour évacuer la totalité de l'air.

- J'offre à chacun la possibilité de se relever, de s'asseoir, voire de sortir de la pièce en silence en cas de problème (anxiété, émotions intenses, problèmes somatiques, douleurs, etc.) et d'attendre la fin de la séance en respirant calmement.
- Je leur explique enfin le relevé à l'issue de la séance, en passant du dos sur le côté, puis en remontant latéralement, et non pas en terminant la séance par un travail des muscles abdominaux.
- ✓ *La phase de mise en détente* : J'invite les personnes allongées à se détendre physiquement, émotionnellement et psychologiquement, à faire abstraction des bruits alentours, à adopter une respiration calme, régulière, et à prendre conscience des points de contact de leur corps sur le tapis. Au bout de quelques instants, je leur propose d'exercer une respiration profonde, en essayant de se détendre un peu plus lors de chaque expiration. Je leur propose ensuite de retrouver une respiration régulière et d'observer l'augmentation de la surface de contact de leur corps sur le tapis. Je réitère ce processus trois fois consécutives.
- ✓ *La phase de visualisation du corps* : J'invite les patients à visualiser leur corps dans son ensemble, à prendre conscience de la position de leur corps sur le tapis, et de la position de leurs membres les uns par rapport aux autres. La respiration est régulière.
- ✓ *La phase d'introspection sensorielle des points d'appui* : Je leur demande de se concentrer sur leur corps, et notamment sur le relâchement de chaque partie du corps. Pour ce faire, je les guide en parcourant progressivement l'ensemble des parties, des pieds à la tête.

- ✓ *Le protocole inspiré de Jacobson* : lorsque les patients me semblent apaisés, calmes, je débute le programme, qui se décompose comme suit. Je réitère chacun des items trois fois de suite, je laisse environ cinq secondes pour la contraction et au moins trente secondes pour le relâchement. Je laisse un temps plus long, d'environ trois minutes, entre chaque partie du corps, en amenant les patients à ressentir la différence entre la partie relâchée et le reste de leur corps. Concernant les items des membres supérieurs et inférieurs, je propose de faire les deux en même temps.
- Membres supérieurs : Raidir les bras soit en serrant les poings, soit en les plaquant contre le corps, de façon à ressentir la contraction tout le long des bras.
 - Membres inférieurs : Appuyer sur le sol avec les pieds, jambes tendues, de façon à ressentir la contraction tout le long des jambes.
 - Tronc :
 - Cambrer le dos de façon à ressentir une contraction dans le bas du dos, de part et d'autre de la colonne vertébrale.
 - Contracter les épaules par un mouvement de celles-ci vers l'avant, de façon à ressentir une contraction des muscles de part et d'autres du cou.
 - Visage : En un seul mouvement, contracter l'ensemble du visage, en fermant fortement les paupières et la bouche, de façon à ressentir une contraction dans le front, les paupières, les joues, le nez et les lèvres.
- ✓ *La phase de visualisation du corps* : A nouveau, j'invite les patients à visualiser leur corps dans son ensemble, en analysant leur position globale ainsi que la position de leurs membres, de façon à observer la différence d'état entre le début et la fin de la séance.
- ✓ *La recherche des points de tension* : Je demande aux patients d'observer s'il y a eu persistance de points de tension au cours de la séance. Si tel est le cas, je leur propose de mobiliser de façon autonome les muscles situés autour de la région en question.

- ✓ *La phase d'appréciation de l'état* : durant cinq minutes, j'invite les patients à apprécier leur état global, leur corps relâché, détendu, à profiter pleinement de cet état d'apaisement. Ils sont libres de se remémorer un moment agréable, où ils ont ressenti un état de bien-être semblable, en essayant de le visualiser, et de se remémorer les sensations agréables de cet instant. L'image, le souvenir ainsi généré permettra par la suite l'atteinte d'une détente, ou au moins d'un mieux-être, de façon plus rapide.
- ✓ *La phase de remobilisation progressive somatopsychique* : J'invite les patients à retrouver lentement un état de vigilance accru tout en restant détendu. Ils reprennent connaissance des bruits alentours, de l'espace, de leur place dans la pièce, chacun à leur rythme, en ouvrant les yeux. Puis, je leur propose quelques mouvements et étirements de façon à désengourdir leur corps. Durant cette phase, je les guide sur les parties du corps, de façon à ce qu'aucune ne soit omise : mouvements du visage (grimaces), du cou (gauche/droite, haut/bas), des bras (flexion/extension, étirements, rotations), des poignets (rotations), des mains (mouvements de pianotage des doigts), du buste (mouvements latéraux gauche/droite, étirements, dissociation des ceintures), des jambes (flexion/extension, étirements, rotations) et des pieds (rotations des chevilles, déliement des orteils).
- ✓ *La phase de retour à la position initiale* : Je leur demande de se relever jusqu'à revenir en position assise, lentement et progressivement, chacun à son rythme.

3. Après la séance

- ✓ *La phase de discussion orale* : je demande à chacun d'expliquer comment il a vécu la séance, quels sont ses ressentis physiques et émotionnels, ses impressions.
- ✓ *La phase de mise en perspective* : Une fois le tour des patients terminé, je propose une brève explication des liens entre la méthode proposée et leur problématique addictive. Je leur indique également que seule une pratique régulière sur du long terme permet d'atteindre l'efficacité complète de cette méthode. Je leur souligne également le fait qu'il existe maintes méthodes de relaxation, toutes différentes dans leur pratique mais visant les mêmes objectifs, et que chacun adhère à une méthode en particulier.

- ✓ *La phase de distribution des questionnaires* : Seulement à la fin de la dernière séance. Je précise à nouveau la nécessité de la sincérité des réponses, et les assure du respect de l'anonymat.

C – Evaluation de l'efficacité des séances

1- L'inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger

a) Présentation

L'inventaire d'anxiété trait-état, développé par Spielberger, est également connu sous le nom de State-Trait Anxiety Inventory ou STAI. Il est aujourd'hui l'une des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété les plus utilisées. Sa particularité principale réside dans la possibilité de quantifier de façon indépendante le niveau d'anxiété actuel au moment de la passation (anxiété-état) et le tempérament anxieux habituel du sujet (anxiété-trait). En revanche, les items ne concernent que les aspects psychologiques de l'anxiété, les répercussions somatiques ne sont pas envisagées. Par ailleurs, cet inventaire est destiné à être rempli par le sujet lui-même. Bien que ce test soit construit dans le but d'évaluer l'anxiété, l'évaluateur ne doit cependant pas prononcer ce terme lors de l'administration des questionnaires. En effet, l'évaluateur se doit d'employer uniquement les termes de « questionnaires d'auto-évaluation ».

Comme expliqué plus haut, cet inventaire permet de mesurer tant l'anxiété-état que l'anxiété-trait. Ainsi, il est composé de deux sous-parties : l'échelle d'anxiété-état évaluant l'état du patient sur le moment même ; et l'échelle d'anxiété-trait, évaluant ce que le sujet ressent habituellement, généralement. Chaque échelle comprend 20 items gradués en quatre degrés en fonction de leur intensité ou de leur fréquence. Les deux échelles peuvent être utilisées de façon indépendante mais si elles sont administrées conjointement, l'échelle d'anxiété-état doit être administrée d'abord, et l'échelle d'anxiété-trait ensuite, car les réponses d'anxiété-état peuvent être influencées par les réponses d'anxiété-trait, alors que l'inverse n'est pas vrai. De surcroît, afin d'obtenir des réponses spontanées, il est recommandé au sujet de ne pas trop réfléchir et de ne pas s'attarder sur les questions. Le temps de passation n'est pas limité, mais l'ensemble des deux échelles nécessite généralement moins de quinze minutes pour son remplissage.

b) Les intérêts dans la situation

La structure de cet inventaire est intéressante. En effet, sa construction en deux échelles permet de les utiliser conjointement ou indépendamment. Ainsi, il est possible de mesurer les modifications induites par une situation expérimentale telle que la relaxation, sur le moment présent (la partie relative à l'anxiété-état a démontré une bonne sensibilité au changement), mais également les modifications induites sur l'état anxieux général du sujet, s'il y en a. De surcroît, cet inventaire d'auto-évaluation apporte à l'évaluateur des indications sur la personnalité anxieuse du sujet, indications pouvant être utiles dans le projet global de soins, susceptibles de modifier la façon d'aborder le patient.

En outre, les items de chaque échelle sont courts et clairement définis, et les consignes simples d'interprétation. Cet inventaire est donc parfaitement intelligible et aisé d'administration. De plus, il est caractérisé par la brièveté de son temps de passation, ce qui est un avantage dans cette situation, où un créneau de seulement une heure par semaine est réservé à l'ensemble de la séance. Enfin, cet inventaire permet une réévaluation des patients. En effet, la fidélité test-retest est tout à fait admissible, bien qu'elle se soit révélée meilleure pour l'anxiété-trait (0.65 - 0.75) que pour l'anxiété-état (0.34 - 0.62).

J'ai donc utilisé cet inventaire de la sorte, en administrant les deux échelles anxiété-état puis anxiété-trait avant la première séance de relaxation, et j'ai administré seulement l'échelle d'anxiété-état après la dernière séance de relaxation. Ainsi, cela m'a permis l'obtention d'une évaluation initiale de l'état anxieux du patient, et de ses caractéristiques anxieuses générales, mais surtout de mesurer l'impact des séances de relaxation sur l'état anxieux du sujet. De plus, la comparaison des résultats de l'échelle d'anxiété-état réalisée à la fin de la dernière séance avec les résultats de l'anxiété-trait réalisée au début me permettra d'observer si la relaxation permet, chez ce type de patients, une amélioration de l'état anxieux, en dépit des caractéristiques anxieuses inhérentes à la problématique addictive.

c) Les biais

L'inventaire d'anxiété trait-état de Spielberger ne prend en compte que les aspects psychologiques de l'anxiété, et non ses aspects somatiques. Il ne permet donc pas d'observer l'apaisement physique des sujets, ni l'aspect sensori-perceptif du vécu des séances de relaxation.

Par ailleurs, les résultats des questionnaires sont à interpréter avec précaution. En effet, si les résultats indiquent une amélioration de l'état anxieux à l'issue des séances de relaxation, il sera difficile de savoir si cette amélioration résulte des effets de la relaxation en elle-même, ou si cette amélioration est consécutive à la combinaison de la relaxation et des actions médicamenteuses et autres activités pratiquées.

2- L'analyse des questionnaires

Par souci de clarté, les données brutes et standardisées sont présentées séparément, sous forme de tableau. Neuf patients ont rempli les questionnaires dans les règles, avant et après les séances de relaxation. Les représentations graphiques détaillées de chaque patient se trouvent en annexes.

a) Cotation brute

| Patients | Anxiété-Etat première séance | Anxiété-Trait première séance | Anxiété-Etat dernière séance | Nombre de séances effectuées |
|----------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 | 40 | 39 | 21 | 3 |
| 2 | 75 | 72 | 21 | 4 |
| 3 | 38 | 34 | 26 | 4 |
| 4 | 32 | 42 | 23 | 4 |
| 5 | 41 | 45 | 25 | 4 |
| 6 | 61 | 72 | 47 | 4 |
| 7 | 48 | 61 | 38 | 3 |
| 8 | 25 | 36 | 23 | 3 |
| 9 | 46 | 61 | 26 | 4 |

Ce tableau indique les résultats bruts de chaque questionnaire, soit les scores additionnés pour chacun des items.

| | Anxiété-Etat première séance | Anxiété-Trait première séance | Anxiété-Etat dernière séance |
|---------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Moyenne brute | 45,11 | 51,33 | 27,77 |

Ce tableau indique les moyennes des résultats bruts de chaque questionnaire, sur l'ensemble des patients.

b) Cotation standardisée

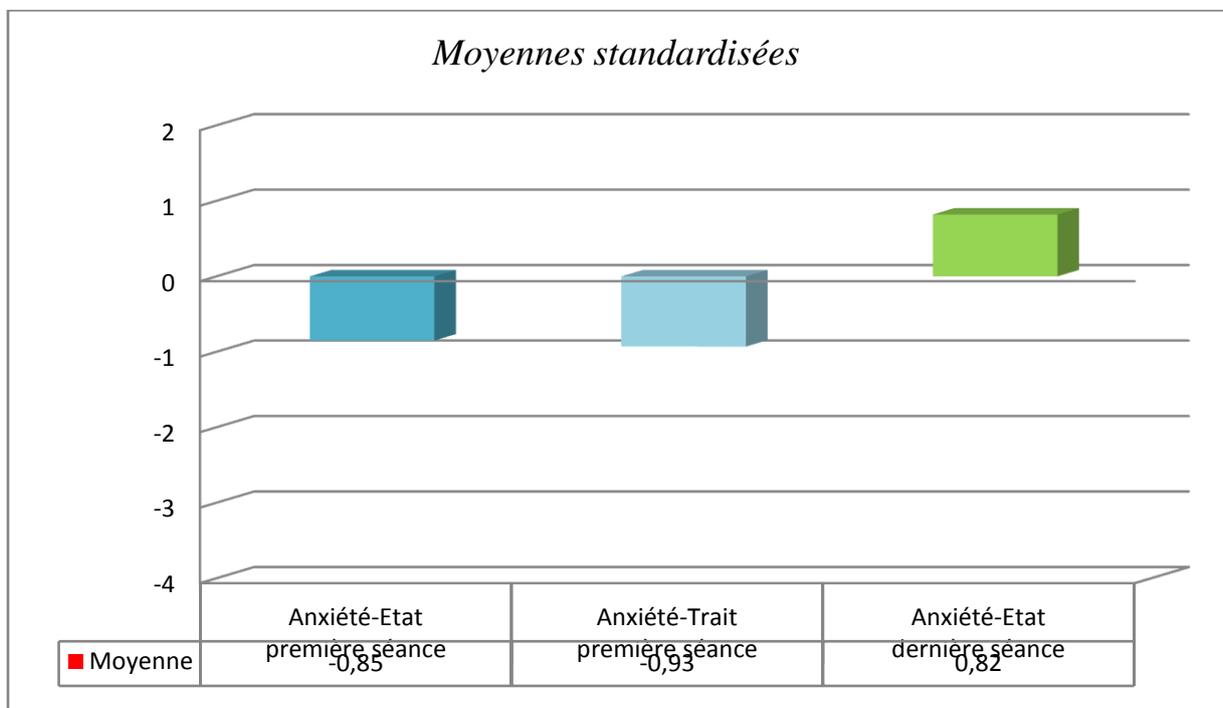
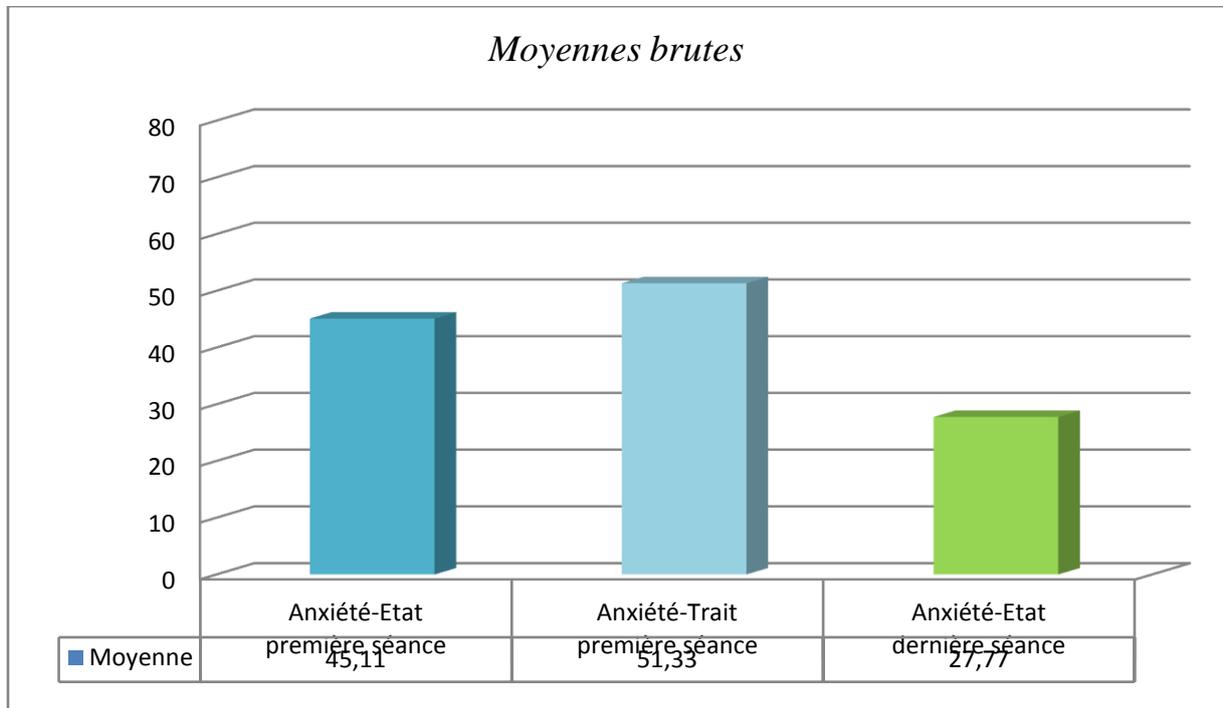
| Patients | Anxiété-Etat première séance | Anxiété-Trait première séance | Anxiété-Etat dernière séance | Nombre de séances effectuées |
|----------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 | -0,41 | 0,3 | 1,42 | 3 |
| 2 | -3,79 | -3,17 | 1,42 | 4 |
| 3 | -0,21 | 0,82 | 0,94 | 4 |
| 4 | 0,36 | -0,01 | 1,23 | 4 |
| 5 | -0,5 | -0,33 | 1,03 | 4 |
| 6 | -2,44 | -3,17 | -1,08 | 4 |
| 7 | -0,7 | -1,43 | 0,26 | 3 |
| 8 | 1,03 | 0,61 | 1,23 | 3 |
| 9 | -0,99 | -2,01 | 0,94 | 4 |

Ce tableau indique les résultats standardisés pour chaque questionnaire et pour chaque patient, obtenus à partir des données brutes précédentes.

| | Anxiété-Etat première séance | Anxiété-Trait première séance | Anxiété-Etat dernière séance |
|----------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Moyenne standardisée | -0,85 | -0,93 | 0,82 |

Ce tableau indique les moyennes des résultats standardisés de chaque questionnaire, sur l'ensemble des patients.

c) Représentations graphiques des moyennes



Discussion

Les résultats et leurs représentations graphiques indiquent une amélioration de l'état anxieux entre le début et la fin des séances de relaxation, et ce pour chacun des patients. Le calcul des moyennes des résultats par catégories démontre également très nettement l'amélioration globale de l'anxiété des patients à l'issue de trois ou quatre séances de relaxation seulement.

De surcroît, les données illustrant l'anxiété-trait et l'anxiété-état avant les séances, se rejoignent le plus souvent. Ce phénomène illustre le fait que les patients sont, avant de commencer, fidèles à leur personnalité, et ne cherchent pas à donner de réponses erronées, d'autant plus qu'ils ne savent pas que les questionnaires ont pour but d'évaluer leur anxiété, ceux-ci leur étant présentés sous la forme de « questionnaires d'auto-évaluation. » Aussi, concernant la véracité des questionnaires post-séances, cet inventaire possède une bonne fidélité test-retest. De même, les patients ne peuvent se souvenir des réponses aux deux questionnaires (correspondant à deux fois vingt items) qu'ils ont cochés quatre semaines auparavant, ce qui permet des réponses, non pas assurément sincères sur leur état, mais n'ayant pas pour objectif conscient de montrer une amélioration de leur état par rapport au début des séances.

Un des phénomènes les plus importants à souligner dans ces résultats correspond certainement à l'amélioration bien plus significative chez les patients les plus anxieux au départ. En effet, nous pouvons remarquer que plus les taux d'anxiété-trait et d'anxiété-état sont élevés au départ, plus les réponses post-séances montrent une amélioration majeure. A contrario, moins les sujets sont de nature anxieuse, moins leurs résultats relèvent une amélioration.

L'analyse plus fine des questionnaires d'anxiété-état pré- et post-séances, via le calcul de la moyenne des réponses à chacun des items des questionnaires, a permis d'observer les items les plus changeants à l'issue des séances, ainsi que les items qui au contraire, n'ont pas montré de grande évolution. Les items montrant une évolution positive dans la majorité des questionnaires sont les suivants :

- Item 2 : Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.
- Item 3 : Je suis tendu(e), crispé(e).

- Item 6 : Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).
- Item 7 : L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.
- Item 10 : Je me sens à mon aise.
- Item 11 : Je sens que j'ai confiance en moi.
- Item 15 : Je suis décontracté(e), détendu(e).
- Item 17 : Je suis inquiet(e), soucieux (se).
- Item 19 : Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).
- Item 20 : Je me sens de bonne humeur, aimable.

Les items 7, 11, 17 et 20 concernent des aspects cognitifs de l'anxiété. A l'inverse, les items 2, 3, 6, 10, 15, et 19 mettent en avant des aspects plus somatiques de l'anxiété. Ainsi, cet impact somatique montre que les séances ont avant tout permis des répercussions physiques, passant par la sensation corporelle. Ce phénomène relève que les séances ont une efficacité, mais souligne également la justesse en terme de temps, qui accorde moins d'impact cognitif.

À l'inverse, d'autres items ne montrent pas d'évolution. Comme expliqué ci-dessus, ces items concernent des aspects cognitifs, nécessitant davantage de temps de pratique afin d'évoluer. Ces items sont les suivants :

- Item 4 : Je me sens surmené(e).
- Item 9 : Je me sens effrayé(e).
- Item 12 : Je me sens nerveux (se), irritable.
- Item 13 : J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).
- Item 18 : Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).

Enfin, les items restants n'ont pas montré d'évolution significative. Ils ont évolué mais sont passés de « plutôt oui » à « oui », ou de « non » à « plutôt non ». Ils correspondent à des aspects plus généraux, qui nécessitent également plus de temps de pratique pour évoluer réellement.

- Item 1 : Je me sens calme.
- Item 5 : Je me sens tranquille, bien dans ma peau.
- Item 8 : Je me sens content(e).
- Item 14 : Je me sens indécis(e).
- Item 16 : Je suis satisfait(e).

Par ailleurs, comme expliqué plus haut, le déroulement des séances incluait une discussion orale à la fin de chacune des séances, permettant d'obtenir le ressenti de chacun, tant physique que psychique et émotionnel. Dans l'ensemble, chaque patient a souligné un moment de bien-être durant et après les séances, en expliquant avoir bien ressenti et apprécié les différences contraction / relâchement musculaire, ainsi que la différence d'état psychique entre leur arrivée dans la salle et le moment de retour en position assise. Néanmoins, l'efficacité ne se révélait souvent qu'à partir de la deuxième séance, la première séance servant de découverte, avec toutes les dimensions que la nouveauté implique.

L'objectif de ce projet était principalement de faire découvrir une technique de relaxation à ces patients, la technique de Jacobson paraissant la plus adaptée, afin qu'ils puissent la réutiliser de leur plein gré, de façon autonome, pour se venir en aide soi-même, notamment en cas d'envie ou de perte de contrôle face à une situation. Ainsi, quel enchantement lorsque l'un des patients a expliqué qu'il avait remplacé sa demi-heure de sieste quotidienne par une demi-heure de relaxation de Jacobson ! Ce monsieur a dès le début apprécié et ressenti de réels changements en lui, et s'est mis à pratiquer seul dans sa chambre dès la fin de la deuxième séance de groupe. Lors de son départ, il souhaitait continuer chez lui. Aussi, un autre patient a confié avoir utilisé volontairement la respiration profonde avant un rendez-vous important, décisif pour l'obtention d'un logement. Cette respiration pratiquée déjà depuis trois séances a été efficace a-t-il dit, notamment dans ses manifestations anxieuses somatiques, à savoir les tremblements et la sudation.

En outre, nul n'a rapporté l'utilisation de la méthode face à une envie de consommer. Néanmoins, ces patients étant en séjour de sevrage, les traitements médicamenteux qu'ils reçoivent, ainsi que le cadre de la structure et les activités proposées, ne leur permettent pas d'avoir des envies. C'est lors de leur sortie du service, moment souvent très appréhendé par les patients, que le retour à la réalité peut perturber les patients, s'ils n'ont pas prévu un emploi du temps bien chargé, ainsi qu'un changement de mode de vie, souvent radical, tel que le déménagement. En revanche, une fois les patients sortis du service, il était impossible de savoir si oui ou non, ils utilisaient de façon autonome la relaxation progressive.

Ceci amène aux deux limites majeures de ces séances et de leur évaluation. Premièrement, les questionnaires ont montré une amélioration chez chacun des sujets ayant pratiqué la relaxation. Cependant, aucun moyen ne permet d'affirmer que cette amélioration résulte uniquement des séances de relaxation, ou bien de l'ensemble du programme de cure.

Le questionnaire d'anxiété-état étant rempli immédiatement à la fin de la dernière séance, celui-ci montre les effets de la séance sur le sujet. Mais sans groupe contrôle, comment savoir si les questionnaires n'auraient pas montré une amélioration également en fin de séjour, même sans séance de relaxation ? Deuxièmement, se pose la limite principale du questionnaire de Spielberger : il ne mesure que les paramètres psychologiques de l'anxiété et, bien que certains items s'apparentent aux aspects somatiques, il ne mesure nullement les paramètres physiologiques. Néanmoins, la définition même du métier de psychomotricien montre que les dimensions psychologique, physiologique et affective sont liées et doivent être en harmonie. Ainsi, les résultats mettant en exergue une nette amélioration de l'aspect psychologique de l'anxiété chez les sujets les plus anxieux, nous pouvons en déduire une amélioration sur le plan physique, amélioration soulignée par ailleurs lors des discussions orales en fin de séances.

Enfin, les conditions temporelles du stage ont permis de proposer une heure hebdomadaire de relaxation. Ces séances, bien que proposées à très court terme, ont toujours attirées les patients, qui en ont fait maints retours positifs. Ainsi, un minimum de deux séances hebdomadaires serait optimal afin d'amplifier les résultats obtenus au terme d'une séance hebdomadaire, et bien sûr, pour le bien-être et la satisfaction des patients demandeurs.

Conclusion

Le sevrage est la base de la prise en charge de la personne addictive, mais la sortie d'hospitalisation a également son importance. La maladie chronique qu'est l'addiction implique par définition des phénomènes de rechute. Il semble donc primordial de donner toutes les aides nécessaires aux patients, afin de les aider dans leur séjour de sevrage, et par la suite, à titre personnel dans leur vie quotidienne.

Dans un service ne proposant guère de programme de relaxation régulier, deux objectifs majeurs allaient dans le sens de la mise en place de séances de relaxation. D'une part, entrer dans une gestion de l'état anxieux des patients afin de leur permettre un meilleur vécu de leur cure ; et d'autre part, imprégner les patients d'une méthode, par la répétition, afin qu'ils puissent la réutiliser de façon autonome, comme bon leur semble. A l'issue d'un travail de recherche puis de lecture, tout apportait la preuve de l'efficacité de la relaxation de Jacobson en addictologie, sous réserve d'une pratique régulière. Le programme proposé était certes régulier, mais aussi très court, interrogeant sur l'efficacité de ces séances. Néanmoins, outre leur justesse temporelle, les séances ont tout de même permis l'obtention de réponses positives, incitant à poursuivre dans cette voie de la relaxation, voire à augmenter le nombre de séances hebdomadaires.

Ce travail met en avant l'importance quantitative des patients demandeurs de relaxation. Ils sont en effet très nombreux à en faire la demande et, avant l'instauration des séances, plusieurs marquaient leur étonnement face à l'absence de relaxation dans le service.

La relaxation constitue l'une des compétences privilégiées du psychomotricien. Ainsi, dans un service d'addictologie, en plus des activités physiques et de leurs multiples bienfaits auprès des patients, une pratique régulière de relaxation ne peut qu'amplifier les bénéfices, en apportant un mieux-être aux patients, ainsi que la découverte d'une méthode protectrice, saine et inoffensive, à adopter à titre individuel, dans leur parcours futur.

Bibliographie

- ABEILHOU, P. (2015). Cours de relaxation. Toulouse, Institut de Formation en Psychomotricité.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- ANKER, J.J.; KUSHNER, M.G.; THURAS, P.; MENK, J.; UNRUH, A.S. (2016). Drinking to cope with negative emotions moderates alcohol use disorder treatment response in patients with co-occurring anxiety disorder. *Drug Alcohol Depend.* 159, 93-100.
- ANSSEAU, M. ; BOUVARD, M. ; BOYER, P. ; COTTRAUX, J. ; DUGAS, M. ; FERRERI, M. ; ... WAINTRAUB, L. (1996). L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Editions médicales Pierre Fabre. Tome 1, sous la direction de J.D. GUELFY.
- ARVERS, P. ; ASSAILLY, J.P. ; BATEL, P. ; CHOQUET, M. ; DANIEL, T. ; DAOUST, M. ; ... TSIKOUNAS, M. (2003). Traitements de l'alcoolodépendance. In *Alcool : Dommages sociaux : Abus et dépendance.* (pp. 317 – 338).
- BARR TAYLOR, C.; SALLIS, J. F.; NEEDLE, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100, 2, 195-202.
- BASTE, N. (2016). Aide mémoire. Méthodes de relaxation. Paris, Dunod.
- BUSSILLET, M. (2013). Habiter son corps, découvrir son être. Lyon, Chronique sociale.
- CHALOULT, L. La relaxation progressive et différentielle de Jacobson. Repéré à <https://tccmontreal.com/les-guides/>

- CHENARD, J. R. (1990). Les relaxations. Théories et pratiques de quelques solutions de rechange aux médicaments. Québec, Presses de l'Université du Québec.

- COLAS, C. ; VAUR, P. (1991). Thérapie de groupe à double médiation pour patients « addictifs » à l'alcool : psyché-soma. In ALBARET, J.M. ; AUDIN, S. ; BEARN, V. ; BLANCHARD, B. ; BLANCO, I. ; BOSSE, F. ; ... VOTADORO, V. (Eds.), *Entretiens de psychomotricité* (pp. 160-168). Paris : Expansion Scientifique Française.

- DELFAURE, M. ; HOUGRON, A. ; RAMO, M. (2015). Conduites addictives et toxicomanies. In F. GIROMINI ; J-M. ALBARET ; P. SCIALOM (Eds), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3 - Clinique et thérapeutiques* (pp. 201-216). Paris : Bibliothèque nationale.

- DOROTHY, D. ; HARRISON, PhD. (1983). Relaxation therapy : adjunctive therapy for the physician. *Journal of the national medical association*, 75, 2, 193-198.

- FOX, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2 (3a), 411-418.

- GREEFF, A. P.; CONRADIE, W. S. (1998). Use of progressive relaxation training for chronic alcoholics with insomnia. *Psychological Reports*, 82, 407-412.

- GUIOSE, M. (2007). Relaxations thérapeutiques. Paris, Heures de France.

- HIOL, A. (2014). La pleine conscience en addictologie. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité.

- JACOBSON, E. (1980). Savoir relaxer pour combattre le stress. Montréal, Les Editions de l'Homme.

- KARILA, L. (2008). Les addictions, idées reçues. Paris, Le Cavalier Bleu.

- KAWALJIT, K. ; BALJINDER, K. (2015). A quasi experimental study to assess the effectiveness of jacobson's progressive muscle relaxation training on anxiety level of alcoholic patients admitted for de-addiction in selected hospitals, jalandhar, punjab. *International Journal of development research*, 5, 08, 5307-5310.

- KOOLE, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and emotion*, 23 (1), 4-41.

- KUSHNER, M. ; ABRAMS, K. ; BORCHARDT, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders : a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 2, 149-171.

- LARGIER, G. (2008). Comprendre et pratiquer les thérapies psychocorporelles. Paris, Dunod.

- NALPAS, B. (2014). Dossier d'informations addictions. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions>.

- NIERI, T.; KULIS, S.; KEITH, V. M.; HURDLE, D. (2005). Body image, acculturation, and substance abuse among boys and girls in the southwest. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 31 (4), 617-639.

- NUBUKPO, P. ; PEUGNET, C. (2013). Renaissance de la relaxation dans le dispositif des psychothérapies, Rites, Cultures et Relaxations. Paris, Penta Editions.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2000). Classification internationale des maladies. 10^e édition. Paris, Masson.

- RAJITA, S. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse. *Psychopharmacology*, 158, 343-359.

- RICARD, M. (2003). Plaidoyer pour le bonheur. Paris, Nil éditions.

- SERVANT, D. (2012). Gestion du stress et de l'anxiété. 3^e édition. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

- SOUBIRAN, G.B. (1991). Pourquoi peut-on dire de la psychomotricité qu'elle constitue une psychothérapie à médiation corporelle ? In ALBARET, J.M. ; AUDIN, S. ; BEARN, V. ; BLANCHARD, B. ; BLANCO, I. ; BOSSE, F. ; ... VOTADORO, V. (Eds.), Entretiens de psychomotricité (pp. 160-168). Paris : Expansion Scientifique Française.

- SWENDSEN, J. ; MERIKANGAS, K. ; CANINO, G. ; KESSLER, R. ; RUBIO-STIPEC, M. ; ANGST, J. (1998). The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 4, 176-184.

- THATSANEE, L. ; RASMON, K. (2015). Preliminary Effects of Progressive Muscle Relaxation on Cigarette Craving and Withdrawal Symptoms in Experienced Smokers in Acute Cigarette Abstinence: a Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 46, 166-179.

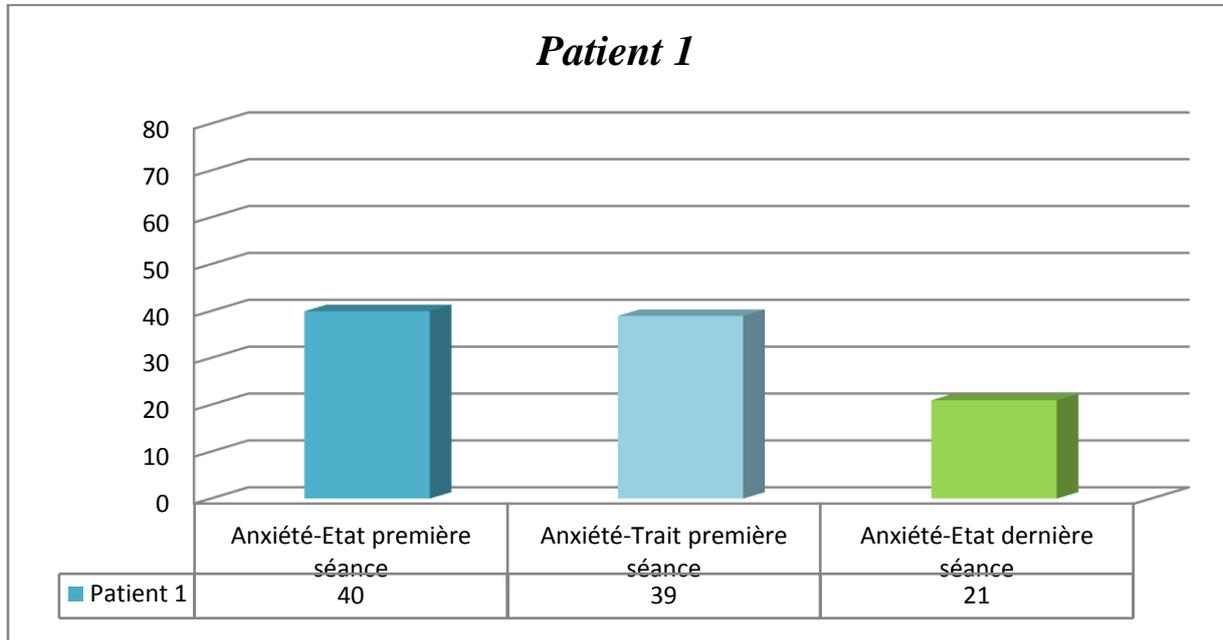
- VALLEUR, M. ; MATYSIAK, J.C. (2006). Les addictions. Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Paris, Armand Colin.

- VENISSE, J.L. ; BAILLY, D. (1997). Addictions : quels soins ? Paris, Masson.

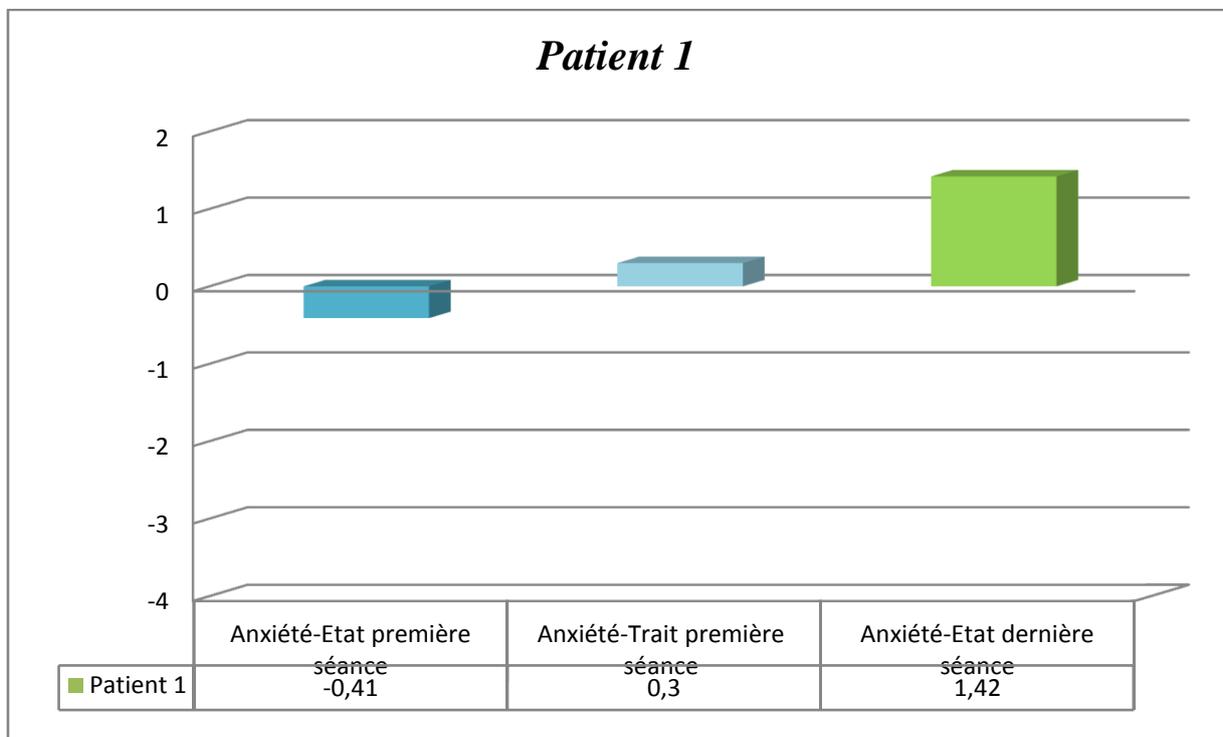
- WOLFF, L. (2013). La toxicomanie dans l'économie psychique du sujet : approche psychomotrice des sujets toxicomanes au sein d'une communauté thérapeutique. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricité

Représentations graphiques des résultats de chaque patient

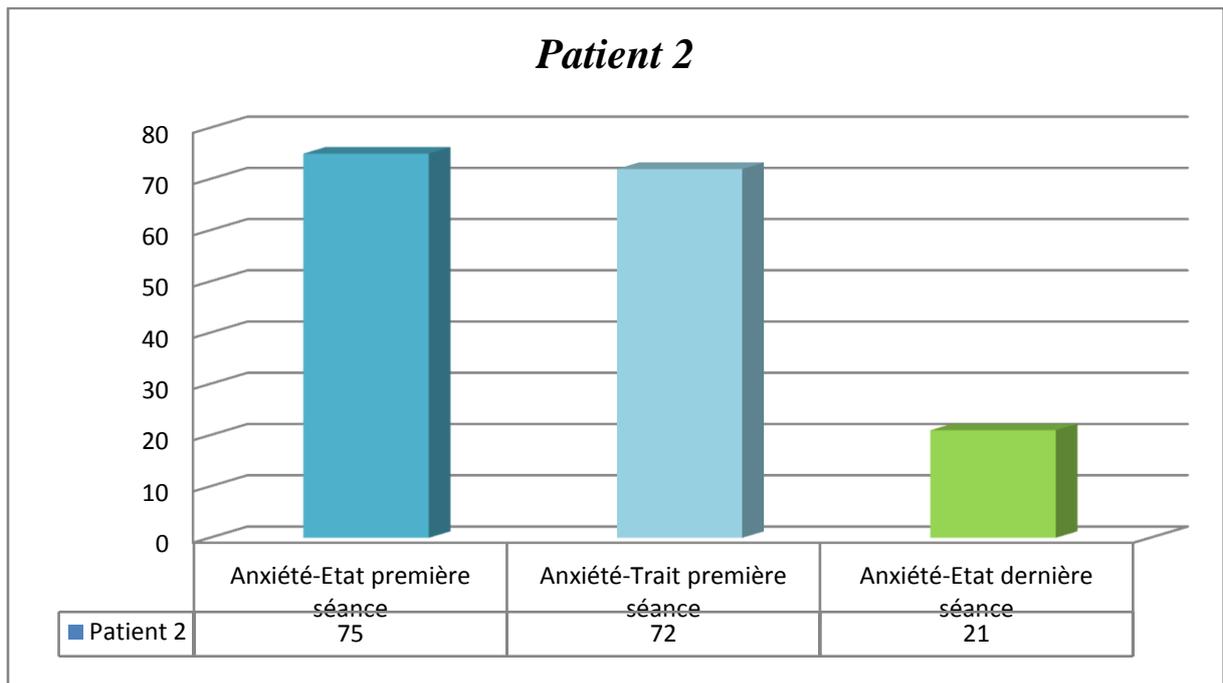
Données brutes



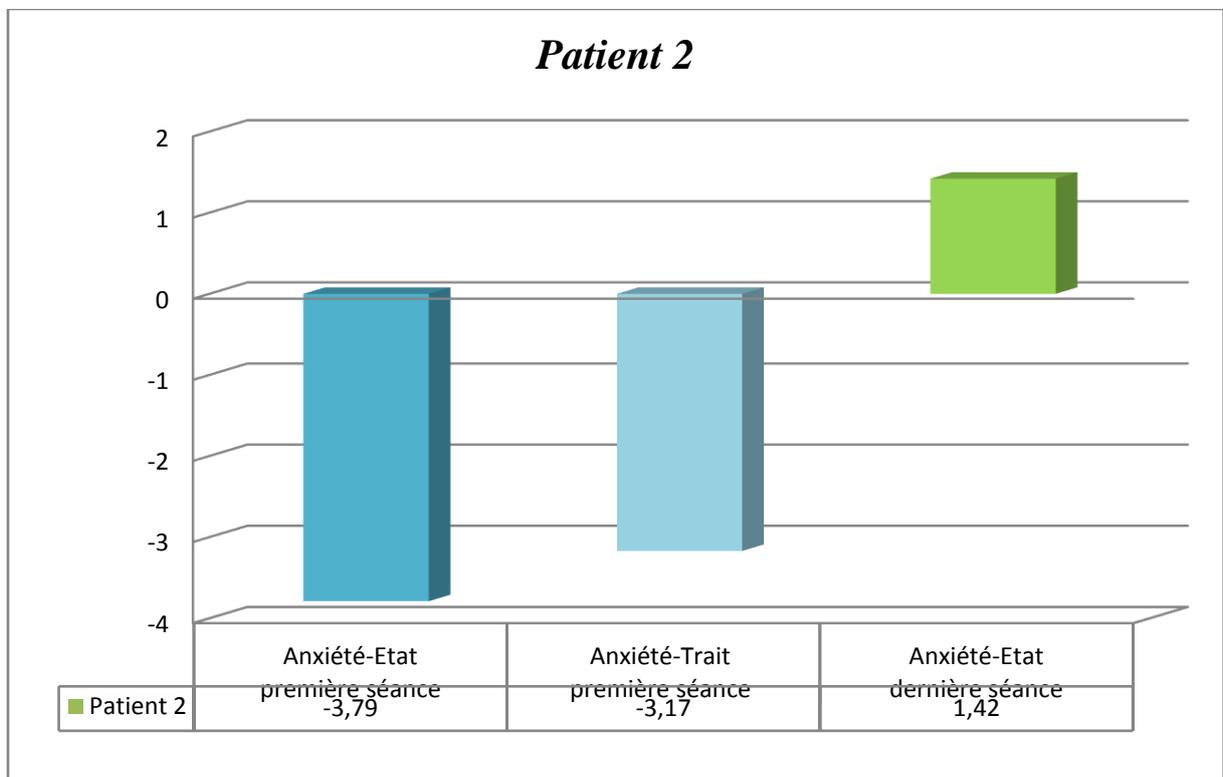
Données standardisées



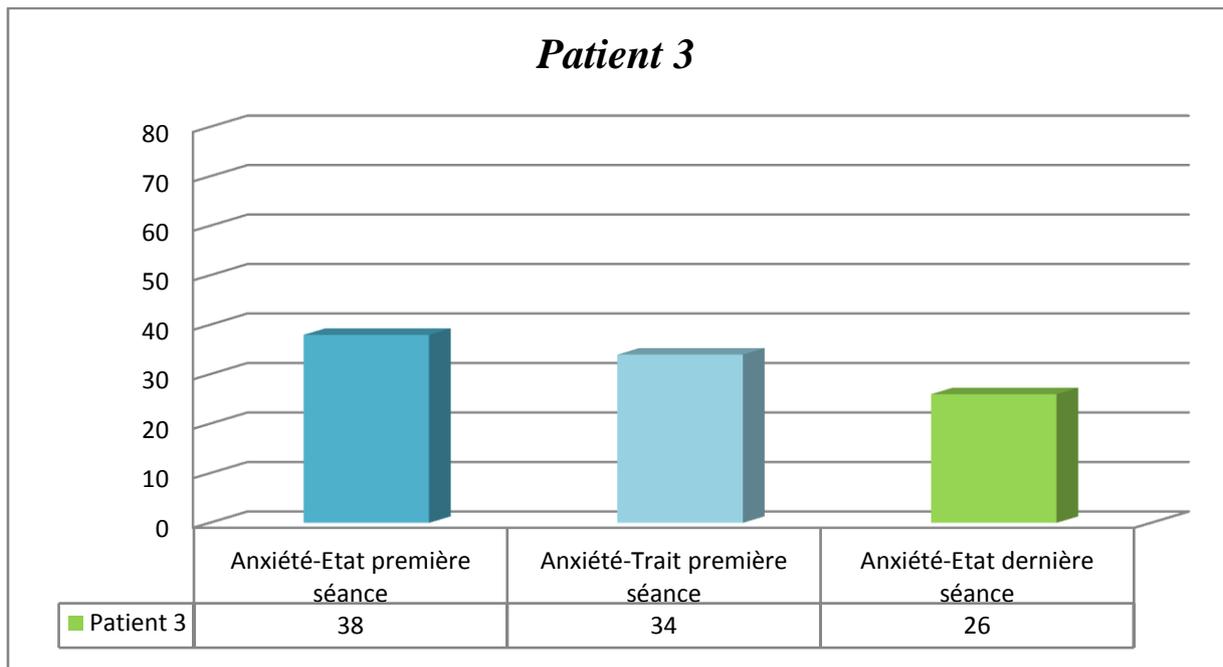
Données brutes



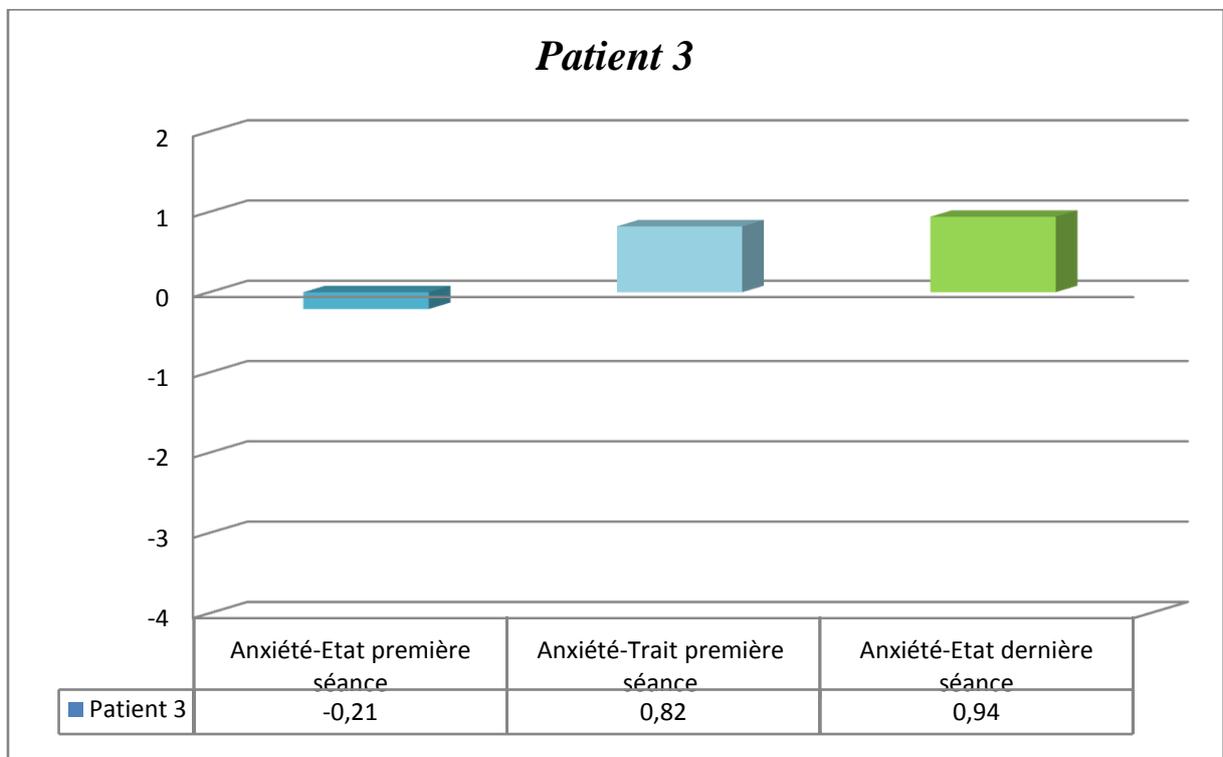
Données standardisées



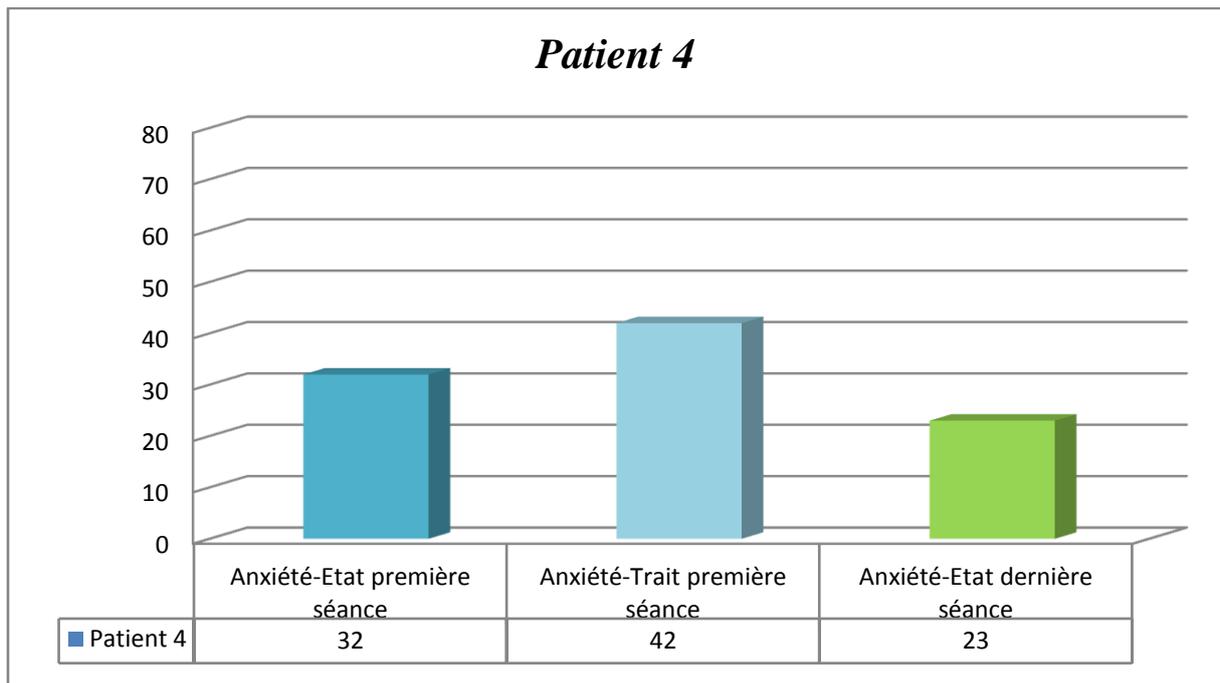
Données brutes



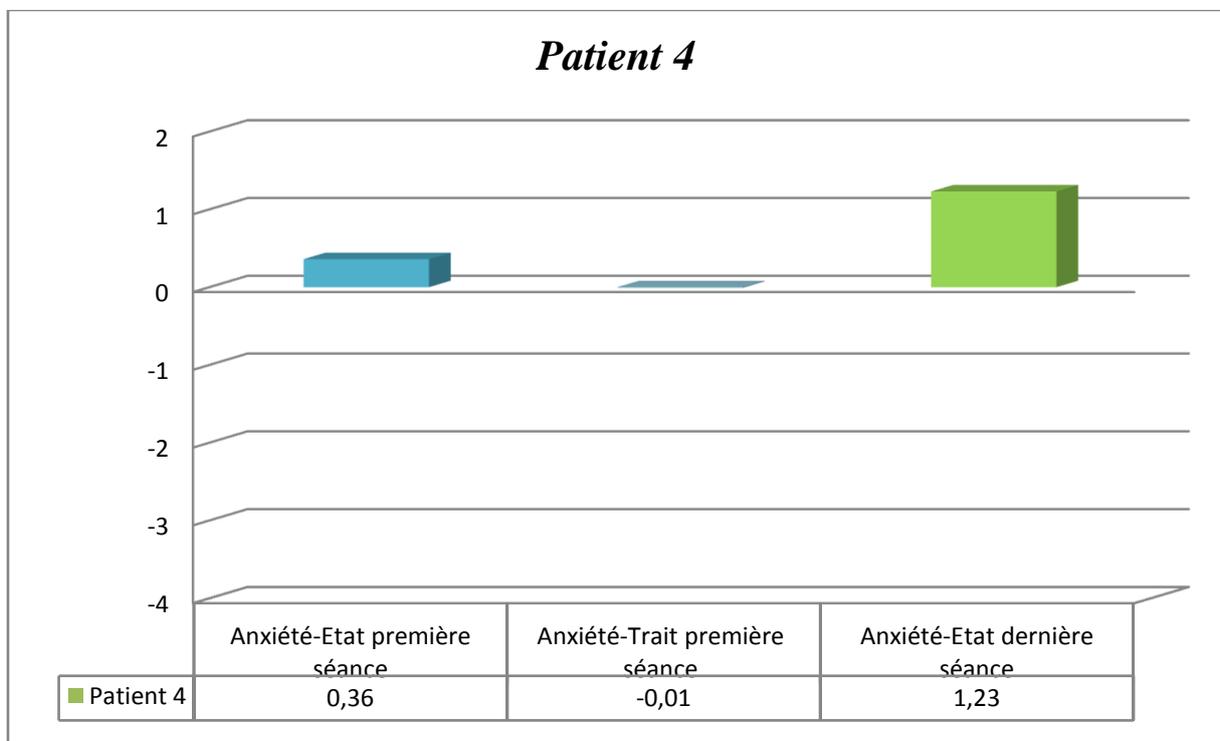
Données standardisées



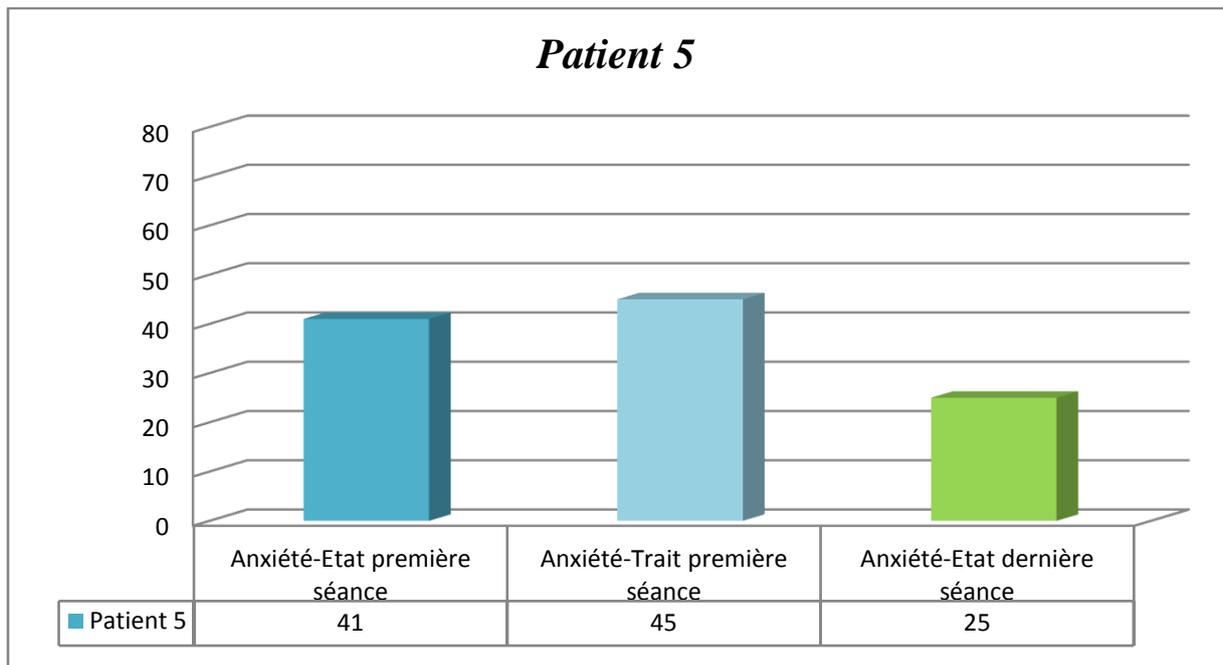
Données brutes



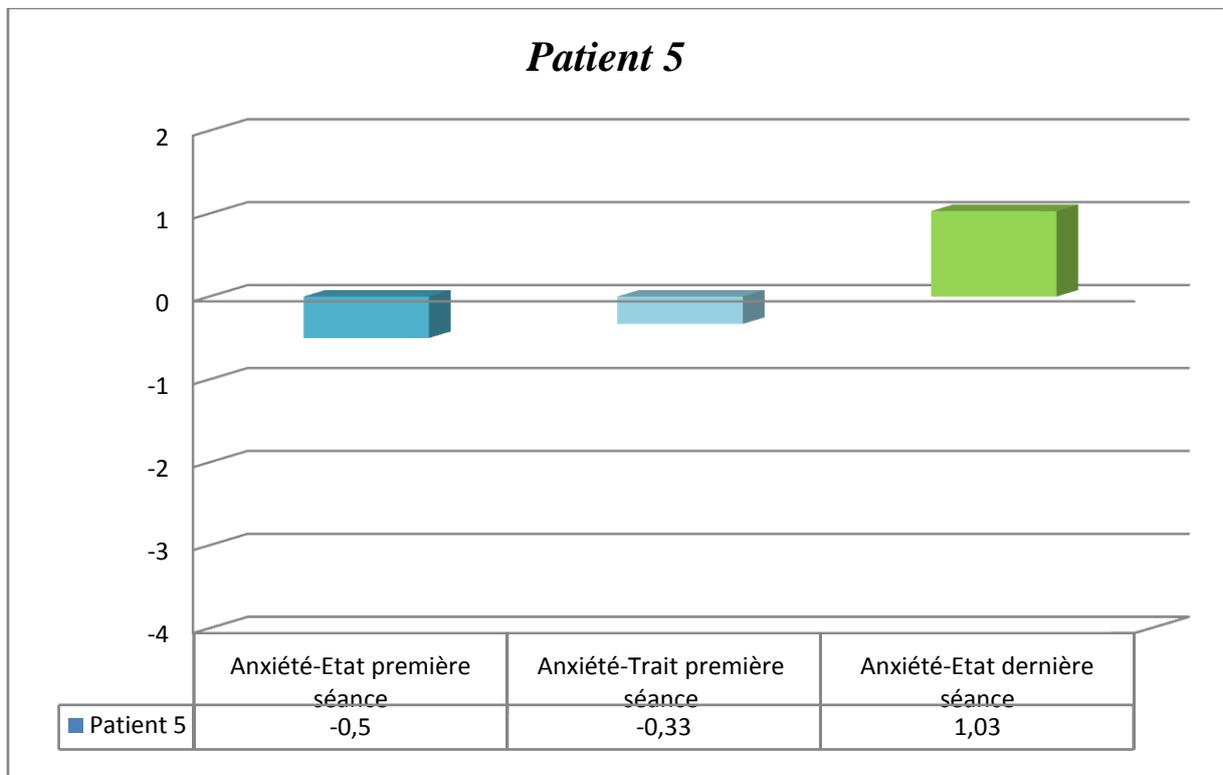
Données standardisées



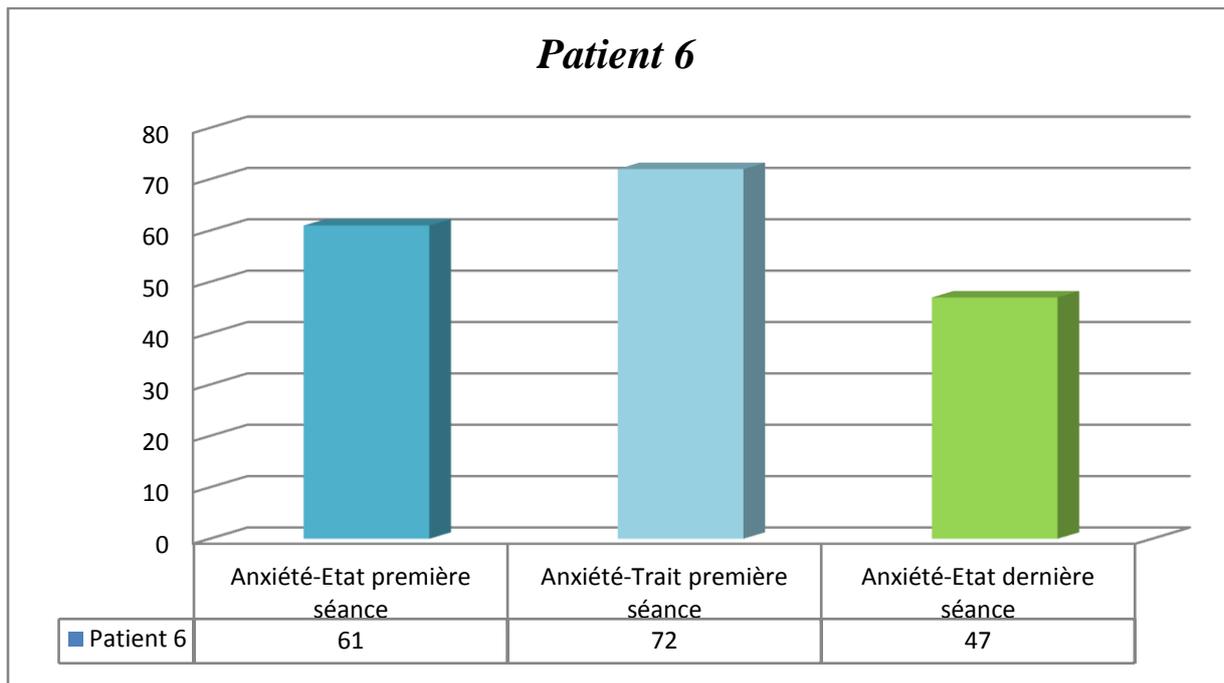
Données brutes



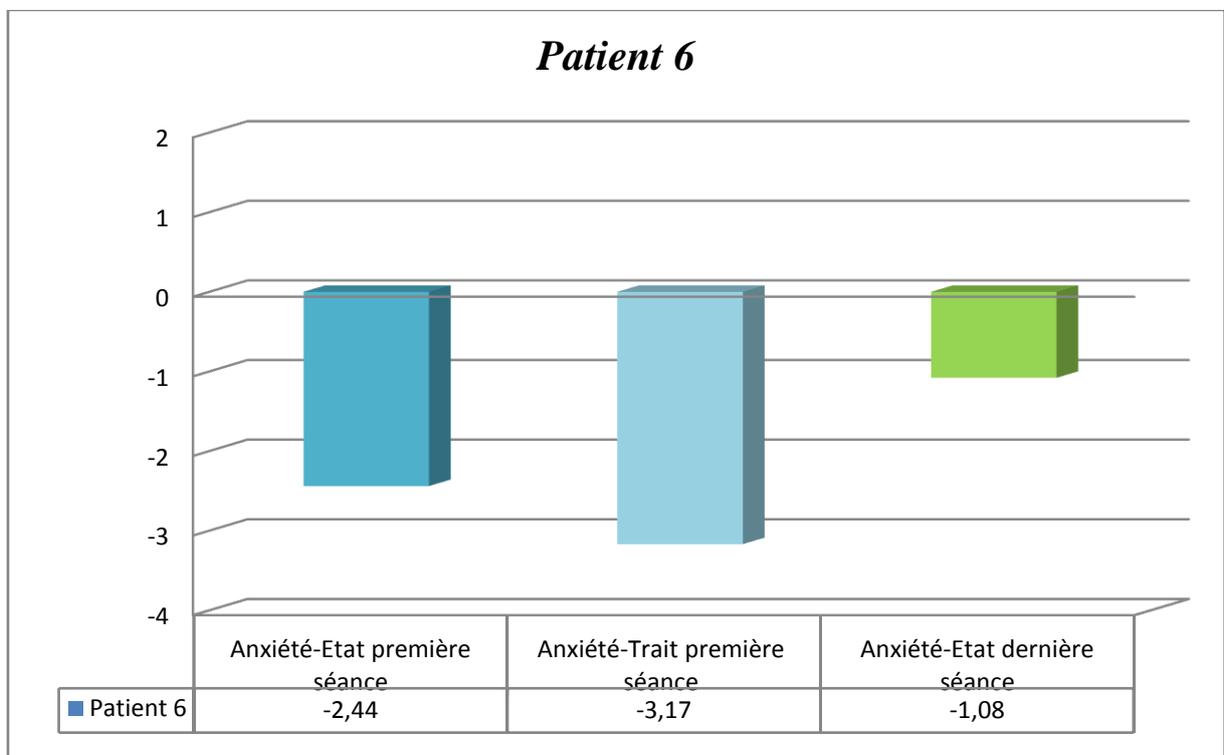
Données standardisées



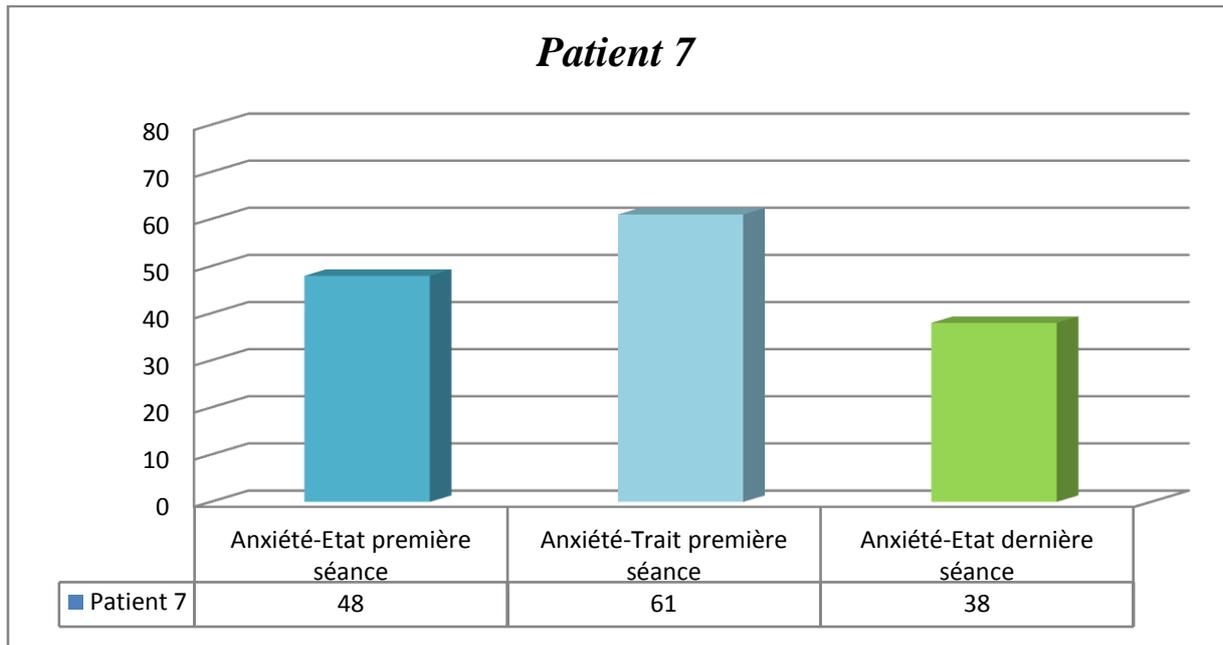
Données brutes



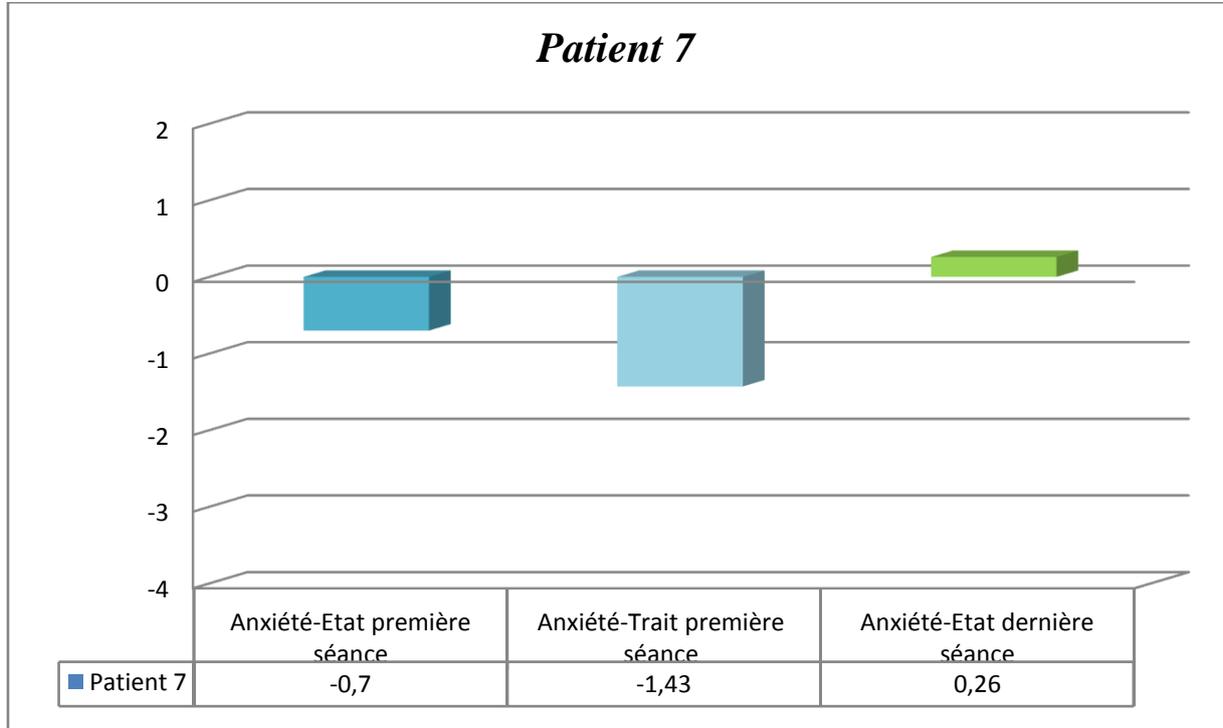
Données standardisées



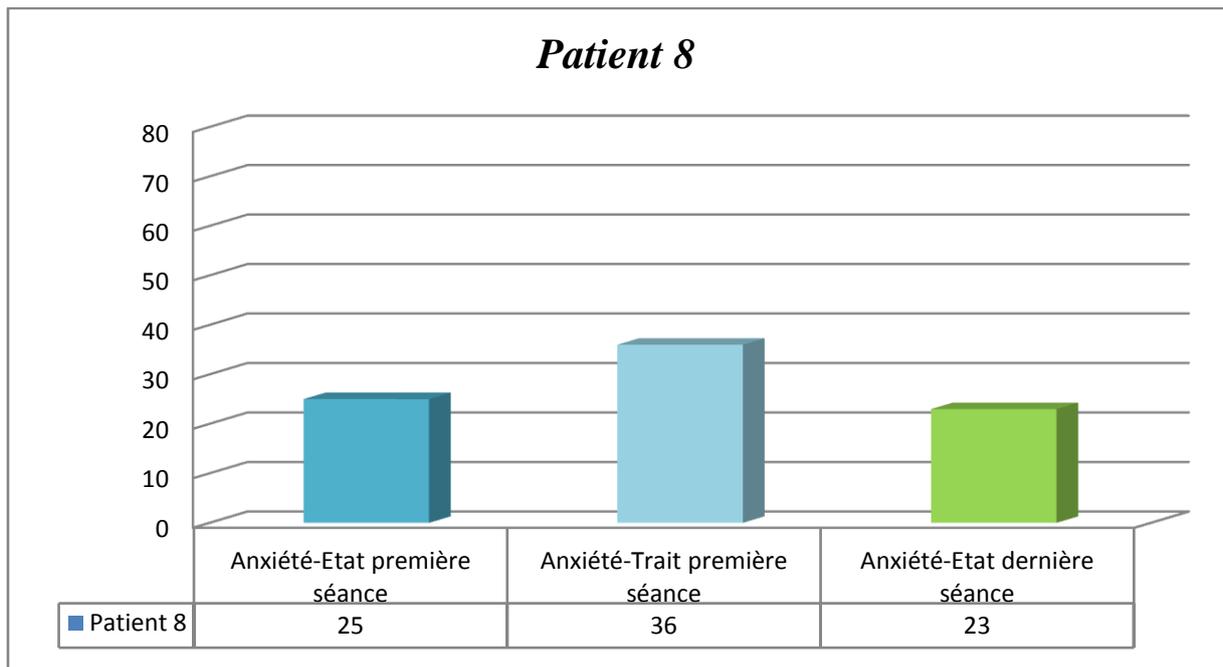
Données brutes



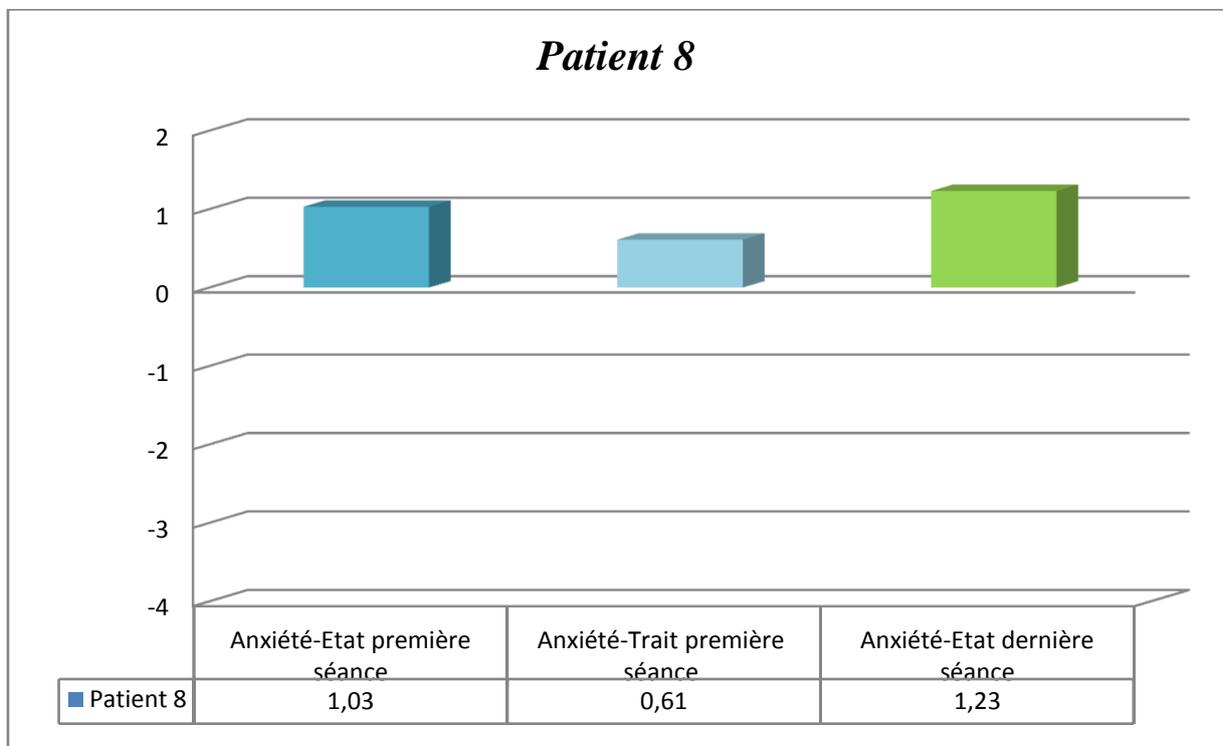
Données standardisées



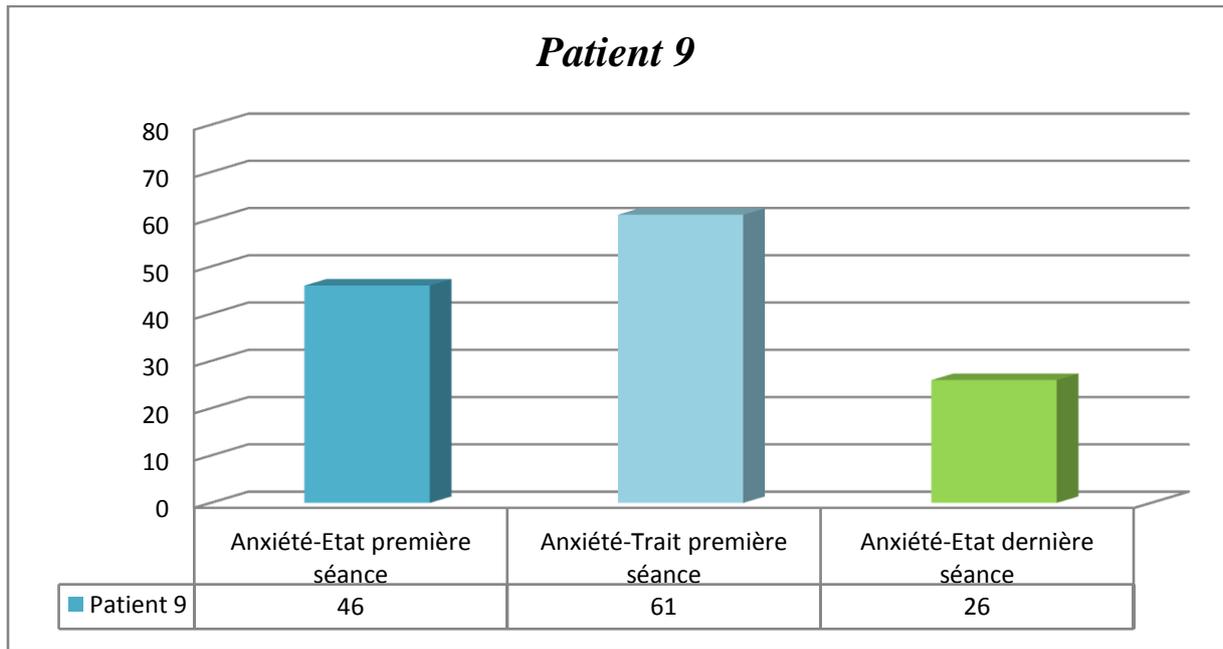
Données brutes



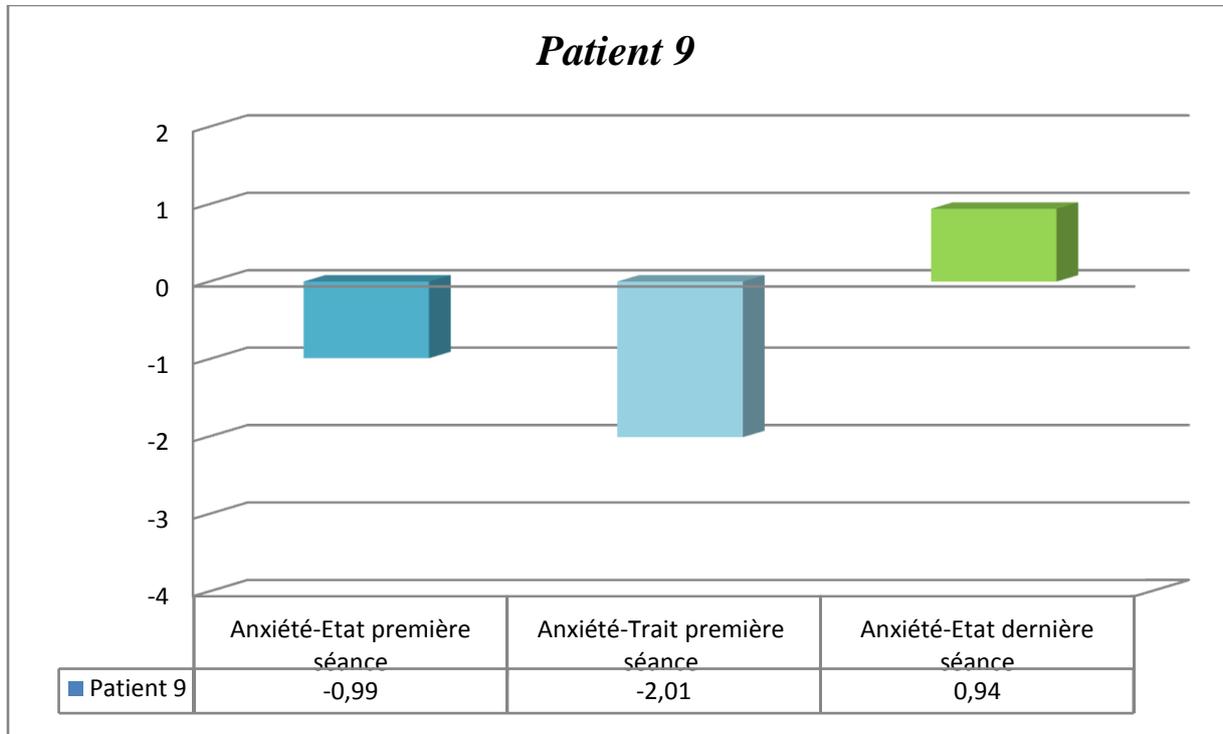
Données standardisées



Données brutes



Données standardisées



Résumé

Ce mémoire a pour but de présenter l'apport de séances de relaxation inspirées de la méthode de Jacobson en service d'addictologie. Par une présentation de la méthode initiale ainsi que des caractéristiques du sujet addict, ce mémoire met en exergue les bienfaits de cette méthode sur cette pathologie.

De surcroît, par le biais d'une analyse de l'état d'anxiété des patients, ce mémoire évalue les effets d'une telle méthode au terme de quatre séances proposées, du fait de la durée limitée de séjour des patients.

Mots clés : Psychomotricité – Relaxation progressive de Jacobson – Addictologie – Anxiété – Maîtrise de soi – Perception corporelle –

Summary

This dissertation aims to present the contribution of relaxation sessions inspired by the method of Jacobson in service of addictology. By presenting the initial method and the characteristics of the subject addict, this paper highlights the benefits of this method on this pathology.

In addition, through an analysis of patients's anxiety status, this paper evaluates the effects of such an approach after four sessions, due to the limited length of stay of patients.

Keywords : Psychomotor – Jacobson's progressive relaxation – Addictology – Anxiety – Self-control – Body perception –