Cinémathérapie et alcoolo-dépendance : la dynamique groupale et les effets thérapeutiques d'un atelier en psychiatrie

L. Brulin, A.-L. Deschamps

Article reçu le 2 août 2012, accepté le 30 octobre 2012.

Résumé

Afin de répondre à ses obligations de service public, le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées de Bordeaux a intégré la « cinémathérapie » dans son dispositif de soin auprès des patients alcoolo-dépendants hospitalisés et rencontrant des difficultés à gérer leur consommation, associée à une séance d'information sur le mésusage de l'alcool. La « cinémathérapie » est une technique thérapeutique issue des pays anglo-saxons utilisant le cinéma comme un médiateur du soin psychique par la parole. S'inscrivant dans une perspective d'éducation à la santé, elle s'inspire de la « bibliothérapie » avec pour but de développer le savoir et l'introspection des patients. Le septième art s'envisage alors comme l'art-thérapie permettant de produire un discours sur soi, autour de films explicitement en lien avec le thème de l'alcoolo-dépendance. Proposées aux patients par nombre de six au maximum, hospitalisés et confrontés au mésusage d'alcool, les séances de projection suivies d'un débat mobilisent des mécanismes psychologiques, tels que l'identification et la projection, favorisant la catharsis et améliorant l'insight. La mise en place progressive de cet atelier dans un service de psychiatrie répond à des règles spécifiques de fonctionnement. Lieu d'expression de ses pensées, sentiments et émotions, il véhicule une large palette de représentations subjectives et d'émotions partagées en groupe. Pensé et animé dans une dynamique d'aide au sevrage, il constitue un autre espace médiatisé par le langage entre soi et l'alcool. Il est aussi le lieu privilégié de travaux de recherche universitaire autour de la problématique de l'alcoolo-dépendance.

Mots-clés : Alcoolo-dépendance. Cinémathérapie. Insight.

Abstract

CARE OF PATIENTS SUFFERING FROM THORACIC TRAUMA: THE ADVANTAGES OF EXTERNAL VENTILATORY ASSISTANCE

To better fulfil their obligations as a public service, the psychiatric department of the hôpital d'instruction des armées de Bordeaux (the military hospital of Bordeaux) included "cinema-therapy" into the healthcare programme of the patients hospitalized who had difficulties managing their consumption of alcohol. The programme also included a talk on the alcohol abuse. Cinema-therapy is a therapeutic technique developed in English-speaking countries using cinema as a mediator for psychotherapy. This health education technique, derived from "biblio-therapy", is designed to develop the patients' self-knowledge and introspection. The seventh art is therefore considered an art-therapy encouraging the patients to talk about themselves in the context of the films explicitly related to alcohol dependence. This technique is proposed to groups of no more than six hospitalised patients with problems of alcohol abuse. A film is first shown and followed by discussions mobilizing psychological mechanisms such as identification and projection, favouring catharsis and improved insight. The progressive setting-up of this workshop in our department complies with the principle of confidentiality, respect and mutual listening, allowing freedom of expression as well as the right to protect oneself and remain silent. This workshop provides a place for the expression of thoughts, feelings and emotions, and yields a wide range of subjective representations and emotions shared by the group. Designed and conducted as an aid to alcohol withdrawal, it constitutes an alternative space mediated by language between oneself and alcohol. It is also an excellent place to carry out research on the problem of alcohol dependence.

Keywords: Alcohol-dependence. Cinematherapy. Insight.

L. BRULIN, capitaine, psychologue clinicien. A.-L. DESCHAMPS, étudiante en master 1 de psychologie clinique et pathologique, Stagiaire.
Correspondance : Capitaine L. BRULIN, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des Armées Robert Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon.
E-mail : laurent.brulin@santarm.fr

La cinémathérapie : concepts et mise en place dans le cadre hospitalier

Le terme de « cinémathérapie » est proposé par Berg-Cross, Jennings et Baruch (1) en 1990. Son origine vient

de la « bibliothérapie » définie par Katz comme la consigne d'« adjoindre à une thérapie celle de la lecture d'ouvrages sur telle maladie ou tel problème afin d'aider le patient à se procurer savoir et introspection » (2).

La cinémathérapie est une technique utilisant le cinéma comme un outil médiateur du soin. Le septième art s'envisage alors comme l'art-thérapie, c'est-à-dire une entreprise à visée thérapeutique par le biais d'un médiateur artistique. Cette médiation introduit une distance tout en respectant les défenses de chacun, sans s'attaquer directement aux symptômes (Klein, 1997) (3). Le médiateur représente un objet de relation et un relais de communication entre soi et autrui, un espace tiers entre le sujet et l'objet, un espace « transitionnel » où chacun témoigne oralement de son rapport pulsionnel à l'alcool (Winnicott, 1971) (4). Il permet l'expression du monde interne, suscite l'échange, établit une articulation entre l'intra-psychique et l'inter-psychique. Chouvier, en 2004, exprime le rôle de la médiation : « *Toute médiation interpose et rétablit un lien entre la force et le sens, entre la violence pulsionnelle et une figuration qui ouvre la voie vers la parole et vers l'échange symbolique* ». De plus, « *l'utilisation de la médiation au sein d'un groupe permet de créer un espace accueillant non seulement l'imaginaire de chacun, mais surtout un imaginaire groupal favorisant le travail collectif et ayant un rôle de contention de l'univers pulsionnel débordant* » (5). Elle doit permettre le déplacement sur ce nouvel objet des investissements pulsionnels et affectifs du patient jusqu'alors tournés avidement vers l'alcool. Cet espace devient un lieu d'échange, entre soi et autrui, d'expression des représentations de chacun, où se régulent les excitations psychiques. Le corps et l'imaginaire circulent à travers le partage des expériences subjectives en relation à l'alcool. Le groupe sevré crée une limite temporelle entre soi et la jouissance fantasmée du retour à la bouteille, source d'ivresse et de toute-puissance. Il est un médiateur entre le soi malade et le soi abstinent dans le conflit qui l'oppose à l'alcool et offre une confrontation à l'autre groupal. Le groupe porte les vertus d'un entretien psychologique, à la fois thérapeutique et pédagogique.

Cette technique est surtout utilisée dans les pays anglo-saxons et certaines études (6) s'intéressent à ses effets.

Cinémathérapie et alcoolo-dépendance

Le cadre institutionnel

L'atelier « cinémathérapie et alcoolo-dépendance » s'inscrit avant tout dans une dynamique d'aide au sevrage et d'éducation à la santé au bénéfice des patients hospitalisés pour sevrage. Les séances se déroulent de manière hebdomadaire, à raison d'une séance de projection d'un film, suivie d'un « débat » animé par un psychologue accompagné d'un soignant de l'équipe et/ou d'un étudiant en psychologie.

Les films choisis sont explicitement en lien avec le thème de l'alcoolo-dépendance. Cette dernière étant différemment illustrée et traitée par les réalisateurs, nous avons choisi d'offrir un large panel au patient avec ou sans « happy end » : rechute, suicide, cure de sevrage, abstinence sont autant de thèmes abordés dans les œuvres présentées.

Le cadre législatif a été pensé afin d'être en conformité avec les règles de la propriété intellectuelle et des droits d'auteur. Les films sont projetés de manière privée, au sein de l'institution d'accueil avec les patients concernés par la pathologie, sans but lucratif.

Les séances de projection sont réalisées dans la salle de restauration du service, où se trouve la télévision commune et où se prennent les repas en collectivité. Les volets sont fermés et les chaises disposées en demi-cercle devant la télévision. Le film est présenté brièvement avant sa projection.

Le débat se déroule dans un « salon » du service réservé aux familles que nous occupons pour une heure, le jour de la projection.

Les règles sont prédéfinies et les consignes énoncées : principe de ponctualité, de sobriété, d'assiduité, de confidentialité, de respect et d'écoute de la parole de chacun, de circulation de la parole et du droit de ne pas s'exposer, de partage d'expériences, de lieu d'expression de ses pensées, sentiments et émotions. Toutefois, aucune question d'ordre personnel n'est directement posée par les soignants aux patients, le film restant le médiateur et l'objet initiateur d'éventuels commentaires auto-biographiques de leur part. En pratique, il sert en premier lieu de moyen de communication et d'échanges entre les patients.

La dynamique du groupe et ses effets cliniques

Une dynamique et des liens entre les patients se créent au fur et à mesure des séances, le groupe restant ouvert. Pour chacun, le film constitue un support identificatoire tel un miroir, à travers lequel le patient peut se reconnaître, ou se confronter à une autre image de lui-même trop insoutenable. Le discours du groupe, à l'image du film, véhicule aussi ces mouvements identificatoires mais aussi contre-identificatoires. Lors de la projection, différentes attitudes se repèrent : rires, commentaires, somnolence, refus de poursuivre le visionnage en quittant la salle ou au contraire attention soutenue, pleurs. D'autres patients, à l'attitude plus scolaire, viennent en séance avec leur cahier et stylo.

Lors des débats, l'effet miroir donnera lieu à l'émergence de commentaires autobiographiques importants. L'effet contre-identificatoire entraînera des critiques négatives ou un sentiment d'incompréhension. Ainsi, certains patients sont « dérangés », voire écœurés par la massivité des alcoolisations du personnage de « Leaving las Vegas » (7), tandis que d'autres vont éprouver l'envie de boire, entre trop de présence ou trop d'absence de l'objet désiré.

Nous avons regroupé par thèmes les différents sujets les plus fréquemment abordés en séance, sur la forme et sur le fond.

Sur la forme

La qualité du film et du scénario, jeu des acteurs, étude des comportements et des émotions des personnages, esthétisme, scènes préférées et moins aimées du film,

certains patients découvrent les différentes dimensions d'un film et ses richesses insoupçonnées, bien au-delà du factuel.

Sur le fond

Les questionnements émergent régulièrement autour des thèmes suivants :

– la recherche d'une étiologie à l'alcoolo-dépendance (évènements de vie, gestion difficile des émotions négatives : dépression, honte, culpabilité) ;

– les conséquences relationnelles et générationnelles de l'alcoolo-dépendance (répétition ou réparation, relations familiales, conséquences professionnelles et sociales : jugement et exclusion, solitude) ;

– les fonctions et les effets de l'alcool : les modes de consommation, les comportements alcoolisés (sédation, désinhibition, prises de risque, violence, agressivité,…), les manifestations de la dépendance (*craving*, tremblements…), les stratagèmes pour boire en cachette ;

– les conséquences somatiques (perte d'appétit et diminution de la libido, le délirium tremens, etc.) ;

– l'autodestruction et le suicide ;

– les réseaux d'entraide (Anciens Alcooliques Anonymes, la Croix Bleue) et la recherche de soutien social et affectif ;

– les cures de sevrage (la rechute, les effets du manque, l'abstinence), l'injonction judiciaire de soins.

Les problématiques et les questionnements émergent avec toutes leurs déclinaisons, selon les positions et situations de chacun : estime et confiance, les relations aux autres, la maladie, la mort, l'amour, le travail, la société.

Les émotions et les sensations sont aussi diversifiées, réactivées par une image, une parole, un comportement : peur, dégoût, envie, plaisir, honte, culpabilité autour d'une conduite oralement érotisée.

Face au réalisme qu'implique le support cinématographique, les patients de structure psychotique investissent peu la parole et ont davantage tendance à passer à l'acte, en provoquant la rupture avec le cadre établi, notamment en quittant le groupe de manière précoce. Ils agissent en dehors de l'articulation Imaginaire/Symbolique de type névrotique. L'atelier cinémathérapie invite à « médiatiser » leur symptôme par la parole et à élaborer leurs difficultés face à l'alcool. En ce sens, il donne du grain à moudre, notamment aux patients névrosés ainsi qu'à ceux possédant une bonne capacité d'introspection et d'insight. Pour d'autres, les images et les dialogues comblent un vide idéatif au service d'une pensée factuelle.

Les effets thérapeutiques de l'atelier cinémathérapie

Notre pratique clinique nous a permis de mettre en avant les difficultés de langage pour les patients alcoolo-dépendants qui seraient dues à :

– une corrélation forte avec des troubles alexithymiques ;

– une forte comorbidité avec des troubles dépressifs qui nuisent à l'élaboration des pensées ;

– une diminution intellectuelle qui peut impacter les capacités cognitives ;

– la honte et la culpabilité d'avoir perdu le contrôle de leur consommation qui favorisent le non-langage et le déni. Ce mécanisme inconscient est considéré comme un des symptômes de l'alcoolo-dépendance qui leur permet de préserver leur estime d'eux-mêmes et leurs assises narcissiques déjà affaiblies ;

– la prétérition : façon d'exprimer à l'envers ce qu'on ne boit pas, difficulté à exprimer la vérité complète : « je ne bois jamais d'alcool fort » à la place de « je bois essentiellement du vin ». (Morenon, 1997) (8).

Dans la perspective de développer « connaissance et conscience » de leur trouble addictif, les principes thérapeutiques de l'atelier reposent sur trois processus thérapeutiques identifiés par Morawski, cité par Sharp, et al (2002) (9): l'identification, la catharsis et la prise de conscience.

L'identification aux personnages

Se reconnaître dans l'un des personnages du film et examiner ses comportements et motivations servent pour l'exploration de soi. L'identification est un des mécanismes de base de la constitution imaginaire du Moi (fonction fondatrice). Dans ce cadre, le cinéma permettrait au patient de régresser dans une position passive et observatrice. La prise de conscience naît de ce « va-et-vient » entre l'extérieur et l'intérieur. La cinémathérapie offre la possibilité au patient de mieux savoir, « de se voir » et de se demander « est ce que je ressemble réellement à ça ? ». Cette décentration serait un des processus mis en jeu qui favoriserait la prise de conscience. On retrouve deux types d'identification : une « identification-miroir » (le sujet se voit dans l'un des personnages ou dans l'une des scènes) et son renversement, c'est-à-dire le refus par le sujet de se reconnaître et d'agir comme l'autre (contre-identification).

Le phénomène cathartique

Selon Aristote, la catharsis est le phénomène de libération des passions qui se produit chez les spectateurs lors de la représentation d'une tragédie. En psychanalyse, la méthode cathartique consiste à faire venir à la conscience des sentiments enfouis dans l'inconscient du sujet dont le refoulement constitue la source de troubles psychiques. Le patient, grâce à l'identification aux personnages peut faire ressurgir à la conscience des idées refoulées.

Pour Tisseron (2005), ce phénomène fonctionne si « une communauté de sensations établies entre divers spectateurs face à un spectacle peut ensuite être prise en relais par un échange verbal » (10). Les patients, ayant vu ensemble le film, doivent par la suite le commenter. Le rôle de la prise de parole dans ce phénomène cathartique est essentiel et permet au patient de se raconter à travers le film et l'identification aux personnages.

L'insight

L'insight tient compte de la reconnaissance de sa propre maladie, de la capacité à reconnaître certains évènements comme pathologiques et de l'adhésion au traitement (Gay et Margerie, 2009) (11). Pour Paula Heimann, l'insight

doit être considéré « *comme l'acte essentiellement personnel de se voir soi-même* » (12). Mais pour produire son effet comme facteur de progrès, cet insight doit être accompagné d'une élaboration verbale ou perlaboration sans quoi il ne devient qu'un phénomène de catharsis sans effet à long terme (Tisseron, 2005).

La verbalisation permet aux patients alcoolo-dépendants :

– de renouer un contact car le silence amène la solitude et la honte ;

– de développer les capacités d'élaboration car sinon la consommation est l'unique mode de régulation des émotions. La loi du « tout ou rien » et du « tout, tout de suite » régissent la personne alcoolique et induisent une intolérance à l'ennui ou la frustration ;

– de se raconter et ainsi retrouver une identité, redevenir sujet. Selon Gomez (1993), « les sujets ne savent plus qui ils sont, ce qu'ils pensent, ce qu'ils font, ce qu'ils aiment vraiment » (13). En quête d'identité, l'alcool leur offre, dans un premier temps, « l'illusion d'être », alors qu'il ne fait que renforcer ce « sentiment d'inexistence » ;

– de prendre conscience du trouble et de ses conséquences, étape décisive dans la guérison (Prochaska et Diclemente, 98) (14) qui permet d'accroître la motivation au changement et de changer de comportement.

Illustration clinique d'une prise en charge institutionnelle

Nous avons choisi d'évoquer le cas de Mireille qui illustre bien le rôle de l'atelier de cinémathérapie pour des patients hospitalisés pour sevrage volontaire. Tout au long de son hospitalisation, Mireille suit les séances de l'atelier de cinémathérapie ainsi que celles de psychothérapie individuelle avec le psychologue.

Lors de notre première rencontre, Mireille évoque ses alcoolisations massives en lien avec « *son passif, avec pas spécialement de raison* ». Sa démarche de soin est ancienne mais les psychologues et les psychiatres, selon elle, « *n'ont jamais pu rien faire pour moi* ». Mireille est hospitalisée pendant cinq semaines pour sevrage alcoolique du fait d'un épisode dépressif majeur et de sa dépendance à l'alcool. Elle nous apparaît comme étant sensible, émotive, parfois impulsive, manifestant des variations d'humeur. Pour les infirmières, Mireille requiert souvent l'attention de l'équipe soignante. D'un contact facile, attentive à chacun, elle est proche des autres patients avec qui elle noue des relations chaleureuses. Elle reconnaît d'ailleurs qu'elle « *préfère les écouter* » plutôt que de leur parler d'elle car elle a peur de « *les embêter* ».

Femme de militaire, elle est âgée d'une quarantaine d'années et reste au foyer pour s'occuper de ses trois enfants, issus de deux unions. Elle se présente comme l'aînée d'une fratrie de deux enfants, abandonnée par sa mère quand elle eut huit ans, partie vivre avec un autre homme, et qui n'a pas cherché à la revoir. Son père en confiera leur garde pendant deux ans à leurs grands-parents. À cette époque, il se remarie et reprend à cette occasion la garde des deux enfants. Il s'investit alors fortement dans son travail et participe peu à la vie familiale. Très souvent absent, il ne s'est pas aperçu de la maltraitance physique et psychologique, ni du chantage que ses deux enfants subissent de la part de leur belle-mère, décrite comme « *méchante* » et alcoolo-dépendante par la patiente. De plus, Mireille est victime d'attouchements de la part de ses demi-frères plus âgés qui viennent la nuit dans sa chambre l'observer dormir.

Les violences subies s'accompagnent d'injures et de critiques concernant son apparence physique au moment de l'adolescence (« *regarde comme t'es moche avec tes dents de lapin et tes boutons plein la tronche* ») et génèrent une anxiété anticipatoire quotidienne à son retour de l'école. En conséquence, Mireille « ne supporte pas son corps », « a du mal à se regarder dans un miroir ». À 18 ans, elle interrompt sa scolarité, ce qui reste encore à ce jour un grand regret, puis quitte le domicile familial et n'a plus de contact avec sa belle-mère et ses enfants.

Pendant plusieurs années, elle dit se débrouiller seule, occupant divers emplois. Rapidement, elle rencontre son premier conjoint avec qui elle a un enfant à l'âge de 25 ans. Quand celui-ci atteint ses 6 ans, elle décide de quitter son compagnon, peu investi dans l'éducation de son fils et sans emploi. En représailles, ce dernier part avec lui. Cette double séparation favorise l'émergence d'un épisode dépressif avec des alcoolisations massives. Durant cette même période, Mireille rencontre son mari actuel avec qui elle a deux enfants. Elle parvient avec son aide à récupérer la garde de son premier fils.

À l'hospitalisation, Mireille présente un trouble du sommeil et des conduites hyperphagiques, se relevant la nuit pour manger et apaiser ses angoisses (« *boule dans le ventre* »), se dit irritable avec son entourage et sexuellement inhibée. Les permissions de sortie sont difficiles car elle redoute particulièrement la rechute.

Jusqu'au décès de sa mère (2010), décrite elle aussi comme alcoolo-dépendante, infidèle, rigide voire violente, Mireille boit de façon festive, mais suite à cette disparition elle commence à s'alcooliser régulièrement seule (« *Ma mère me hante* »). Malgré sa lutte contre la répétition de ce schéma de vie, l'identification nostalgique à l'objet perdu la poursuit. Les conflits psychiques s'expriment sur le registre comportemental de l'addiction et de la somatisation des émotions.

L'alcoolisme est vécu de façon très solitaire et honteuse, « contrôlée » et en cachette. Son discours met en avant une mésestime de soi, une faille dans sa construction identitaire en lien avec l'abandon de sa mère et les maltraitances subies. Dans un mouvement contre-identificatoire, elle se comporte comme une « *mère-poule, aimante, gentille, à l'écoute des autres* ». D'autre part, son attitude tend à se conformer aux représentations sociales et stéréotypées de la femme au foyer, à s'aliéner au désir de l'autre, dans la méconnaissance du sien.

Du bénéfice des séances de cinémathérapie

Les mécanismes thérapeutiques (identification, catharsis et prise de conscience) ont permis à Mireille de renforcer sa motivation à modifier sa consommation : « *Au début, on se dit « à quoi ça sert ? » Après on en discute, ça sert à évacuer un peu, de mettre des mots sur*

nos maux. Sans ça, je pense que j'en aurai pas parlé, ou j'en aurai parlé autrement, je n'aurais pas osé aborder. Donc ça m'a aidé dans le processus de prise de conscience, pour en parler, trouver les mots et donc renforcer ma motivation ».

Parler des films, et non d'elle dans un premier temps, lui a en effet permis de commencer à verbaliser sur le thème de l'alcool et à se raconter à travers les personnages des films (« *ça je l'ai fait : boire en cachette, acheter ma bouteille tous les jours…* »). À travers cette verbalisation, Mireille a pu, d'une part, dépasser la honte et la culpabilité et, d'autre part, prendre conscience de son trouble (« *je suis sûrement malade alcoolique* »), en exprimant les dégâts qu'il engendrait sur ses proches par la répétition de l'histoire maternelle. Sa lutte ambivalente contre l'alcool s'exprimait lors des débats à l'issue de la projection des films « *Leaving Las Vegas* » et du « Feu follet », face aux alcoolisations massives de Ben ou de celles d'Alain. Quelle est la limite à la notion de liberté quand un patient décide de boire et de se détruire par l'alcool ?

Face à « Pour l'amour d'une femme », dans lequel le conjoint et les enfants sont confrontés à l'alcoolisme de l'épouse, elle fut bouleversée. Prise de sanglots et d'angoisses, elle demanda à prendre un anxiolytique prescrit en « si besoin » à la fin de la projection. Ce film lui avait fait prendre conscience, par identification au personnage principal puis aux enfants, à la fois de ce qu'elle avait subi de la part de sa mère et de sa belle-mère, mais surtout des sentiments que pouvaient éprouver son mari et ses enfants dans cette situation. Cette culpabilité associée à cette « révélation » l'aideront à se dégager de ce conflit devenu en partie conscient.

Par ailleurs, participer à ces ateliers a permis à Mireille de renouer du lien social, de sortir de son isolement et de se sentir valorisée dans le regard de l'autre. Au cours des différentes séances, elle est apparue parfois enjouée, préoccupée ou déprimée, voire angoissée lors des projections. Une fois, elle ne participera pas à un atelier mais restera au fond de son lit dans un état de repli et d'abattement. Face au film « Vingt-huit jours en sursis », elle exprimera, de manière très empathique, la similitude entre ce que vit le personnage principal féminin et elle-même dans leur réminiscence de « flashes » de leur enfance, venant bousculer le mécanisme de refoulement en place depuis des années. Très démonstrative, elle exprimait une grande déception quand une séance devait être annulée et à plusieurs reprises, elle nous remercia pour notre travail et tout le bien qu'il lui procurait. C'était la première fois qu'elle se sentait accueillie et écoutée de la sorte.

Conclusion

La cinémathérapie offre une trame à partir de laquelle les patients vont projeter leurs propres fantasmes et expériences de vie, autour d'une problématique commune, la consommation d'alcool avec dépendance. Les inclure dans ces groupes nécessite un travail préparatoire et exploratoire préalable afin de garantir une meilleure adhésion aux soins. En effet, l'atelier de cinémathérapie, grâce à ses processus thérapeutiques permettrait aux patients alcoolo-dépendants d'accroître leur motivation au changement. Elle agirait à un niveau émotionnel, réintroduisant l'émotion dont la verbalisation est nécessaire à la mise en sens du souvenir (Tisseron, 2005).

De plus, « L'obscurité de la salle permet la régression (…). Cette régression n'est que passagère ; elle est facilement acceptée car nous savons qu'après le mot « fin » nous serons le même qu'avant. » (Boyer 2002) (15). Le film permet au sujet de se raconter, de produire librement des commentaires autobiographiques, d'interpréter selon sa propre problématique, d'exprimer ses représentations. Le cadre du « débat » ouvre alors un univers des possibles où la rencontre avec l'autre soi-même et l'autre groupal sont attendues. Pour cela, il est essentiel de ressentir une communauté d'émotions et de sensations et ensuite que chacun accepte d'écouter l'autre parler des résonnances intimes que le film a générées en lui. La prise de conscience du patient s'appuierait sur l'interprétation, l'association libre et l'observation de sa propre problématique à travers un regard extérieur. Parallèlement, nous avons remarqué chez les sujets alexithymiques un processus d'identification massive. La verbalisation et l'échange permettent alors une décentration qui contribue à la prise de conscience de leur réalité.

Le mécanisme cathartique, perçu au cours des ateliers, prend tout son sens thérapeutique dans la mesure où la cinémathérapie favoriserait la verbalisation, étape clé dans la prise de conscience. De plus, le film participe à la rencontre provoquée entre le Soi abstinent et le Soi malade, ce double étranger. Elle peut paraître terrifiante au premier regard, mais dans la confrontation avec ce dernier médiatisé par ce dispositif de soin, elle vise justement à le rendre plus familier et à atténuer le clivage identitaire pour améliorer les capacités d'insight. Cette verbalisation aide également le sujet à dépasser la honte, à ne plus se sentir seul face à l'alcool et ainsi à sortir de son isolement social. C'est ce cadre thérapeutique qui engage le patient à verbaliser ses sentiments, à déployer sa vie imaginaire et fantasmatique, à limiter sa propension aux passages à l'acte impulsifs par la satisfaction motrice de la pulsion orale. Ses conflits intrapsychiques prennent alors forme dans le discours et dans le corps au travers des films. Ainsi, le groupe devient, dans ce contexte, thérapeutique et pédagogique, facilitant à terme le passage du comportement d'alcoolisation à la réflexion.

Tous ces mécanismes thérapeutiques semblent prendre effet après deux ou trois séances.

Cet espace de parole et d'échange est globalement vécu comme une opportunité collective de travailler avec les soignants, espace que certains patients souhaiteraient voir se démocratiser à l'ensemble des patients du service, sur d'autres thèmes que l'alcoolo-dépendance. Ce dispositif peut tout à fait s'inscrire dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique dans le traitement d'une pathologie chronique, dès lors que le 7e art s'y soit intéressé.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Berg-Cross L, Jennings P, Baruch R. Cinematherapy: theory and application, In: Psychotherapy in private practice 8, 1990; 1:135-57.
2. Katz G. Bibliotherapy: the use of books in psychiatric treatment. Canadian Journal of Psychiatry, 1992; 37:173-8.
3. Klein JP. Que sais-je ? L'art thérapie, Paris : PUF ; 2010.
4. Winnicott D. Jeu et réalité, l'espace potentiel. Paris ; Gallimard, 1975.
5. Chouvier B. Les processus psychiques de la médiation, Paris ; Dunod, 2004:13.
6. Powell ML, Newgent RA, Sang Min Lee. Group cinematherapy: using metaphor to adolescent self-esteem. In: The arts in psychotherapy, 2006; 33, 3: 247-53.
7. Deschamps AL. Alcoolo-dépendance et cinémathérapie, les effets thérapeutiques d'un atelier de cinémathérapie selon l'insight, les mécanismes de défense et le niveau d'alexithymie. Université Bordeaux 2, Sciences humaines et sociales, mention psychologie, 2012.
8. Morenon J. http://jean.morenon.fr/PDF/langage.pdf, 1997 Consulté le10 mai 2012.
9. Sharp C, Smith J, Cole A. Cinematherapy: metaphorically promoting therapeutic change. In Counseling Psychology Quarterly 15, 2002: 269-76.
10. Tisseron S. Images violentes, violence des images. In IIe Congrès international «Communication et réalité»; Barcelone; mai 2003.
11. Gay C, Margerie JJ. La conscience du trouble. L'encéphale. 2009; 5 : 160-3.
12. Heimann Paula. http://fr.wikipedia.org/wiki/Insight. Consulté le 10 mai 2012.
13. Smaniotto B. Contribution aux recherches sur l'alcoolo-dépendance : étude comparative entre alcoolisme chronique et alcoolisme intermittent, réalité externe perçue, réalité interne. Thèse de psychologie, Université Nancy 2; 2008.
14. Varescon I. Psychopathologie des conduites addictives, alcoolisme et toxicomanie. Paris, Belin : 2005: 93-5.
15. Boyer, A. Manuel d'art thérapie. Paris: Dunod, 2002.

FILMOGRAPHIE

Mike Figgis. Leaving Las Vegas. 1995, Studio Canal, 1995.
Philippe Godeau. Le dernier pour la route. Studio Canal, 2009.
Ed Harris. Pollock, 2000. Columbia Tristar, 2004.
Bill Wilder. Le poison. 1945, Universal Studio, 1972.
Blake Edwards. Le jour du vin et des roses. 1962, Warner Bros Entertainment, 2005.
Luis Mandoki. Pour l'amour d'une femme. Buena Vista Home Entertainment, 2008.
Betty Thomas. 28 jours en sursis. Columbia Tristar Home idéo, 2000.
Louis Malle. Le feu follet. 1963, dvd Arte France développement, 2006.
Claude Chabrol. Betty. mk2, 2002.