



HAL
open science

Stress post-traumatique et alcool : entre refuge et refus du Je

Mathilde Mateo-Velez

► **To cite this version:**

Mathilde Mateo-Velez. Stress post-traumatique et alcool : entre refuge et refus du Je. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03322663

HAL Id: dumas-03322663

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03322663>

Submitted on 19 Aug 2021

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

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

Université de BORDEAUX

- Institut de Formation en Psychomotricité -

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

STRESS POST-TRAUMATIQUE ET ALCOOL : ENTRE REFUGE ET REFUS DU JE

**Prise en charge en psychomotricité d'une problématique
du lien, à soi et à l'autre.**

Mathilde MATEO-VELEZ
Née le 23/06/1998 à Dax (40)

AVANT-PROPOS

« Qu'est-ce que ça peut bien faire les cauchemars qui remontent ?

Tu pourras boire, oublier, te réjouir,

Et les gens diront que tu n'as plus toute ta tête,

Car ils comprendront que tu t'es battu pour ton pays,

Et personne ne se fera de souci. »

Siegfried Sassoon, *Collected Poems 1908–1956* (Faber and Faber: 1961)

« Le vin console les tristes, rajeunit les vieux, inspire les jeunes et soulage les
déprimés du poids de leur soucis »

Lord Byron (1788-1824)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Régis MONTÉAN, mon directeur de mémoire et de stage. Merci pour ces pistes de réflexion, pour tout le temps que vous m'avez accordé, pour votre accompagnement et votre soutien, particulièrement en cette fin d'année.

Un grand merci également à Nicolas DUBOURG. Ta bienveillance, ton professionnalisme et ton étayage précieux m'ont permis de m'enrichir tant professionnellement que personnellement.

Merci à toute l'équipe du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Robert Picqué et l'équipe de l'ITEP de Boulazac pour votre accueil et pour les échanges que nous avons pu avoir.

Un merci chaleureux à Odile DAMESTOY, Brigitte AMBROSINO et Elodie GOOSENS, psychomotriciennes, pour le partage de vos connaissances et pour votre dynamisme.

Un merci tout particulier à chaque patient rencontré au cours de ma formation. Qu'ils soient enfants, adolescents, adultes ou plus âgés, chacun d'entre eux m'a permis de grandir et de construire la vision que j'ai aujourd'hui de ce métier.

Un immense merci à Bérénice pour ses relectures fines. La pertinence de tes remarques et ton implication ont largement contribué à la rédaction de ce mémoire.

Je remercie l'IFP de Bordeaux, tant l'équipe pédagogique que l'ensemble des étudiants de la promotion pour ces trois belles années riches de partages.

Enfin, merci à ma famille et mes amis pour leur présence au quotidien, leur bienveillance et leur soutien. Merci de m'aider à me construire chaque jour.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
<u>PARTIE 1 : L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE</u>	4
1. DU TRAUMA A L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	4
1.1. UN TRAUMATISME MULTIDIMENSIONNEL	4
1.2. ÉVOLUTION DES CLASSIFICATIONS NOSOLOGIQUES.....	20
1.3. LES SYMPTOMES	22
2. RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR	26
2.1. LE RAPPORT AU TEMPS	27
2.2. LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS	27
2.3. LE TONUS	29
2.4. LA PLACE DE L'EMOTION	29
3. CONCLUSION.....	30
<u>PARTIE 2 : CONDUITE ADDICTIVE</u>	32
1. L'ADDICTION	32
1.1. DEFINITION	32
1.2. DIAGNOSTICS ET CLASSIFICATION ACTUELLE	33
1.3. LES PRATIQUES DE CONSOMMATION	34
1.4. MECANISMES NEUROBIOLOGIQUES	36
1.5. FACTEURS DE RISQUES	38
1.6. CONCLUSION.....	39
2. L'ALCOOLISME	40
2.1. CLASSIFICATION DU DSM-5	40
2.2. CONSEQUENCES PSYCHOCORPORELLES SUR L'INDIVIDU	42
<u>PARTIE 3 : APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITÉ.....</u>	48
1. DEFINITION DE LA PSYCHOMOTRICITE	48
2. LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE	49
2.1. LA RENCONTRE	50
2.2. LE CADRE THERAPEUTIQUE.....	50
2.3. PRISE EN SOIN INDIVIDUELLE	53
2.4. PRISE EN SOIN GROUPELE	56
3. PRESENTATION DE L'ETUDE DE CAS	58
<u>CONCLUSION</u>	68
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	72

INTRODUCTION

Des études révèlent que 60 % à 80 % des personnes en État de Stress Post-Traumatique (ou ESPT) présentent un trouble des conduites addictives (Keane, 1988). La question qui se pose alors est la suivante : pourquoi ces deux troubles là, pourtant distincts, présentent-ils autant de comorbidité ?

La France, ces dernières années, a été frappée par une vague d'attentat. Une menace, jusqu'alors lointaine, s'est inséminée dans notre actualité. Les victimes se sont retrouvées confrontées, de façon brutale et soudaine, à la réalité de la mort. Ces événements ont entraînés une peur populaire, notamment au sein des grandes villes. Le danger imminent a marqué les consciences et a entraîné dans le pays un état d'urgence. Ce que la France a vécu, certains corps de métier le vivent au quotidien.

Aujourd'hui, le militaire qui part en opération extérieure est confronté à une guerre plus insidieuse, moins frontale que les batailles d'autrefois mais tout aussi destructrice. Il vit chaque jour de la mission avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête. Lorsque la peur rythme le quotidien et que l'inimaginable survient, comment y faire face et se relever ? L'événement, teinté d'une brutalité et d'une violence inouïe, va venir bouleverser et balayer les certitudes de celui qui le vit.

La réinscription dans un quotidien « classique » va alors être particulièrement difficile. Que répondre quand l'entourage interroge le déroulé de la mission ? Comment exprimer l'indicible ? Comment avancer avec la culpabilité d'être en vie alors que d'autres ne le sont plus ? Comment penser à autre chose qu'à l'impensable ? Le sujet se construit en agissant sur le monde qui l'entoure et dans la relation à l'autre. Le traumatisme va créer un décalage avec l'autre et avec l'environnement. L'équilibre qui régit la vie est renversé. Comment maintenir un lien à l'autre adapté lorsque ce qui fait ce que nous sommes vole en éclat ?

Le soldat va alors chercher des stratégies pour oublier quelques instants sa peine et pouvoir se réfugier dans un monde coupé de toutes sensations et de tout affect. Et quoi de plus accessible que l'alcool pour s'évader rapidement ? Après tout, n'a-t-on pas l'habitude de dire « boire pour oublier » ? Un verre d'alcool fort n'est-il

pas un « remontant » ? L'alcoolisation massive va offrir à celui qui y goûte la possibilité d'annihiler toute pensée, toute tristesse, tout ressenti. L'alcool va offrir une béquille à un sujet en perte d'équilibre.

Les hypothèses de ce mémoire sont donc les suivantes :

- La conduite addictive à l'alcool est une forme de réponse adaptative aux symptômes de l'ESPT
- L'ESPT et l'addiction seraient tous deux une problématique du lien, à soi et à l'autre

Mais l'alcool représente aujourd'hui un problème de santé publique majeur en France. Il est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac selon l'INSERM. Pris en excès, il peut entraîner des pathologies telles que des cancers de l'estomac ou du foie. Il est également impliqué dans des accidents de voiture ou dans des cas de violence sur autrui.

En état d'ébriété, les perceptions sont altérées. Le rapport au monde et la façon d'être dans la relation sont modifiés. C'est par un comportement impliquant le corps que le militaire va chercher à s'apaiser et à modifier son état émotionnel. C'est dans cette perspective que s'inscrit pleinement la psychomotricité.

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle : le corps va être le médiateur, la base sur laquelle va s'élaborer le travail thérapeutique. Elle étudie le corps en relation et se situe dans une dimension psychocorporelle.

Nous pouvons alors nous demander comment la psychomotricité s'inscrit-elle dans la prise en soin du patient ESPT présentant une addiction.

La réflexion va s'articuler en trois parties. La première va s'intéresser au trauma et à l'ESPT. La deuxième va aborder le versant de l'addictologie puis spécifiquement de l'alcool et à son retentissement sur le sujet. Enfin la troisième et dernière partie permettra d'explicitier la place de la psychomotricité au sein de cette prise en soin.

J'ai fait le choix tout au long de ce mémoire de ponctuer ma réflexion par des vignettes cliniques rapportant les mots bruts des patients rencontrés durant mon stage au sein du service de psychiatrie d'un Hôpital d'Instruction des Armées (HIA). Personne ne peut décrire mieux les répercussions du traumatisme que ceux qui le vivent.

Huit hôpitaux militaires sont répartis sur le territoire français. Ainsi, certains patients traversent des régions pour pouvoir avoir accès au soin. L'équipe rencontrée sur mon lieu de stage est composée de quatre psychiatres et d'un psychologue ayant le statut militaire mais également d'une ergothérapeute, d'une socio-esthéticienne et d'un psychomotricien, tous trois civils. L'équipe soignante, composée d'infirmiers et d'aide-soignante, mêle civils et militaires.

Lorsqu'un militaire en fait la demande, il peut rencontrer un des psychiatres. Le service peut alors proposer au patient une hospitalisation complète durant un temps déterminé (cela peut varier de certains week-end, à un mois complet) ou des rendez-vous en consultations externes en fonction du besoin du patient et de sa proximité avec l'hôpital. Ainsi, seize lits sont proposés au sein du service.

L'hospitalisation complète va permettre de créer une bulle autour du patient afin de le couper de son quotidien et qu'il puisse se concentrer au mieux sur lui-même,

PARTIE 1 : L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

1. Du trauma à l'État de Stress Post-Traumatique

La question du trauma remonte à bien des siècles avant notre ère. Des livres anciens tels que l'*Epopée de Gilgamesh* (2000 av JC) ou encore *Illiade* (Homère, 900 av JC) abordent la question de cette blessure psychique. Par la suite, Hérodote durant l'Antiquité ou encore Charles IX au XVIème siècle retracent dans leurs récits des symptômes cliniques tels que des rêves traumatiques récurrents et des syndromes de répétitions, accompagnés d'une grande souffrance morale. On peut rapprocher ces descriptions à ce que l'on connaît aujourd'hui de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT). C'est à partir des années 1880, que l'étude du trauma prend un nouveau tournant grâce aux médecins militaires notamment, ainsi qu'à Herman OPPENHEIM qui va poser des mots sur des maux jusqu'alors peu considérés.

1.1. Un traumatisme multidimensionnel

Le traumatisme, au-delà de l'aspect psychiatrique, est inscrit dans un contexte historique, légal, sociétal et donc culturel. Le rapport que l'Homme entretient avec le monde qui l'entoure dépend de son environnement, des lois morales et éthiques qui l'accompagnent. Ainsi, le traumatisme s'inscrit dans un aspect pluridimensionnel. Le rapport du patient traumatisé à la dimension psychocorporelle et psychiatrique est de ce fait à replacer dans ce contexte.

1.1.1. Approche psychodynamique

Hermann OPPENHEIM est un psychiatre allemand qui s'intéresse dans les années 1880 aux troubles apparaissant chez certains accidentés des chemins de fer. Il écrit « *Névroses traumatiques* » (1888) dans lequel il décrit « *des troubles du système nerveux provoqués par des blessures qui ne relèvent pas d'une atteinte*

directe des organes nerveux centraux ni de l'appareil nerveux périphérique, mais qui sont engendrés par des traumatismes, au sens large du terme [...] Cette altération peut trouver son expression dans des paralysies ou des douleurs persistantes, des sensations anormales, qui créent des représentations pathologiques ». Il prend une position organiciste : les symptômes traumatiques tels que des paralysies ou des douleurs persistantes proviennent de modifications moléculaires au niveau du système nerveux central induisant des représentations pathologiques.

Jean-Martin CHARCOT, nommé chef de service de la Salpêtrière, va interroger les limites de ce modèle et va plutôt parler de névrose hystérique dans les années 1880. Des « shocks » (émotions violentes), maladies ou fatigue participeraient au développement de symptômes hystériques (paralysies, surdité, crampes, douleurs fréquentes, ...). De ce fait, la création d'une nouvelle classification n'aurait pas lieu d'être puisqu'il s'agirait uniquement de manifestations hystériques. Ses recherches influencent grandement les représentations de l'époque et placent les théories d'Oppenheim en marge. La reconnaissance des blessures psychiques de la guerre recule. (Tarquinio & Montel, 2014)

Pierre JANET, disciple de CHARCOT à la Salpêtrière, poursuit le travail de son maître et parle de « dissociation de la conscience » (Janet, 1889). Pour lui, une partie de la conscience continue de gérer de façon automatisée les activités quotidiennes et les pensées tandis qu'en parallèle une « *idée fixe* » (Janet, 1889) se loge dans le pré-conscient à la manière d'un parasite. Cette idée fixe serait due à « *des excitations secondaires à un événement violent, faisant effraction dans le psychisme, pour y demeurer par la suite tel un corps étranger* » (Tarquinio & Montel, 2014) et serait à l'origine de manifestations psychologiques et psychomotrices telles que des cauchemars, des hallucinations, des sursauts. « *Les souvenirs de ces expériences ne peuvent pas être intégrés à la conscience : ils en sont alors mis à l'écart, dissociés, et échappent au contrôle volontaire. Le sujet est dissocié parce que ses capacités mentales sont affaiblies par de fortes émotions qui altèrent sa capacité à intégrer les contenus mentaux dans la conscience.* » (Tarquinio & Montel, 2014)

Le début du XXe siècle est donc marqué par les études sur les manifestations hystériques. En 1905, lorsque Joseph BABINSKI prend la place de CHARCOT à la Salpêtrière, il balaie les conceptions traumatiques jusqu'alors élaborées et les remplace par les notions de simulation et de suggestibilité considérées comme caractéristiques du trouble hystérique.

De fait, durant la Première Guerre mondiale, les psychiatres allemands et français vont chercher à détecter les soldats « simulateurs ». Ils sont considérés comme des faibles manquant de volonté, on parle en Allemagne de « maladie de la volonté ». La « thérapie » va alors consister en redonner cette volonté manquante au soldat, en lui faisant subir des traitements pénibles tels que des décharges électriques (faradisation) pour que le front soit préférable au soin.

Durant l'entre-deux guerres, l'Allemagne va même aller jusqu'à supprimer les compensations financières allouées aux soldats traumatisés pour ne pas récompenser la « lâcheté et la faiblesse ».

C'est après la Seconde Guerre mondiale avec la guerre du Vietnam que la reconnaissance du traumatisme psychique prend un nouvel essor avec son intégration en tant que trouble anxieux dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) créé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

1.1.2. Approche psychanalytique

La psychanalyse, impulsée par FREUD, apporte un nouvel éclairage aux représentations du traumatisme psychique au début des années 1900. Le développement d'une approche clinique interrogeant des mécanismes tant conscients qu'inconscients dans la genèse de troubles et de maladies a permis une meilleure compréhension de la confrontation au réel de la mort.

Les bouleversements identitaires, existentiels et les changements de personnalités provoqués par la rencontre traumatique (acte barbare, meurtre, agressions, etc.) donneront lieu à de nombreuses représentations. Une meilleure compréhension de la symptomatologie de l'angoisse et des répercussions de l'effraction psychique évoluera au gré des apports de nombreux psychanalystes. Nous privilégions ici les réflexions de FREUD, FERENCZI et LEBIGOT.

1.1.2.1. L'apport de Freud (1856-1939)

A la Salpêtrière, Sigmund FREUD reprend les idées de JANET mais remplace le terme d'idée fixe par « réminiscence », rattaché à la notion de souvenir. Il définit le traumatisme comme étant « *un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par des voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie.* » (Freud, 1895). Le traumatisme impose ainsi à la psyché de lier les excitations afin d'en permettre la décharge, ce qui explique la répétition, ou les rêves mettant en scène le traumatisme.

Pour lui, la névrose traumatique est « *une conséquence d'une vaste rupture de la barrière de défense* » (Freud, 1895). Le choc provoque « *la rupture de la barrière de protection de l'organe psychique, avec toutes les conséquences qui en résultent* » (Freud, 1895).

FREUD considère que la thérapie a une fonction de « catharsis » : en faisant revivre l'événement grâce à l'hypnose, cela va décharger les affects qui résident dans le psychisme (c'est le phénomène d'abréaction) et par l'association libre, la réminiscence brute va se modifier en souvenir construit et sensé. (Tarquinio & Montel, 2014)

FREUD élabore également la notion de mécanisme de défense et de « pare-excitation ». Ces mécanismes de défense vont se mettre en place face à un événement potentiellement traumatique pour éviter le débordement de la barrière de protection, que FREUD nomme « pare-excitation ». Elle va jouer le rôle de filtre contre les excitations trop fortes, afin de maintenir un équilibre psychique. Ce sont des processus mentaux automatiques, inconscients et involontaires, adaptatifs ou non en fonction de la situation, sur lesquels nous reviendrons dans un second temps. (Freud, 1895)

1.1.2.2. Le « traumatisme réel » de Ferenczi (1873-1933)

Sandor FERENCZI fait partie des disciples de FREUD. Sa position se dénote de celle de son mentor, il préfère revenir à ce qu'il appelle « *le traumatisme réel* ». Il décrit le trauma comme étant « *un choc, une commotion qui fait éclater la personnalité* », toujours précédé « *d'un sentiment d'être sûr de soi* » (Ferenczi, 1934)

FERENCZI décrit alors qu'il en résulte « *un clivage d'une partie morte, tuée par la violence du choc, qui permet au reste de vivre une vie normale, mais avec un morceau de la personnalité qui manque, qui reste hors d'atteinte, comme une sorte de kyste à l'intérieur de la personnalité* » (Ferenczi, 1934) Ces réflexions se rapprochent de celles de Janet concernant la dissociation. La sidération provoquée par le trauma va nécessiter la mise en place de mécanismes de défenses visant à retrouver un équilibre psychique.

FERENCZI se différencie également de FREUD concernant les rêves et les phénomènes de reviviscence. Pour lui, ces phénomènes de répétition visent plutôt à réguler les effets nocifs du trauma sur le psychisme et feraient partie d'un véritable processus de guérison. Il met également en avant la relaxation : différentes techniques vont permettre de réduire des tensions corporelles et psychiques et ainsi « *favoriser la mise au jour du matériel refoulé* ». (Ferenczi, 1934)

Par ces différences de perception, FERENCZI avance une nouvelle conception. A la suite, LEBIGOT approfondit le sentiment d'effroi.

1.1.2.3. La clinique de l'effroi par Lebigot

Dans son ouvrage *Traiter les traumatismes psychiques clinique et prise en soin*, François LEBIGOT décrit que c'est la confrontation à l'idée de mourir qui génère un sentiment d'effroi : « *l'effroi, c'est la confrontation au réel de la mort, au néant, c'est la perte pour le sujet de sa condition d'homme, c'est à dire d'être parlant* » (Lebigot, 2005). L'image de la mort pénètre dans un psychisme qui n'est pas prêt à l'accueillir et cette effraction amène un « *pur phénomène de mémoire, bien différente d'un souvenir, où l'événement restera gravé tel quel, tel qu'il a été perçu au détail près* » (Lebigot, 2005).

C'est là la différence avec le souvenir, lorsque l'image traumatique revient à la conscience de la personne, elle se fera au présent, comme si l'événement était à nouveau en train d'arriver : c'est le syndrome de répétition constituant l'ESPT.

Comme évoqué précédemment, l'événement traumatique va venir mobiliser des mécanismes de défenses. Ils sont regroupés en trois grandes catégories selon l'échelle de fonctionnement défensif du DSM 4 : les « défenses matures », les « défenses névrotiques » et les « défenses immatures ».

Les « défenses matures » ne coupent pas la personne de ses sentiments, de ses idées, etc. C'est le niveau adaptatif le plus élevé :

- L'humour : il met du positif sur l'émotion ressentie, transformant partiellement ou totalement le déplaisir en plaisir. FREUD considérait l'humour « *comme la plus haute des réalisations de défense* » (Freud, 1988).
- L'anticipation : la personne envisage des solutions face à l'événement.
- La répression : la personne met de côté les éléments perturbants de façon temporaire.
- L'altruisme : c'est-à-dire le dévouement aux besoins des autres.
- La sublimation : elle « *canalise des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables* » (DSM-4)

Les « défenses névrotiques » constituent le niveau d'inhibition mentale. Ils vont maintenir hors de la conscience les éléments potentiellement menaçants comme les pensées, idées, sentiments, souvenirs, etc :

- L'intellectualisation : c'est un usage excessif de l'intellect par des généralisations, en se référant à l'expérience collective. Elle évite à la personne de se retrouver face à son implication.

- La dissociation : elle permet de se détacher de la réalité. Les mécanismes principaux de la dissociation sont l'absorption dans l'imaginaire, la déréalisation et la dépersonnalisation, le sentiment d'étrangeté et d'irréalité voire une amnésie de l'événement. La dissociation peut se révéler adaptative dans les situations traumatisantes car elle permet à la personne de se détacher d'une réalité insupportable.
- Le déplacement : c'est un transfert de sentiments de réactions d'un objet à un autre objet. Cela peut être à l'origine de phobies.
- L'annulation : elle se traduit par « *des mots ou des comportements visant à annuler ou à compenser symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables* » (DSM 4). Une pensée par exemple va être vécue ou perçue comme inacceptable entraînant la mise en place par le sujet d'un comportement « annulateur » dans le but de compenser, d'annuler symboliquement.
- La formation réactionnelle : c'est un renversement d'un éprouvé à l'opposé. Un élément inacceptable, comme des pensées ou des sentiments, va être contre-investi. On peut prendre l'exemple d'une gentillesse excessive d'un grand frère envers son nouveau petit frère.
- Le refoulement : il enfouit dans l'inconscient des éléments perturbants. L'événement, inaccessible à la conscience, reste toujours actif et consomme une énergie conséquente. Si le refoulement est insuffisant ou défaillant, cela va amener à un retour du « refoulé » par des actes manqués, des lapsus, des rêves.
- L'isolation sépare les affects de la situation. On le retrouve souvent dans les scènes traumatisantes : la personne semble refouler son affect sans refouler la situation. Si ce mécanisme est maintenu dans le temps, il n'est plus protecteur et la personne est coupée de ses émotions.

Enfin, les « défenses immatures » se décomposent en cinq branches :

- La distorsion mineure de l'image de soi et des autres. Ces défenses visent à réguler l'estime de soi. Les trois pans principaux sont :
 - l'idéalisation, c'est l'attribution à l'autre de qualités exagérément positives
 - la dépréciation, le versant négatif de l'idéalisation
 - l'omnipotence, l'idée de toute puissance, le sentiment de supériorité aux autres.

- Le désaveu qui va empêcher la prise de conscience des éléments inacceptables ou désagréables dans le réel avec :
 - le déni, un refus des éléments douloureux de la réalité dans la pensée
 - la projection, l'attribution à l'autre de ses pensées ou sentiments
 - la rationalisation, le sujet se rassure par des explications erronées.

- La distorsion majeure de l'image de soi et des autres comprend :
 - le clivage, c'est à dire « *la division du soi et des objets en parties entièrement bonnes ou mauvaises* » (DSM-4)
 - l'identification projective, qui diffère de la projection par le fait que la personne reste consciente de ses affects, impulsions mais les ressent comme légitime face aux attitudes de l'autre
 - la rêverie autistique, qui préfère « *une rêverie diurne excessive aux relations interpersonnelles, à une action plus efficace ou à réfléchir à la résolution du problème* » (DSM-4)

- L'agir correspond à des mécanismes d'action ou de retrait. Ceux-ci correspondent :
 - au passage à l'acte, le sujet agit pour ne pas ressentir ou savoir, c'est une défense contre une prise de conscience d'un conflit intrapsychique ou d'une expérience subjective intolérable
 - au retrait apathique, le repli sur soi avec un état d'indifférence affective
 - à la plainte associant demande d'aide et son rejet, qui permet d'exprimer son agressivité tout en la niant

- à l'agression passive, « *une agression envers les autres de façon indirecte et non combative. Une façade d'adhésion masque la résistance, le ressentiment et l'hostilité. L'agression passive peut représenter une modalité adaptative pour des sujets en position de subordonnés qui ne peuvent s'affirmer plus ouvertement par d'autres moyens* ». (DSM-4)
- La dysrégulation défensive est traduite par une rupture marquée avec la réalité. Elle correspond à :
 - la projection délirante, sous la forme d'hallucination ou d'idée délirante)
 - la distorsion psychotique, déformation de la réalité pour la rendre conforme à ses désirs
 - le déni psychotique, « *Deux attitudes coexistent, l'une tient compte de la réalité, l'autre, détache le moi de la réalité* ».

Dans des situations amenant un stress à l'extrême (en cas de crime de guerre par exemple), des mécanismes de défense « intermédiaires », voire « immatures » peuvent avoir une fonction salvatrice et donc être adaptés à la situation. Ces mécanismes ne seront plus adaptatifs s'ils se prolongent après le moment traumatique. (Chabrol, 2018)

FREUD et BREUER décrivent en 1895, dans *Études sur l'hystérie*, la séparation qui s'opère entre le conscient et l'inconscient dans le cadre de la névrose. Ces réflexions, dans le prolongement des études de JANET, amènent FREUD à affirmer que c'est l'émotion liée à un événement qui engendre par la suite le traumatisme psychique : « *Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par un traumatisme psychique* » (Freud, 1895). L'investissement affectif intense va conduire à une forme de dédoublement de la conscience qui ne deviendra traumatique que si cette dissociation est maintenue en l'état. (Kédia, 2013).

Aujourd'hui, les manifestations de dissociation péri-traumatique (car proche temporellement de l'événement), sont prédictives d'un ESPT. De manière plus générale, plus les mécanismes de défense utilisés sont « immatures » moins bon est le pronostic. (Chabrol, 2018)

L'éclairage psychanalytique permet de comprendre les retentissements d'un événement violent, brutal sur la personnalité et sur le quotidien du militaire. Les différents auteurs abordent la question selon différents angles complétant ou opposant les différentes théories.

L'essor des sciences et de la neurobiologie amènent un axe de recherche et de travail différent sur le stress et le trauma. Ainsi, des supports biologiques vont être identifiés et vont alors émerger des nouveaux modèles de compréhension.

1.1.3. Conceptions biologiques du stress

Afin de mieux comprendre les répercussions biologiques que peut avoir un événement traumatique, nous devons nous intéresser aux différents modèles explicatifs du stress. Le modèle du Syndrome Général d'Adaptation (SGA) développé par Hans SELYE en 1956 puis le modèle transactionnel développé par LAZARUS et FOLKMAN en 1984 ont particulièrement participé à la compréhension du stress.

1.1.3.1. Syndrome Général d'Adaptation de Selye

Selon SELYE, le stress est « *une réponse de l'organisme aux exigences de l'environnement* ». Pour lui, la réponse est aspécifique, c'est à dire que, quel que soit la nature de l'élément agresseur, la réaction de l'organisme sera la même. Ceci, dans le but de revenir à un état d'homéostasie, c'est-à-dire un équilibre, un maintien des constantes.

Selye développe le Syndrome Général d'Adaptation (1936) qui se décline en trois phases distinctes après un événement qui vient perturber l'homéostasie : la réaction d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement. On parle de SGA seulement si la troisième phase est atteinte.

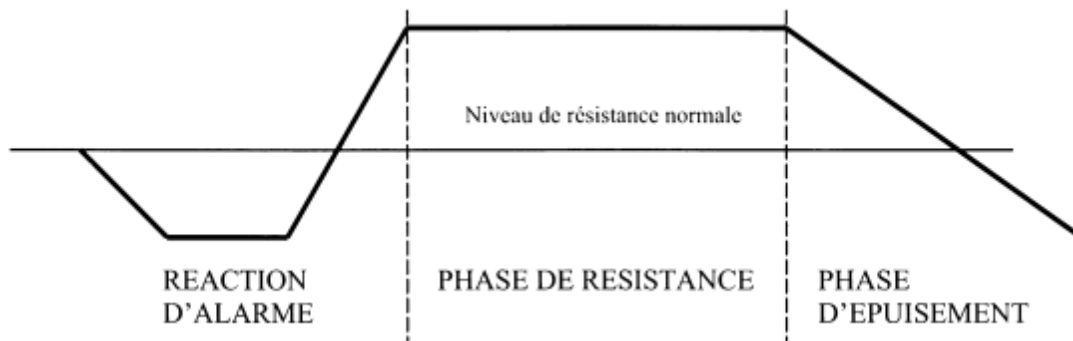


Schéma du syndrome général d'adaptation

- Réaction d'alarme

L'organisme, du fait de la perte d'homéostasie va mobiliser deux systèmes hormonaux : l'axe hypothalamo-hypophysio-médullo-surrénalien et l'axe hypothalamo-hypophysio-cortico-surrénalien. Respectivement, ces deux axes sont responsables de la libération de l'adrénaline et du cortisol, les hormones du stress. C'est une phase préparatoire qui va permettre à l'organisme de faire face à l'agression.

- Phase de résistance

Le niveau de résistance normal de l'organisme est augmenté, les deux systèmes hormonaux sont particulièrement à l'œuvre. Cette phase peut durer plus ou moins longtemps. Cependant, si elle perdure trop, l'organisme s'épuise, et ce quelle que soit sa solidité. Il ne pourra plus sécréter d'hormones de stress en quantité suffisante pour pouvoir faire face à l'agression. La troisième phase va alors débiter.

- Phase d'épuisement

Cette phase survient de façon brutale et correspond à une perte définitive de la résistance de l'organisme. Différents désordres somatiques surviennent alors sous la forme de pathologies (maladies auto-immunes, cancers, maladies cardio-vasculaires) ou de troubles (tels que les symptômes de stress avérés, une hypertension importante).

SELYE va marquer l'histoire du stress par ses recherches et la théorie du SGA va dominer l'ensemble des conceptions durant 40 ans. C'est à partir des années 70, que le modèle est remis en cause puis invalidé. Il est notamment critiqué par son aspect réductif : tout ne serait qu'une question d'hormone de stress. L'organisme est dépassé du fait qu'il ne puisse plus libérer d'hormones. Ce modèle ne considère pas la façon dont l'individu peut intervenir sur l'environnement ou les caractéristiques de l'organisme tels que les pensées, les cognitions, les affects ou l'émotion.

On abandonne alors ce modèle unidirectionnel pour lui substituer un modèle plus complexe et plus complet : le modèle transactionnel (1984) développé par LAZARUS et FOLKMAN. Il considère tant les réactions biologiques de l'organisme que les aspects psychologiques et comportementaux.

1.1.3.2. Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman

Il replace au centre les variables psychologiques et les processus perceptivo-cognitifs : le stress devient « *une transaction entre l'individu et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par le sujet comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être* » (Lazarus et Folkman, 1984).

C'est une définition aujourd'hui consensuelle. Le modèle est organisé autour de deux grandes phases qui se succèdent : la phase d'évaluation et la phase de réaction. La première va permettre au sujet d'évaluer plusieurs choses : ses ressources personnelles, ses ressources sociales, son niveau de stress perçu et son niveau de contrôle perçu sur la situation.

La deuxième phase, dans l'action, va être articulée autour de réaction de coping, c'est-à-dire de stratégies d'adaptation face à l'événement stressant.

1.1.3.3. Neurobiologie

Aujourd'hui, grâce à l'imagerie notamment et aux progrès de la science, les conceptions neurobiologiques ont évolué. Les mécanismes biologiques à la suite d'un

événement potentiellement traumatique se rattachent au circuit de la peur et mettent en jeu principalement trois structures cérébrales qui sont l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal.

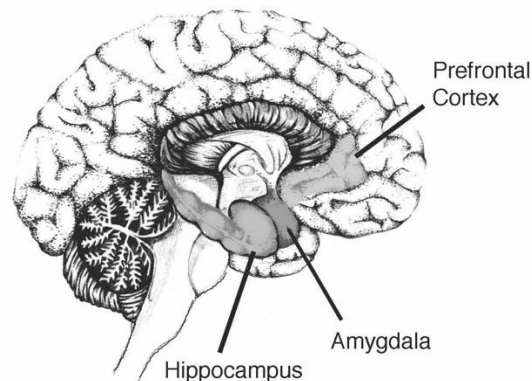


Schéma des structures cérébrales impliquées dans le stress

A la suite d'un stimulus de stress, l'amygdale module la réponse émotionnelle associée. L'hippocampe et le cortex préfrontal replacent l'événement traumatique dans le contexte et permettent de le rationaliser.

Dans un système « classique », le stimulus « danger » va activer l'amygdale. Cela va engendrer la production d'adrénaline et de cortisol, provoquant la réaction de stress (élévation du rythme cardiaque, de la pression artérielle etc.). En parallèle, l'hippocampe et le cortex associatif sont stimulés. L'hippocampe va chercher à associer la scène à un événement passé dans la mémoire autobiographique et le cortex va adapter la réponse émotionnelle et comportementale, éteignant ainsi la réaction de stress pour revenir à un état d'équilibre.

Dans un système « traumatique », l'hippocampe et le cortex associatif ne vont pas trouver d'événement auquel rattacher le stimulus dans la mémoire, et la réaction de stress va donc se poursuivre. L'hippocampe va alors détecter la surproduction de cortisol (toxique pour le système neuronal) et d'adrénaline (toxique pour le système cardiaque). Cette toxicité va entraîner une surstimulation de la production d'endorphines et de substances ketamin-like pour « éteindre » l'amygdale (analgésie). Ainsi, même si le traumatisme se poursuit, l'hippocampe et le cortex associatif sont « déconnectés » de l'amygdale. De fait, ils ne peuvent pas faire d'associations émotionnelles, ni de stockage de l'événement traumatique dans la mémoire autobiographique du sujet.

La mémoire affective devient ainsi « un système de peur conditionné » : le moindre stimulus lié à l'événement traumatique va réactiver l'amygdale. Celle-ci « *n'est plus régulée par le système hippocampe-cortex associatif puisqu'il n'y a pas eu stockage d'événement de référence. Le sujet a une impression de danger imminent et permanent, se met en état d'alerte permanent (hypervigilance) et développe des conduites d'évitement* ». (Lopez, 2020)

Les symptômes psychiatriques post-traumatiques sont donc la conséquence d'un dépassement des mécanismes d'adaptation au stress. On peut rapprocher ces explications neurobiologiques au Syndrome Général d'Adaptation de Selye. Le traitement médicamenteux va donc agir sur ces systèmes neuronaux et sur la régulation hormonale. Aujourd'hui, on retrouve majoritairement des antidépresseurs sérotoninergiques (la sérotonine module l'hyperstimulation du circuit de la peur).

1.1.4. Traitements médicamenteux

Comme évoqué précédemment, l'ESPT se traduit par des phénomènes de répétition traumatique, des manifestations d'hypervigilance, des conduites d'évitement et une dissociation psycho-émotionnelle. Lorsque l'ESPT est en phase aiguë péri-traumatique, une chimiothérapie symptomatique peut être proposée. Lorsque le trouble est dans une forme plus stable, un traitement de fond sera suggéré.

Le traitement va être personnalisé et dépendra de l'événement vécu et de la personne qui le vit. Il est indispensable d'associer à un traitement médicamenteux une prise en charge en psychothérapie.

On peut proposer trois types de molécules :

- Les antidépresseurs sérotoninergiques : tels que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). Le fait d'inhiber la recapture de ces neurotransmetteurs, va augmenter leur concentration dans la synapse. Les récepteurs de la sérotonine sont impliqués dans les troubles anxieux, et les voies sérotoninergiques dans l'impulsivité ou les comportements addictifs.

- Les antidépresseurs de première génération : les tricycliques et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) auraient un effet sur les symptômes de l'ESPT. Cependant, du fait de leur mauvaise tolérance, ils ne sont proposés qu'en seconde intention.
- Les anxiolytiques et hypnotiques : ils sont plutôt utilisés en « si besoin » en plus d'un traitement de fond, c'est-à-dire que la prise se fera selon le ressenti du patient ou du professionnel de santé. Du fait du risque élevé de comportement additif, les molécules non addictogènes comme l'hydrozyne sont privilégiées. Cependant, si le patient présente une résistance, des benzodiazépines vont alors être envisagées.

Les études sur le stress et sur la neurobiologie du stress nous permettent de mieux comprendre les réflexions cognitivo-comportementalistes qui en découlent.

1.1.5. Approches comportementalistes et cognitives

Dans un premier temps, c'est l'approche comportementaliste qui va faire avancer l'étude sur les psychotraumatismes et ses répercussions.

1.1.5.1. Approche comportementaliste (modèle de Mowrer)

Le modèle de MOWRER (1960) avance que « *les stimuli internes ou externes associés au traumatisme vont provoquer la même réponse émotionnelle que l'événement initial puis développer et maintenir l'ESPT* ».

MOWRER se base sur le conditionnement étudié par PAVLOV (1927) et SKINNER (1938). Pavlov s'intéresse à l'apprentissage dû à l'association entre des stimuli de l'environnement et les réactions automatiques de l'organisme. On parle de conditionnement classique, les réactions de l'individu sont involontaires. Skinner, quant à lui, développe le conditionnement opérant, c'est-à-dire lorsque les actions sont renforcées par leurs conséquences (punition ou récompense). La réponse du sujet est volontaire car il est motivé à être récompensé.

Chez le sujet traumatisé, cet apprentissage va se faire seul et peut expliquer certaines réactions face à des endroits, personnes, objets considérés comme banals pour la plupart des individus. Le conditionnement classique de Pavlov explique les reviviscences tandis que le conditionnement opérant de Skinner est rattaché aux conduites d'évitement.

BECK (1971) définit l'évitement comme « l'action de se soustraire par anticipation à une stimulation aversive ». Il peut concerner des lieux, des personnes, des objets, des situations... Cependant, l'évitement ne fait que renforcer l'appréhension d'une situation.

1.1.5.2. Approche cognitive

Dans une approche différente du comportementalisme, le courant cognitiviste considère le psychotraumatisme comme un défaut de traitement de l'information. Il met l'accent sur l'interprétation de l'événement traumatique par le sujet.

1.1.5.2.1. Modèle HOROWITZ (1989)

Pour HOROWITZ (1989), « *les symptômes du traumatisme représentent la réponse à l'excès d'information reçu pendant l'expérience traumatique et sont maintenus par la difficulté voire par l'échec dans la capacité à intégrer ces nouvelles données au sein des schémas cognitifs antérieurs* ». Les pensées intrusives, cauchemars, reviviscences auraient donc pour but l'intégration des représentations de l'élément traumatique.

1.1.5.2.2. Modèle de FOA et al (1989)

Le modèle de FOA, STEKETEE et ROTHBAUM, assez proche du courant comportementaliste, porte l'idée que les signaux associés au traumatisme activent le circuit de la peur provoquant ainsi les reviviscences, cauchemars et pensées intrusives. Cela explique la permanence des conduites d'évitements.

1.1.5.2.3. Modèle de JONES et BARLOW (1992)

Le modèle élaboré par JONES et BARLOW est un modèle bio-comportemental. Il est basé sur quatre niveaux qui sont la vulnérabilité biologique (prédisposition au stress), les événements de vie, les réactions de stress et la vulnérabilité psychologique. L'ensemble des quatre facteurs va entraîner une « appréhension anxieuse chronique » participant à l'élaboration et au maintien du traumatisme.

Ces modèles cognitifs et comportementaux portent l'idée que le traumatisme résulte d'un conditionnement, d'une expérience apprise. De ce fait, l'étude de son élaboration permet de mettre au point des thérapies dans ce sens-là. Ainsi, les thérapies cognitivo-comportementales telles que l'EMDR (basé sur des mouvements oculaires) se basent sur ces modèles. En remontant à l'élaboration de ce traumatisme, l'objectif va être de "désapprendre" et de modifier les perceptions de ce conditionnement.

Ces différents éclairages tant psychanalytiques que cognitivo-comportementaliste ou neurobiologique permettent de mieux comprendre les enjeux du stress post-traumatique et son élaboration. Au fur et à mesure, la classification dans le DSM s'est modifiée et précisée afin d'être au plus proche de la problématique identitaire du survivant.

1.2. Évolution des classifications nosologiques

Le terme de *Post-traumatic Stress Disorder* (ESPT en français) apparaît dans le DSM-1 en tant que trouble anxieux. Il est essentiellement décrit par les médecins militaires. Supprimé dans le DSM-2, il est réintroduit dans la troisième version comme étant « *un trouble anxieux résultant de l'exposition à un événement stressant* ». Les troubles psychologiques relevés sont essentiellement les reviviscences et l'éroussement psychique, associé à un état d'alerte et de peur exagéré.

Les recherches dans les années 1980, portent sur les vétérans du Vietnam et leur évolution après la fin des combats. La description de l'ESPT dans le DSM-4 en 1994, considéré alors comme un trouble anxieux, tient compte des observations des symptômes communs entre les victimes de guerre et les victimes d'autres événements traumatiques. En 2013, le DSM-5 introduit des changements majeurs. L'ESPT et le trouble de stress aigu ne sont alors plus considérés comme des troubles anxieux, mais une catégorie à part entière, celle des « troubles liés au trauma et au stress ».

1.2.1. Événement traumatique

L'événement traumatique a d'abord été défini comme un « *événement brutal, en dehors de l'expérience habituelle qui provoquerait chez toute personne une détresse intense et qui confronte le sujet à la mort* » par les observateurs des soldats revenus de combat (Crocq, 1999). La notion de brutalité, de soudaineté est importante car ce sont ces caractéristiques-là qui vont provoquer une détresse, un effroi chez le sujet.

Finalement, l'observation de troubles quasi identiques dans le milieu civil a fait évoluer cette définition : « *un événement a une valeur traumatique si le sujet perçoit la situation comme une menace contre sa vie ou son intégrité physique* ». Cette évolution permet de rendre compte de la présence de symptômes traumatiques dans des situations où la menace de mort n'est pas toujours explicite (comme lors d'un viol).

Également, le fait d'être « *témoin direct de l'événement traumatique, d'apprendre la mort brutale d'un proche, ou d'être exposé de façon répétée aux détails aversifs d'événements traumatiques* », est désormais considéré comme un événement potentiellement traumatique. L'exposition à des événements traumatiques à travers les médias n'est, quant à elle, pas considérée comme pouvant induire un ESPT du fait de la distance avec l'événement, tant physique qu'émotionnelle. (Sabouraud-Séguin 2013)

1.2.2. Trouble de stress post-traumatique aigu

Il recouvre l'ensemble des symptômes psychologiques apparaissant dans les suites immédiates d'un événement traumatique. Ce trouble se caractérise par une symptomatologie apparaissant entre trois jours et un mois après l'exposition à un événement potentiellement traumatique : symptômes dissociatifs, modifications de l'humeur, symptômes d'évitement, de reviviscence et d'hypervigilance.

1.2.3. Trouble de stress post-traumatique chronique

Le DSM-5 modifie également les catégories de symptômes. Le critère A représente l'exposition à un événement traumatique. Le critère B est associé aux reviviscences. L'ancien critère d'évitement est quant à lui séparé en deux entre les critères C « évitement » et D « altération négative des cognitions et de l'humeur ». Le critère E de « l'hypervigilance » se voit ajouter des « comportements autodestructeurs et imprudents ». Les symptômes doivent être présents depuis au moins un mois selon le critère F et engendrer une souffrance significative (critère G). Ils ne sont pas causés par un traitement, par la consommation de drogues ou par une autre maladie (critère H).

1.3. Les symptômes

Au-delà de la reconnaissance que permet le DSM sur les maux que vivent les soldats atteints de stress post-traumatique, il est important de comprendre comment se manifestent les symptômes et ce qu'il en est dans leur quotidien.

1.3.1. Les symptômes de répétition

Des souvenirs, des odeurs, des images, des bruits associés à l'événement traumatique peuvent venir « envahir » la vie de la personne qui présente un ESPT. Ces « intrusions » provoquent une profonde détresse associée à d'autres émotions telles que la culpabilité, la peur ou la colère.

Elles peuvent prendre différentes formes mais les manifestations les plus fréquentes sont les cauchemars et les reviviscences.

Lors de cauchemars associés au traumatisme, le sujet revit pleinement l'expérience traumatique, avec toutes les qualités sensorielles (odeurs, toucher, goût, etc.). Peu à peu, ce sommeil n'est plus réparateur et l'endormissement est vécu avec appréhension.

Lors des reviviscences, le sujet revit la scène traumatique, cette fois-ci éveillé. De façon incontrôlée et involontaire, la scène traumatique défile dans leur esprit et les malades doivent la revivre, provoquant une importante détresse émotionnelle.

« Dès que je vois un camion de gaz devant moi sur la route, je me revois en Afghanistan où on savait qu'il fallait le doubler au plus vite au cas où les talibans le fasse exploser. C'est comme ça, je peux pas m'empêcher d'y penser » - Madame R

Ces phénomènes de répétition participent au maintien d'un état de tension permanent et de fait au maintien du stress post-traumatique.

1.3.2. Les conduites d'évitement

Les comportements d'évitement ont pour but d'éviter de ressentir de nouveau l'état émotionnel vécu lors de l'événement traumatique. Ainsi, les conduites du sujet vont l'amener à chercher à éviter toute situation ou pensée qui pourrait lui remémorer l'événement traumatique (conversation, actualité, objet, personne...). Il va également chercher à éviter des stimuli associés directement au traumatisme (voiture, lieu de l'agression, armes...) ou qui ont été associés pendant l'événement (bruits, type de personnes...).

Le sujet cherche de plus à fuir ses propres émotions, ce qui conduit à l'amnésie de certains aspects du traumatisme. L'anticipation d'une exposition au danger provoque les intrusions et les phénomènes de reviviscence, l'hyperactivation neurovégétative ou encore l'anxiété par association.

« Je ne suis pas sorti de chez moi durant les 3 dernières semaines, depuis ma dernière hospitalisation. Pendant la 2ème semaine je me suis enfermé dans le salon, dans le noir pendant 3 jours à attendre. Je ne supporte plus le bruit, la lumière, le voisinage, la sonnerie du téléphone. » - Monsieur B

1.3.3. L'activation neurovégétative

Le traumatisme active la réponse neurovégétative comme réponse au danger. Le sentiment persistant de menace, de danger, associé à l'émotion de peur intense étant insupportable pour la victime, elle cherche à s'en protéger et déclenche ainsi alerte et vigilance pour prévenir ces sensations. L'état d'hypervigilance provoqué par le sentiment de danger imminent empêche la diminution et la disparition des réactions de sursaut.

« Je présente une hypervigilance. Quand je rentre dans une pièce, je dois repérer chaque fenêtre. Dans le métro, il faut que je sois dos à la porte pour pouvoir observer la rame. Au restaurant c'est pareil, c'est de dos au mur pour pouvoir voir la salle » - Monsieur S

De plus, le sentiment de danger et la peur toujours présente maintiennent la peur de perte de contrôle. La victime est irritable et facilement en colère, ce qui peut la pousser à adopter des comportements à risque ou auto-agressifs.

« Je me sens un peu plus apaisé, un peu moins en colère mais je sens qu'il y a toujours quelque chose de violent qui peut ressurgir à tout moment » - Monsieur B

1.3.4. Les émotions « négatives »

De nombreuses émotions « négatives » vont submerger le sujet et modifier son rapport à lui-même et au monde qui l'entoure. La peur, la tristesse, la honte, la culpabilité et la colère sont des émotions omniprésentes et il est très difficile voire impossible pour eux de ressentir des émotions plus positives.

« Ce que je revois, c'est la vie qui s'échappe de son regard. Je sais que là il faut que je travaille sur cette culpabilité. A part le pardon, y a rien d'autre. Sinon, j'en crève. »
- Monsieur S

Ces sentiments modifient le regard que le militaire porte sur lui-même et cela va changer sa relation à l'autre. La honte et la culpabilité vont amener une peur du jugement ou du regard de l'autre et peut amener le sujet à un isolement social. Les relations avec l'entourage, les liens à l'autre deviennent très complexes, pouvant conduire à un fort sentiment de solitude et d'incompréhension.

« Je suis assez solitaire parce que quand je veux parler de comment je me sens, soit on me pose des questions gênantes, soit on ne m'écoute pas parce que ça les met mal à l'aise, soit on me dit que je me suis engagé donc qu'il faut pas que je me plaigne. Dans tout ça je parle à qui moi ? Donc je garde pour moi » - Monsieur C

Différentes études épidémiologiques recensent que 60 à 90% des militaires exposés à un événement traumatique développent un trouble dépressif par la suite (Davidson, 1990 ; Mellman, 1992 ; Bleich, 1997). En 1997, vingt-cinq ans après la guerre du Vietnam, l'armée américaine recense 102 000 suicides de vétérans. C'est deux fois plus que les pertes au combat.

L'isolement et la perte du lien avec le monde environnant exacerbent une profonde tristesse dont il semble très difficile de sortir.

« Je sais que je suis en train de creuser mon trou mais j'ai du mal à m'en sortir. Je n'ai envie de rien faire, j'ai un mal de vivre, plus rien ne m'intéresse ». -Monsieur F

De plus, l'image du militaire dans les pensées communes est une image virile, d'homme « fort » et solide. Après un événement traumatique, la personnalité du sujet est bouleversée et s'effondre, venant contraster avec les représentations populaires du soldat.

« Au retour de l'Afghanistan, j'étais plus trop moi-même. J'avais un pied là-bas et un pied ici. On part avec une impression de toute-puissance et en fait on se rend compte que c'est le contraire » - Monsieur C

Ces comportements et émotions atteignent et touchent l'individu dans sa globalité. Il en résulte un retentissement psychomoteur important chez le militaire.

2. Retentissement psychomoteur

Le militaire en état de stress post-traumatique va voir son rapport à lui-même et à l'autre bouleversé. De nombreux militaires relatent qu'ils ne sont plus les mêmes au retour d'opération extérieure, qu'ils ne se reconnaissent plus. Les émotions, images traumatiques, bousculent la personnalité du sujet, modifiant ainsi son rapport au monde.

L'individu se voit contraint d'adapter sa façon de vivre aux images intrusives qui l'assaillent. Les conduites d'évitements, l'hypervigilance omniprésente, sont le fruit de processus adaptatifs pour tenter de ne pas revivre l'émotion engendrée par l'événement traumatique. Le regard que le militaire porte sur lui-même va également s'en trouver altéré, teinté de culpabilité et de honte.

2.1. Le rapport au temps

Le militaire va revoir et revivre en permanence les mêmes scènes, elles ne se fixent pas dans la mémoire et sont d'une extrême précision. Le passé fait partie intégrante du présent. Les scènes faisant effraction au sein du psychisme du sujet sont décrites de manière très précise, à un jour et une heure donnée, voire à la minute près parfois. Le temps est comme arrêté au moment du traumatisme et les mois et années qui passent n'entament pas la clarté de l'événement.

Après le traumatisme, les symptômes ne viennent pas aussitôt. Cet intervalle de temps, appelé « latence », est un temps durant lequel les mécanismes de défenses mis en place par le sujet vont être opérant. Le traumatisme peut ensuite être ravivé par un autre événement, potentiellement traumatique, ou une pression externe (familiale ou professionnelle). Les symptômes de flash-back, reviviscence ou cauchemars vont alors apparaître.

« *J'avais tout mis dans un tiroir, tout ce qui s'est passé au Rwanda était rangé dans ma tête. C'est l'Afghanistan, dix-huit ans plus tard qui a rouvert tous les tiroirs et tout est revenu en pleine face* » - Monsieur D

2.2. Le Schéma corporel et l'Image du corps

Catherine POTEL définit le schéma corporel comme étant une connaissance objective du corps dans sa réalité. C'est pour elle « *une organisation du corps, un corps construit comme une entité et non pas comme une somme de parties dissociées* ». (Potel, 2019)

En 1970, Julian de Ajuriaguerra propose la définition suivante du schéma corporel : « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ». (Ajuriaguerra, 1970)

L'image du corps, quant à elle, est une notion développée par Françoise Dolto qui correspond à « *l'image que l'on se fait de soi, qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et l'autre* » (Dolto, 1984). C'est une représentation inconsciente du corps, en évolution tout au long de la vie. Elle va se modifier en fonction du vécu du sujet, de ses éprouvés, de sa vie affective etc.

De mon expérience clinique auprès de militaires, il en ressort que le schéma corporel, au niveau de la somatognosie et des représentations topographiques, pour la majorité, n'est pas affecté par le traumatisme. Cependant, le militaire a un rapport particulier à son corps dans le sens où la culture de celui-ci est centrale au quotidien, notamment via le sport. Le soldat doit faire preuve de sang-froid et de contrôle et ainsi avoir une parfaite maîtrise de son corps.

En cas de blessure physique, ce corps est touché de façon visible. Lors de la blessure invisible qu'est le psychotraumatisme, c'est l'image du corps qui est impactée, touchant ainsi les représentations du soldat fort et intouchable.

« En Afghanistan, quand ça n'allait pas, on n'en parlait pas. Si on parle et qu'on dit qu'on ne se sent pas bien à cause de ce qu'on a vu, on est jugé comme faible et ça ce n'est pas possible. Donc on ne dit rien, on se voile la face et on continue. » - Madame R

Lorsque les patients doivent parler d'eux-mêmes et de la façon dont ils se perçoivent, une dévalorisation est quasi systématique, en lien avec les émotions « négatives » qu'ils ressentent. Ces éprouvés entraînent une blessure narcissique profonde et des changements identitaires. L'estime d'eux-mêmes vole en éclat avec l'événement traumatique. L'image du corps, qui se construit autour des expériences psychocorporelles, est bouleversée par cet afflux d'affect.

2.3. Le tonus

Le tonus par définition en psychomotricité est l'état de tension d'un muscle au repos, il est involontaire. En psychomotricité, on distingue trois types de tonus :

- le tonus de fond, qui se repère quand la personne est au repos. C'est l'état de légère tension d'un muscle plus particulièrement profond.
- le tonus postural, que l'on repère dans différentes postures et qui nous permet de moduler cette dernière
- le tonus d'action, qui s'appuie sur les deux premiers tonus. C'est la mobilisation du tonus de fond et postural à des fins de coordinations et de mobilisations corporelles générales.

L'hypervigilance est un des symptômes majeurs de l'ESPT. Le sujet est à l'affût en permanence, se doit de tout vérifier, de tout contrôler. On peut observer une hypertonie majeure, le sujet est agité et est dans un état nerveux omniprésent. De nombreuses tensions sont présentes.

« Je sais que pour moi l'expression du trouble elle se fait par mon corps : je fais des tendinites à répétition, une périostite, j'ai des problèmes à la hanche. C'est le fait que je ne puisse plus faire de sport qui m'a fait comprendre qu'il y avait vraiment un problème » - Monsieur S

2.4. La place de l'émotion

La place de l'émotion est centrale tant en psychomotricité que dans la vie de tous les jours. Ainsi, porter un intérêt à l'expression émotionnelle est nécessaire lors de rencontres avec des patients.

Certains patients ESPT, du fait d'un afflux d'émotion durant l'événement traumatique, vont bloquer par la suite tout ressenti. Les émotions négatives ressenties par la suite telles que la culpabilité ou la honte vont également être très néfastes pour le sujet ce qui peut également l'amener à se couper de ses sentiments.

Ce trouble est appelé l'« alexithymie ». Il a été étudié par SIFNEOS (1972), professeur à l'université de Harvard, qui remarque des difficultés à l'expression des émotions chez les patients présentant des troubles psychosomatiques. Étymologiquement, cela signifie « qui n'a pas les mots de l'émotion ».

Il ne se caractérise pas seulement par une difficulté dans l'expression mais également par « *une incapacité à identifier les émotions et à les distinguer des sensations corporelles. Au niveau cognitif, ce phénomène se traduit par des contenus de pensée très factuels et une vie imaginaire très limitée* » (Taylor et al., 1990).

KRYSTAL (1968), psychanalyste, est le premier à relever que nombreux patients traumatisés assimilent leurs émotions à des états somatiques auxquels ils ne donnent pas de sens : ils décrivent l'accélération des battements cardiaques, les mains tremblantes mais sans l'associer à une émotion.

Par la suite, FREYBERGER (1977) développe l'alexithymie « état » (ou secondaire) qui serait la conséquence d'une maladie somatique grave (cancer, sida, etc.) ou d'un traumatisme. Elle peut alors être considérée comme un mécanisme de défense, ou une stratégie de coping, permettant de faire face à l'horreur de la situation en s'en détachant affectivement.

3. Conclusion

Au fur et à mesure de l'Histoire, différents modèles de pensées, différents éclairages ont tenté de cerner la problématique du stress post-traumatique. L'événement traumatique résonne chaque jour en chaque victime et bouleverse son rapport à elle-même et à l'autre. Leur vision du monde, leur personnalité volent en éclat et les symptômes qui en résultent sont des poids considérables au quotidien. Les émotions qu'ils ressentent sont extrêmement destructrices.

L'homme va souffrir deux fois : lors du choc (le trauma), puis de nouveau avec la représentation du choc (traumatisme) qui peuvent être ressenties parfois des années plus tard (Cyrulnick, 2012). L'événement traumatique va toucher de

nombreuses dimensions dans la personnalité du sujet, tant sur l'image qu'il a de lui-même que son rapport au temps ou son expressivité émotionnelle.

Les patients qu'il m'ait été donné de rencontrer sont des personnes en proie à une angoisse majeure. Des scènes violentes, brutales, bercent chaque jour de leur vie. Ce combat, livré contre leurs souvenirs, leur anxiété, contre eux-mêmes, prend le pas sur tout le reste. Cela se répercute sur leur corps dans la relation.

Afin de lutter, le sujet va alors tenter de mettre en place des stratégies d'adaptation pour faire face à ces afflux d'affects qui le fragilisent et qui l'empêchent d'avancer. Lorsque les défenses psychiques ne font plus barrage aux reviviscences, ou aux cauchemars, d'autres défenses, tels que l'alcool et les drogues peuvent venir en relais.

Pour JEAMMET, les conduites addictives constituent « *une réponse adaptative à une souffrance psychique irreprésentable ou à des anomalies de la régulation des éprouvés émotionnels et corporels, de l'estime et de la conscience de soi, des relations interpersonnelles. C'est la réduction de la détresse psychique impossible à surmonter qui est recherchée par le sujet, dans une tentative de réparation marquée par un sentiment de puissance illusoire et un contrôle apparent de ses états affectifs.* » (Jeammet, 1995). Cette citation énonce que la conduite addictive ne se réduit pas à une simple volonté et que des mécanismes sous-jacents entrent en jeu tels que l'estime de soi, la conscience de soi, une recherche de contrôle des affects etc.

Mais comment et pourquoi le militaire en état de stress post-traumatique en arrive-t-il à adopter cette conduite autodestructrice ? Quels sont les effets recherchés ? Quelles sont les conséquences d'une addiction ?

PARTIE 2 : CONDUITE ADDICTIVE

Les conduites addictives constituent une évolution fréquente des stratégies d'adaptation déclenchées par les psychotraumatismes. Des études mettent en avant que la prévalence de consommation est multipliée par 1,5 à 5,5 chez les patients rapportant une histoire traumatique (Logrip, Zorilla & Koob, 2012). Près de la moitié des sujets traumatisés masculins ont également reçu un diagnostic d'abus d'alcool ou de drogue (Brillon, 2005).

Quels sont les liens entre l'ESPT et les troubles des conduites addictives ?
Quels sont les effets recherchés par le consommateur ?

Après avoir défini les addictions, les différentes pratiques de consommation, et les facteurs de risques, nous nous intéresserons spécifiquement à la problématique de l'alcool, de sa classification dans le DSM-5 à son impact sur la sphère psychocorporelle.

1. L'Addiction

1.1. Définition

Le terme addiction vient du latin *ad-dicere* qui signifie « dire à » au sens d'attribuer quelqu'un à une autre personne. En ancien français, ce terme était employé lorsqu'un individu n'était plus en mesure de régler sa dette et devait, de ce fait, payer par son corps et son comportement. La question du corps est donc centrale dans le domaine de l'addictologie.

GOODMAN définit l'addictologie comme étant « *un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives* » (Goodman, 1990).

D'après la définition, la conduite addictive va, au-delà de procurer un plaisir, soulager un mal-être. L'implication de l'aspect psychologique rend la prise en charge de ce trouble complexe puisqu'il va impliquer tant la sphère neurobiologique que la sphère psychologique.

1.2. Diagnostics et classification actuelle

Le DSM-5 recense deux types de conduites addictives : avec ou sans substances. Au sein de la catégorie des addictions sans substance, seules les addictions aux jeux vidéo et aux jeux d'argent sont inscrites.

L'APA définit l'addiction selon onze critères cités ci-après. Un sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des 12 derniers mois, au moins deux des onze critères suivants :

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (*craving*)
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes
- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

L'addiction est qualifiée de faible si le sujet présente 2 à 3 critères, modérée si présence de 4 à 5 critères et sévère pour 6 critères et plus.

1.3. Les pratiques de consommation

Toute personne ingérant de l'alcool ou des produits psychoactifs, ne souffre pas forcément d'un trouble de l'usage ou d'une dépendance. Il est donc important de bien distinguer les différentes pratiques de consommation. On distingue trois grands types d'implication dans l'usage : l'usage, l'abus ou usage nocif et la dépendance.

1.3.1. Définition des pratiques de consommation

L'usage « simple » d'une substance est défini comme étant « *l'ingestion d'un produit psychoactif en quantité modérée n'interférant pas significativement avec le fonctionnement social et occupationnel de l'utilisateur* » (CIM 10). Il ne revêt pas de caractère pathologique.

L'abus ou l'usage nocif de substance, référencé dans la CIM10 et le DSM « *ne se détermine pas par la quantité ingérée mais en termes de niveau d'interférence causée par l'absorption d'une substance sur la vie de celui qui la consomme* ». Ainsi, la conduite addictive « *fragilise ou déstabilise le cursus scolaire, le travail, les relations ou met physiquement l'utilisateur en danger* ». (DSM-5, 2013)

La dépendance a été définie en 1975 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non* ». Afin d'éviter les symptômes du sevrage, le sujet aura donc besoin d'ingérer régulièrement le produit. La tolérance correspond au besoin d'augmenter les doses pour ressentir les mêmes effets.

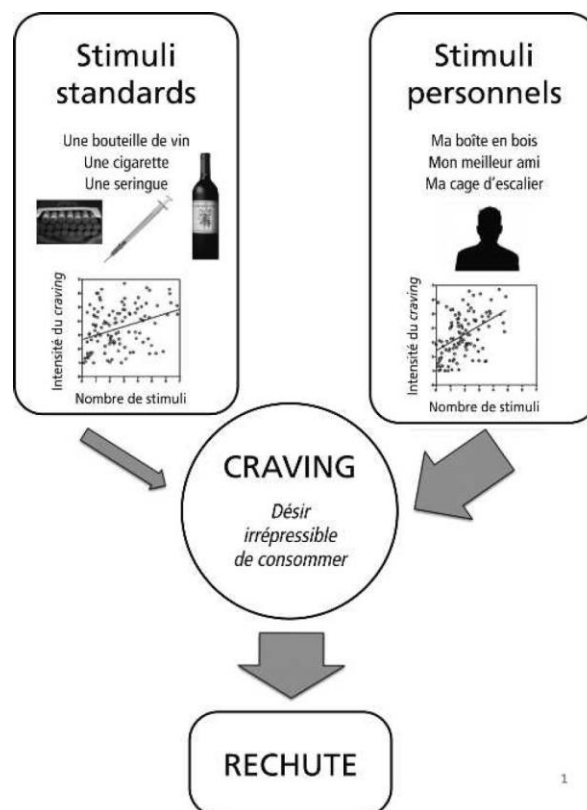
Afin de mieux comprendre les enjeux de chronicité et de nécessité de consommation, il faut s'intéresser au craving, phénomène entraînant la rechute.

1.3.2. Rechute et Craving

Le Traité d'addictologie (Auriacombe et al, 2016) définit le *craving* comme « *une envie irrésistible de consommer une substance [...] alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là.* » Cette notion, ajoutée dans le DSM-5, joue un rôle central dans la compréhension de l'addiction. « *Il s'agit d'une expérience égodystonique, qui entraîne détresse et désarroi chez celui qui l'expérimente* ». L'idée d'égodystonie renvoie au fait que la conduite est réalisée contre la volonté du sujet.

Le craving se manifeste en dehors des périodes de sevrages, souvent dans les périodes de guérison de la pathologie et peut apparaître tout au long de la vie du sujet.

Des stimuli associés aux habitudes de consommation peuvent provoquer le craving. On distingue deux types de stimuli : les standards tels qu'une bouteille de vin, une seringue, une cigarette et les personnels tels qu'un ami, un lieu, une boîte dans laquelle le sujet rangeait le produit.



Implication de l'environnement et du *craving* dans le processus de la rechute
(Marc Auriacombe, Traité d'Addictologie)

Ainsi, « *le craving est considéré comme le substrat motivationnel majeur de l'usage compulsif de substance et de la pratique de comportements addictifs, et représente donc une cible privilégiée des traitements de l'addiction.* » (Auriacombe, 2016). Du fait de l'association à la rechute, plusieurs médicaments ont été développés dans le but de diminuer les sensations de craving au cours des trente dernières années.

Au-delà des pratiques de consommation et de la nosologie des addictions, il apparaît essentiel d'étudier tant l'aspect neurobiologique que l'aspect psychopathologique des conduites addictives, afin de mieux comprendre et mieux traiter les mécanismes qui se jouent.

1.4. Mécanismes neurobiologiques

La conduite addictive va avoir une action sur le système cérébral de récompense. Ce système, indispensable à la survie, est responsable de la motivation et participe à la mise en place de comportements adaptatifs comme chercher de la nourriture. Le comportement réalisé va avoir un effet plaisant sur l'organisme d'où le nom de « récompense ». La sensation de plaisir qui en découle va être mémorisée, stockée et motivera la re-réalisation de ces actions.

L'usage pathologique de substances va entraîner une telle activation du circuit de récompense, que le fonctionnement cérébral va en être impacté et la mise en place des stratégies adaptatives va être substituée par ce comportement.

Ce circuit implique, au niveau cérébral, différentes structures tels que le noyau accubens (responsable de l'effet « plaisir »), le cortex préfrontal et cingulaire, l'aire tegmentale ventrale (sensibilisation à la substance), les amygdales, le thalamus (mémoire et motivation des comportements) et l'hippocampe.

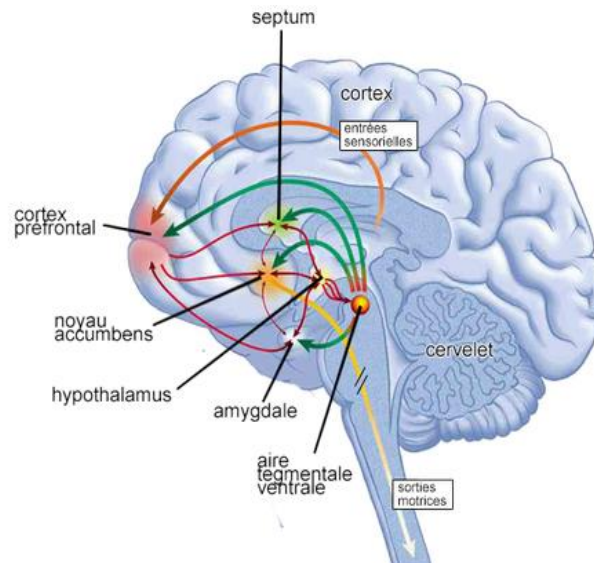


Schéma du circuit de la récompense

Entre le noyau accumbens et l'aire tegmentale ventrale (ATV), deux voies sont présentes, sensibles au même neuromédiateur : la dopamine, hormone du plaisir. La première, D1, est activatrice et porteuse de récepteurs à la dopamine de type 1 qui vont favoriser la réalisation d'une action. La deuxième, D2, est inhibitrice et porteuse de récepteurs à la dopamine de type 2 qui vont refréner les actions.

Suite à la satisfaction d'un besoin, la voie D1 est activée et la récompense, la libération de dopamine, a lieu. La voie D2 va alors jouer son rôle antagoniste en initiant la recapture du neurotransmetteur et éviter la libération en excès. La voie D1 est associée à un stockage de l'information de plaisir dans la mémoire.

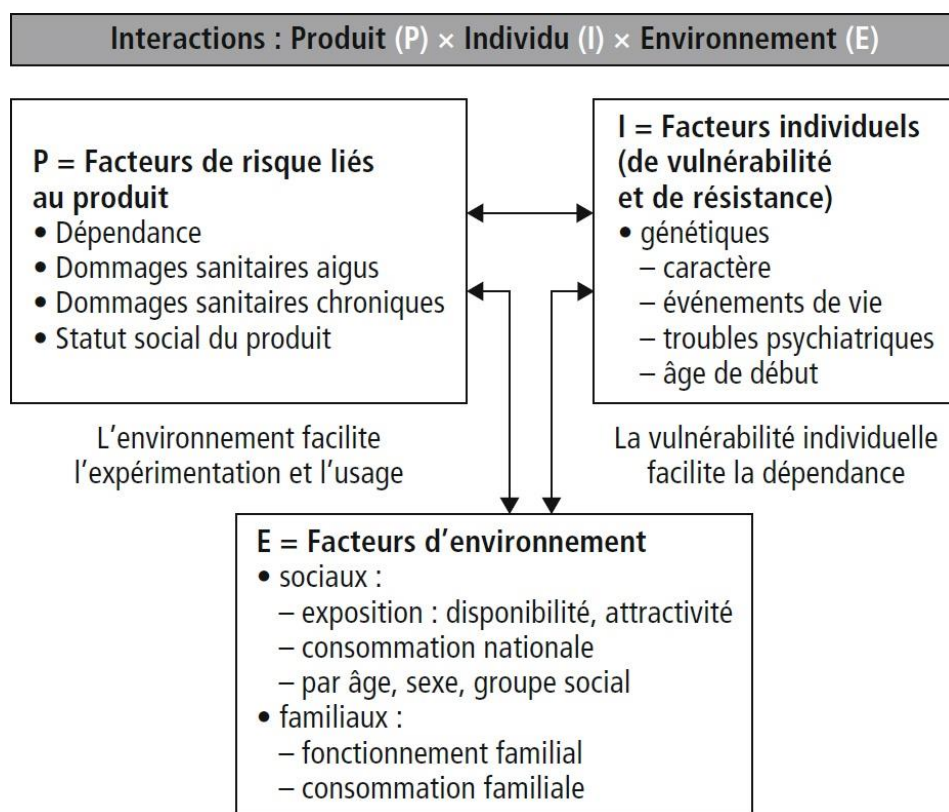
Le système de récompense peut se mettre en place avant même qu'il y ait consommation. Ainsi, un stimulus visuel tel que voir une bouteille d'alcool par exemple, va permettre la libération anticipée de la dopamine. L'anticipation de la récompense entraîne la répétition de l'usage, et donc, une surconsommation qui aggravera la dépendance.

Du fait de la consommation de cannabis, cocaïne, alcool, jeux ou autres substances, la voie D1 est sur-stimulée et la libération de dopamine va être massive.

La désadaptation du circuit de récompense explique donc la perte de contrôle et le phénomène de craving. La seule volonté de l'usager est donc insuffisante pour qu'il puisse gérer lui-même sa conduite addictive. (Richard et al, 2000)

1.5. Facteurs de risques

L'addiction est la résultante de différents facteurs. Dans le *Traité d'addictologie* (2016), les trois facteurs décrits sont : environnementaux, propres à l'individu et liés aux produits.



Organigramme des différents facteurs de risques

Les facteurs liés au produit se réfèrent à la toxicité de celui-ci. Tous les produits ne provoquent pas les mêmes dommages sur l'individu et la dépendance varie dans son installation dans le temps.

Les facteurs individuels vont prendre en compte la génétique. De nombreuses études épidémiologiques génétiques « ont montré un risque accru de dépendance chez les apparentés lorsque le proposant présente une dépendance, quelle que soit la substance à l'origine de la dépendance. » (Auriacombe, 2011)

De plus, la clinique et l'épidémiologie ont permis de mettre en évidence des caractéristiques de personnalité prédisposantes aux addictions. Deux profils peuvent être définis : l'individu à la recherche de sensations, du plaisir associé (renforcement positif) et celui dans l'évitement de la souffrance et de la mise à distance d'émotions trop pénibles ou angoissantes (renforcement négatif) (**Traité d'addictologie**). Cette vulnérabilité liée au caractère va de pair avec des événements de vies ou des troubles psychiatriques.

Enfin, les facteurs environnementaux tels que la disponibilité de la substance, l'action politique de contrôle de la région concernée, le pays, jouent un rôle majeur dans la mise en place de la dépendance. Au-delà de ces facteurs géopolitiques, la dynamique familiale et l'action des pairs (cercle d'amis, collègues etc) vont influencer la consommation.

1.6. Conclusion

La mise en place d'une addiction va interroger le rapport qu'entretient l'individu avec lui-même et avec l'objet d'addiction. Le lien à la substance est fusionnel, le sujet addict va surinvestir cette relation en dépit d'un lien plus sain à ses émotions, à ses affects et à ses ressentis.

Le site du département des affaires des vétérans américains relate que 60% à 80% des vétérans de la guerre du Vietnam ont une problématique alcoolique. Parmi la population militaire américaine de retour de combat, 15% ou plus des soldats présentent un ESPT et dans la moitié des cas ce syndrome coexiste avec un trouble de l'usage de l'alcool (Thomas et al, 2010).

Pourquoi une telle majorité se tourne -t-elle vers l'alcool ? Quel est l'impact de cette substance sur l'ESPT ?

2. L'alcoolisme

L'alcoolisme est l'addiction la plus anciennement connue. L'alcool, issu de la fermentation du sucre des fruits, est une substance psychoactive qui occupe, de tout temps, une place de choix dans notre société.

Son aspect culturel est fort et prégnant : par exemple, le vin est considéré comme une boisson sacrée dans la religion catholique, la France quant à elle rayonne dans le monde de part ses vignobles fameux.

L'alcool est associé au côté festif, à la convivialité. Il rassemble lors de fêtes ou de repas. Il amène à un état d'ivresse qui facilite les échanges et lève les inhibitions lorsqu'il est pris de façon ponctuelle et en quantité raisonnée. Le fait qu'il soit en vente libre renforce son accessibilité et son imprégnation dans nos quotidiens.

Mais cette boisson miracle a une autre face : sa consommation excessive peut amener à une dépendance. Selon l'Inserm, elle est aujourd'hui un problème de santé publique et représente la deuxième cause de mortalité évitable en France (après le tabac). En plus des nombreux méfaits sur le métabolisme, cette drogue licite a un effet sur les accidents de la route, les accidents du travail, la concentration, les violences, etc.

En 2019, la proportion de personnes en difficulté avec l'alcool reste stable à 10% de la population adulte française (INSERM).

2.1. Classification du DSM-5

Dans le DSM-5, le trouble de l'usage de l'alcool est caractérisé selon onze critères. Il est défini comme « *un mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois* :

1. *L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.*
2. *Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.*
3. *Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.*
4. *Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.*
5. *Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.*
6. *Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.*
7. *Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.*
8. *Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.*
9. *L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.*
10. *Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :*
 - a. *Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.*
 - b. *Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.*

11. *Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :*
- a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool (développés ultérieurement)*
 - b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »*

Le trouble est qualifié de léger lorsque le sujet répond à 2 ou 3 symptômes, de moyen pour 4 ou 5 symptômes et de grave au-delà de 6 symptômes.

2.2. Conséquences psychocorporelles sur l'individu

L'alcool touche le sujet dans sa globalité : sa consommation excessive a un retentissement tant au niveau physique et métabolique que psychique et relationnel.

2.2.1. Physiques et métaboliques

La consommation excessive d'alcool va entraîner des dommages sur les plans physiques et métaboliques. Ceux-ci dépendent de la vulnérabilité génétique du consommateur, de la fréquence et de la durée de ses consommations ainsi que de la quantité ingérée.

A long terme, la boisson va avoir des répercussions importantes au niveau somatique : cela peut aboutir à des troubles gastro-entérologiques (pancréatite, cirrhose, hépatites), des troubles cardiovasculaires, des troubles neurologiques (perte de tissu cérébral, encéphalopathies), ou encore à un retentissement cutané (le sujet devient rouge, la peau est abîmée). L'alcool favorise également la prise de poids.

Le sevrage de l'alcool n'est pas non plus sans conséquences. Il peut être potentiellement mortel et nécessite une supervision médicale. Les premiers symptômes du sevrage physique surviennent en général deux à cinq jours après l'arrêt de la consommation et perdurent environ sept jours. (Auriacombe, 2011)

Les symptômes du sevrage sont multiples : cardio-vasculaires (tachycardie et augmentation de la tension artérielle), digestifs (nausées, vomissements et anorexie), psychiatriques (anxiété, irritabilité, insomnie, cauchemars) ainsi que des sueurs et tremblements.

Lorsque le patient ne bénéficie pas d'un suivi adapté, un syndrome confusionnel, le « Delirium Tremens » peut se manifester. Il est caractérisé par :

- des signes généraux : tachycardie, hypotension, signes de déshydratation, sueurs, hyperthermie
- des délires : hallucinations visuelles (zoopsiques notamment comme des serpents ou des araignées), un sentiment de persécution
- un état confuso-onirique : désorientation temporo-spatiale, agitation, confusion

Les modifications physiques dues à la consommation massive d'alcool vont être liées à des retentissements psychiques. L'alcoolodépendance, étant une addiction, répond ainsi aux différents facteurs de vulnérabilité évoqués précédemment (liés aux produits, à l'environnement et individuels). Les liens et conséquences psychiques vont être fonctions de ces facteurs.

Ainsi, je vais aborder le retentissement psychique de l'alcoolisation en lien avec le psychotraumatisme qui va initier et influencer la consommation.

2.2.2. Psychique en lien avec le traumatisme

L'alcool est présent dans nos quotidiens, particulièrement pour des raisons sociales. Il participe à la désinhibition du consommateur et facilite les relations interpersonnelles. Il amène un sentiment de toute-puissance. Lorsque la consommation franchit la limite de la dépendance, ce lien facilité à l'autre va se dissoudre pour laisser place à un lien fusionnel avec la boisson, dans lequel l'Autre n'a plus sa place.

« Au départ, je ne buvais que le soir quand je rentrais de la caserne, mais au fur et à mesure, j'ai arrêté de manger avec les collègues le midi pour pouvoir rentrer et consommer. J'ai pas mal de reproches sur le fait que je ne suis pas très sociable mais franchement je ne ressens pas le besoin d'être avec eux. » - Monsieur F

Comme abordé précédemment, suite au trauma, des mécanismes de défenses psychiques vont se mettre en place. On peut assimiler l'initiation d'une conduite addictive à un passage à l'acte. Le sujet agit pour ne pas ressentir. Ce comportement est une défense contre la prise de conscience d'un conflit intrapsychique ou d'une expérience insupportable. Par une alcoolisation massive, le sujet va chercher à éviter la pensée, le souvenir et les émotions négatives associées à l'événement traumatique. Ce comportement se rattache pleinement au critère C du DSM 5, « les conduites d'évitement ».

Parmi les mécanismes de défenses que l'on peut associer à cette conduite addictive, on retrouve la dissociation. Ce mécanisme de défense intermédiaire correspondant au niveau des inhibitions mentales permet à la personne de se détacher d'une réalité insupportable. Pour SALMONA (2008), le sujet traumatisé qui a recours à l'usage de substances psychoactives provoque de façon intentionnelle une dissociation dans le but de se prévenir de l'apparition des souvenirs et des reviviscences.

Les militaires que j'ai pu rencontrer ont pour la plupart les mêmes raisons à cette alcoolisation : ne pas penser. Sans être une solution, l'alcool est une réponse à l'anxiété et au stress. Joyce MAC DOUGALL décrit l'addiction comme « *une tentative psychosomatique pour venir à bout de la douleur mentale par le recours à des substances qui tranquilisent l'esprit et abolissent provisoirement le conflit psychique* » (1989).

Monsieur B, sobre depuis 3 semaines au moment des faits, s'est trouvé mêlé à un conflit sur un parking, suite auquel une bagarre a éclaté : « *Le type, je l'ai démonté. Je n'étais plus moi-même, je ne me suis pas reconnu, c'était une sorte de réflexe. Alors je suis rentré acheter de quoi boire et je me suis alcoolisé pendant trois semaines entières.* »

« *Le Mali a fait remonter les souvenirs de l'Afghanistan que j'avais mis de côté. Alors au retour je me suis tourné vers l'alcool et je n'ai vu personne pendant deux mois. Je ne me sentais pas prête à répondre aux questions de mon entourage. J'ai bu pour dormir, pour ne pas penser, pour me sentir mieux.* » - Madame R

Parmi les émotions ressenties, la culpabilité prend également une place importante et des questionnements reviennent de façon perpétuelle : « Pourquoi je suis vivant et pas lui ? » ou "Qui suis-je moi pour prendre la vie de quelqu'un ? ». Ce raisonnement peut interroger la place que tient l'alcool dans un processus d'auto-destruction conscient. La boisson peut être une façon de se décharger d'une culpabilité et peut se rapporter au mécanisme de défense qu'est l'annulation. Cela peut s'apparenter à un « *comportement visant à annuler ou à compenser symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables* » (DSM-4).

2.2.3. La place du corps

Il est tout d'abord intéressant de relever que les symptômes du sevrage alcoolique se rapprochent des manifestations corporelles du stress : agitation psychomotrice, tachycardie et augmentation anormale de la pression artérielle, anxiété, hypervigilance, irritabilité, insomnie et cauchemars.

Lorsque le sujet addict va ressentir les effets physiques du sevrage, cela peut lui rappeler les événements à l'origine du traumatisme et amener la répétition des symptômes. La re-consommation de la boisson va permettre d'atténuer l'amplification de ces symptômes.

PIRLOT, médecin psychiatre et psychanalyste, définit les addictions comme « *un mode de régulation des affects par une conduite impliquant le corps* » (2009). Le corps devient un espace où le sujet va tenter de court-circuiter ses émotions et ses ressentis par l'alcoolisation.

Le corps offre un espace d'expression pour l'indicible : il est vecteur de communication. Le propre de la blessure psychique, par rapport à la blessure physique, c'est qu'elle ne se voit pas. Nous l'avons abordé dans la première partie, la reconnaissance de la blessure que représente le traumatisme fut longue. Ainsi, l'alcool rend cette atteinte visible aux yeux de l'Autre.

« J'habite dans une petite ville donc forcément tout le monde se connaît et ça parle beaucoup. On me regardait de travers, je les voyais me juger quand je venais acheter mes cigarettes parce que ça se savait que je buvais beaucoup. Alors un jour, je suis allé à la cérémonie du 11 novembre avec ma veste et mes insignes. Et là, quelque chose a changé. On me disait bonjour ou on me saluait de loin dans le village. » - Monsieur C

Le sentiment d'unicité et l'individuation se construisent autour de deux enveloppes : l'enveloppe corporelle et l'enveloppe psychique.

Pour l'enveloppe corporelle, Didier ANZIEU développe le concept du « Moi-peau ». La peau est considérée comme la membrane protectrice du corps, elle a une fonction de contenant et marque les limites de l'intérieur et de l'extérieur du corps. Le Moi-peau constitue une barrière protectrice et filtre les stimuli externes, tout en permettant des échanges entre les espaces internes et externes.

Cette enveloppe corporelle se construit au fur et à mesure des expériences corporelles vécues par le nourrisson notamment par le « Holding ». Ce concept développé par WINICOTT, désigne le portage, le maintien maternel. Il permet le soutien physique et psychique du nourrisson et ainsi le développement de l'enveloppe corporelle. L'expérience du Moi-Peau permet l'individuation et ainsi la construction d'une enveloppe narcissique (Anzieu, 1974).

L'enveloppe psychique, quant à elle, contient nos pensées, nos pulsions, notre vie fantasmatique.

Du fait du traumatisme, la stabilité de ces deux entités est mise à mal. La fonction contenante est défaillante, l'appareil psychique n'est plus capable de contenir les excitations. A travers les conduites addictives, le sujet tente de contenir les débordements du psychisme et de soulager une tension interne. Ainsi l'objet d'addiction sert de protection contre l'effondrement psychique. Par le recours aux produits, le sujet addict tenterait donc de combler les failles de son enveloppe ou de reconstruire une nouvelle enveloppe corporelle plus contenante.

Ainsi, ces patients vont se construire une « carapace musculaire » (S. Robert-Ouvray, 2004) par le biais d'une hypertonie générale dans le but de se protéger des stimuli externes.

La consommation massive d'alcool modifie directement le schéma corporel, en transformant les sensations et les perceptions de l'individu, et bouleverse de fait l'image du corps : « *L'unité du corps perçu est défaite lors de consommation de substance psychoactive, la perception et la projection du monde ne peuvent maintenir sa cohésion.* » (Sami Ali, 2012). Le sujet ESPT addict évolue après le traumatisme autour de ce lien fusionnel à la boisson amenant à la construction d'une « identité addictive » chez un sujet en perte de repères.

L'alcool permet ainsi de compenser les blessures narcissiques résultant du traumatisme. Les conduites addictives permettent de soutenir une image du corps défaillante. Cependant, en l'absence du produit, l'estime de soi diminue peu à peu puisque le sujet se construit autour de l'objet et prennent alors place une détresse profonde et un sentiment d'impuissance, contrastant avec le sentiment de toute puissance amenée par l'alcool. C'est un « *corps désormais étranger [...] un corps déshabité, non investi, incapable de se vivre en relation avec les autres corps* » (Paola Desfourneaux, 2008).

Aborder la thérapie de façon psychocorporelle peut être une façon de retrouver une forme de cohésion entre la psyché et le corps. La prise en soin en psychomotricité va donc tendre à réinvestir un corps « étranger » par le biais d'éprouvés corporels. En proposant un espace de portage et d'étayage, le psychomotricien va amener le patient à ré-explore ses limites et à recréer du lien entre l'émotion, la sensation et les représentations.

PARTIE 3 : APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITÉ

1. Définition de la psychomotricité

Selon l'article 1 du décret de compétence édité en 1988, le psychomotricien est habilité à agir en faveur d'une « *rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants [...] : trouble de la régulation tonique, troubles tonico-émotionnels* ».

Il peut également contribuer « *par des techniques d'approche corporelle, au traitement [...] des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.* ».

En 1960, Julian AJURIAGUERRA définit les troubles psychomoteurs et élabore des bilans pour les évaluer ainsi que des séances visant à les rééduquer. Il propose cette définition dans le Manuel de Psychiatrie Infantile :

1. « *Les syndromes psychomoteurs ne répondent pas à une lésion en foyer donnant des syndromes neurologiques classiques ;*
2. *Ils sont plus ou moins automatiques, plus ou moins motivés, plus ou moins subis, plus ou moins voulus ;*
3. *Liés aux affects, mais attachés au soma par leur fluence à travers la voie finale commune, ils ne présentent pas pour cela uniquement des caractéristiques de dérèglements d'un système défini ;*
4. *Persistants ou labiles dans leur forme, mais variables dans leurs expressions ; ils restent, chez un même sujet, intimement liés aux afférences et aux situations*
5. *Ils ont souvent un caractère expressionnel caricatural et gardent des caractères primitifs quoique modifiés par l'évolution ultérieure, qui les rapprochent, de phases primitives de contact ou de répulsions, de passivité ou d'agression. Parfois ils n'ont même plus la forme du mouvement primaire mais seulement la valeur de symbole. »*

C'est sur le plan de la régulation tonique et tonico-émotionnel que le psychomotricien va intervenir auprès du public militaire ESPT présentant une addiction.

Le lien entre l'état corporel et les émotions a amené à décrire les troubles psychomoteurs comme « *des perturbations de l'équilibre psychocorporel, ne répondant pas à une atteinte neurologique unique et exprimant une souffrance psychique* »(Ajuriaguerra, 1960). Le décret de compétences énonce que le professionnel est en capacité de prendre en soin la rééducation des troubles tonico-émotionnels.

Comme abordé précédemment, l'afflux d'affects lors de l'événement potentiellement traumatique va amener à une recherche d'évitement de ceux-ci. L'expression de l'émotion est bloquée et les images insupportables ne peuvent amener à des représentations. Le lien qui unit la triade sensation-émotion-représentation est rompu et cette rupture est renforcée par la conduite addictive.

La psychomotricité, en tant que thérapie à médiation corporelle, va tendre à réinvestir cette boucle afin de ramener le sujet dans un lien à lui-même, à ses émotions et ressentis en axant notamment les prises en soins sur la carapace tonique qui s'est construite au fur et à mesure. La décision de la prise en soin va se réfléchir, et se construire autour d'un projet thérapeutique. Plusieurs paramètres sont à prendre en compte.

2. Le cadre de la prise en charge

Afin de décider d'une prise en charge en psychomotricité, plusieurs temps sont nécessaires : la demande, l'entretien, le bilan, les observations cliniques et, en institution, l'avis de l'équipe pluridisciplinaire.

2.1. La rencontre

Pour Eric BOUCHE : *"la psychomotricité s'exerce sur prescription médicale. Il ne suffit pas qu'elle soit prescrite par un médecin pour prétendre être opérante. Encore faut-il qu'elle vienne à l'idée du patient, c'est-à-dire qu'elle s'élabore par une demande, se soutienne d'une alliance thérapeutique pour construire son projet et espérer être menée à bien."*

Lors de la rencontre, le psychomotricien va réaliser l'anamnèse du patient, retracer l'histoire de celui-ci et les symptômes qui l'amènent à consulter. Il se renseigne sur l'histoire de vie et sur l'origine de la demande. Il interroge ses ressources, ses habitudes, sa problématique, ses symptômes, etc.

Dans le cadre de mon stage au sein de l'HIA, cet entretien exploratoire tient lieu de bilan psychomoteur et permet par la suite de cibler les axes thérapeutiques d'une prise en soin future.

Le psychomotricien se doit de considérer le rapport du patient à ses symptômes. Contribuent-ils à l'équilibre du sujet ? Quels bénéfices secondaires en retire-t-il ? Que pourrait engendrer une disparition de ces symptômes ?

Toutes ces questions ont pour but de connaître le patient et participent à la mise en place de l'alliance thérapeutique, primordiale en psychomotricité. Cette notion désigne un lien de confiance réciproque, de collaboration, un contrat symbolique qui s'établit entre le patient et le thérapeute. Il est nécessaire que le patient comprenne les enjeux d'une prise en charge et qu'il se les approprie afin d'en devenir acteur. Elle participe au bon maintien du cadre thérapeutique.

2.2. Le cadre thérapeutique

Catherine POTEL définit le cadre thérapeutique comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2020). Il se décompose en deux entités, le cadre physique et le cadre psychique.

2.2.1. Un cadre physique qui soutient un cadre psychique

La permanence du cadre physique est primordiale, c'est ce qui va donner une contenance corporelle. L'espace, tout d'abord doit être sécurisant : la séance doit avoir lieu au même endroit, dans la même salle. Les notions spatiales vont de pair avec les notions temporelles et la permanence de celles-ci va s'articuler autour d'une régularité de fréquence, un horaire fixe et une durée de séance invariable.

Ces paramètres physiques vont permettre de sécuriser le patient. Ils s'articulent avec le cadre psychique, basé sur des postulats théoriques.

WINNICOTT parle de « setting » qui est un ensemble de règles variables à définir et limiter. C'est pour lui, une application de son concept de holding : c'est la façon dont l'enfant est porté, tenu, contenu... ; tout ceci va permettre à l'enfant de prendre confiance en lui. Le holding est à la base du dialogue tonico-émotionnel. Ce « setting » est à opposer du « frame » qui lui est un cadre invariable.

ANZIEU compare le cadre à un « contenant maternel », une enveloppe protectrice qui a le rôle d'une seconde peau psychique où les pensées du sujet peuvent se déployer. Les éléments pulsionnels du sujet vont être limités dans le temps et l'espace et n'auront pas le même sens dans un autre endroit.

LAPLANCHE le compare à une membrane à double paroi ou double limite. La première paroi est face aux conditions de la réalité extérieure, l'autre paroi est tournée vers le monde psychique interne avec ses exigences pulsionnelles.

La psychomotricité ne suit pas un protocole défini en amont. Elle va s'articuler au sein d'un cadre délimité et défini qui sera alimenté par notre sensibilité et de notre façon de travailler. La disponibilité du psychomotricien est primordiale puisqu'elle va lui permettre de s'adapter au patient et ses ressentis à un instant donné. Ainsi chaque séance est unique.

Les mots de BALLOUAR, psychomotricien, permettent de définir cette notion clé et centrale en psychomotricité : « *un cadre contenant est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître.* ».

2.2.2. Rôles de ce cadre thérapeutique

Les fonctions du cadre thérapeutique sont multiples :

- Fonction de pare-excitation : qui va filtrer les excitations trop fortes.
- Fonction contenante : se basant sur l'idée de holding et de contenance, cela permet d'intégrer des repères simples et stables.
- Fonction de miroir : qui renvoie une image positive.
- Fonction d'étanchéité : c'est un endroit suffisamment sécurisant et confidentiel où tout ce qui est dit et fait sera tenu secret.
- Fonction d'intégrations corporelles internes : les repérages temporels sont des indicateurs de rythmes, de rythmicité, de la perception des durées, qui sont avant tout des intégrations corporelles internes. Cela va permettre de délimiter la séparation entre un dedans et un dehors, un avant et un après, et donc, par extension, la distinction Moi / Non Moi. Pour KAES, le cadre assure cette distinction Moi / Non Moi, qui permet la constitution d'une intériorité et d'une extériorité corporelle et psychique. Il permet de consolider les limites et d'en vérifier la solidité afin de s'appuyer dessus : « *la limite définit la dimension imaginaire du perçu et le restitue du côté de l'interne* ».
- Rôle de sécurité : les règles énoncées sont là pour garantir la sécurité du patient et du psychomotricien.
- Rôle de limite : les règles constituent un principe de réalité. Le Moi s'organise en se confrontant aux interdits.

- Fonction séparante pour BLEANDONU car le cadre permet une frontière entre le lieu thérapeutique et le lieu de vie.
- Rôle de symbolisation : c'est la fonction de liaison pour BLEANDONU. Le cadre doit permettre de trouver d'autres moyens pour s'exprimer que le passage à l'acte et/ou l'agir ; c'est en outre la sublimation des pulsions qui permet l'acte de création.

Tous ces aspects du cadre thérapeutique font que le patient et le psychomotricien peuvent être dans une dynamique thérapeutique. Cette sécurité permet au patient d'être rassuré, lui permettant ainsi d'exprimer au mieux ses potentialités.

2.3. Prise en soin individuelle

En psychomotricité comme dans la vie de tous les jours, il ne se joue pas la même chose dans une relation à deux ou dans le cadre d'un groupe. Il est important d'appréhender ce qui peut se jouer dans chacun des cas, afin de pouvoir orienter un patient avec son histoire et sa pathologie, vers une prise en charge individuelle et/ou collective.

Dans une prise en soin individuelle, le psychomotricien va jouer sur un renforcement de l'identité, une revalorisation ainsi qu'une renarcissisation. Dans le cas de patient militaire ESPT, cette notion de revalorisation est primordiale. L'événement traumatique va fracturer l'image que le sujet a de lui-même, c'est pourquoi le psychomotricien a un rôle clé dans cette dimension narcissique.

La communication va être majeure dans une relation duelle. Le patient a la possibilité d'agir sans jugement de la part de l'autre dans un cadre thérapeutique de confiance. Le psychomotricien se doit quant à lui d'être impliqué corporellement et psychiquement. Il doit porter son attention tant sur la communication verbale que non-verbale.

Certains patients ne peuvent pas poser de mots sur leur état interne mais leur corporéité va parler pour eux. Le professionnel va ainsi accueillir ce mal-être et apaiser les angoisses par sa bienveillance et son ouverture.

2.3.1. Présentation médiation relaxation

Le lien entre les émotions et le tonus est physiologiquement prouvé. En effet, les émotions s'expriment dans le corps par le biais de modifications toniques. La relaxation est un moyen de prise de conscience du corps et de son état tonique et de ce fait constitue un médiateur particulièrement utilisé en psychomotricité notamment dans les prises en charges avec les adultes.

DE BOUSINGEN (1928, 1989) donne une définition : « *les méthodes de relaxation sont des conduits thérapeutiques, rééducatifs ou éducatifs, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique.* ».

C'est par des éprouvés corporels que le patient va arriver à une détente physique puis psychique. Le but est de réduire le niveau d'irritabilité, d'anxiété ou de stress général. La relaxation est ainsi une médiation privilégiée dans le cas d'état de stress post-traumatique.

Finalement, la relaxation va agir sur plusieurs dimensions. Tout d'abord au niveau du corps avec une décontraction musculaire, un ralentissement des fonctions cardio-respiratoires, une meilleure conscience du schéma corporel et une réconciliation avec l'image corporelle, ainsi qu'une amélioration du sommeil.

Elle va également agir au niveau du psychisme et des émotions. Cela va permettre une diminution du stress et de l'anxiété ainsi qu'une diminution de la charge émotionnelle dans les relations. Par son action sur le corporel, la relaxation amène à une prise de conscience de soi, de ses peurs et une amélioration de la confiance en soi.

Je fais le choix ici de développer la méthode de relaxation progressive (dite Méthode Jacobson) du fait de sa pertinence dans la gestion émotionnelle.

2.3.2. La méthode de relaxation Jacobson

La méthode Jacobson a été élaborée par Edmund JACOBSON, médecin américain né à la fin du XIXe siècle (1888) et décédé en 1983 à Chicago

Les études de Jacobson s'intéressent à la relation entre émotion et degré de tension musculaire. Il remarque qu'un sursaut involontaire (dû à un bruit inopiné par exemple) sera d'autant plus important que l'individu serait dans un état de tension alors qu'à l'inverse il le sera beaucoup moins si l'individu est dans un état de relaxation.

Après avoir démontré objectivement avec des appareils de mesure la corrélation entre les phénomènes psycho-émotionnels et musculaires, JACOBSON élabore une méthode de relaxation fondée exclusivement sur la décontraction musculaire.

Le but est d'arriver à la détente psychique en agissant sur les tensions musculaires et en faisant baisser au maximum le tonus musculaire. C'est une méthode dite de relaxation active puisque c'est l'individu qui va produire cette décontraction.

La technique consiste à tendre et à relâcher 16 groupes de muscles : ils se situent au niveau des membres inférieurs, supérieurs, du tronc et du visage. Le patient va mettre en tension la zone donnée durant environ 10 secondes et de la relâcher subitement. Après avoir relâché, un temps de 15 à 20 secondes permet de distinguer la sensation du muscle détendu en comparaison avec la sensation de tension précédente et ainsi de suite.

2.3.3. Indication et pertinence

Elle est particulièrement indiquée en médecine de rééducation dans l'objectif de reprendre le mouvement tout en prenant finement conscience de ce qui se passe dans le corps en décomposant chaque geste.

Elle entre pleinement dans un parcours de soin qui comprend un réinvestissement de son corps lorsque celui-ci a été blessé ou endommagé. Elle permet de « *reconnaître les tensions spécifiques, induire l'extinction de conditionnements posturaux inutiles, favoriser l'économie du corps* » (Jacobson, 1929).

La méthode Jacobson peut être également proposée à des patients extrêmement tendus, comme c'est le cas pour les militaires ESPT rencontrés, qui ne perçoivent pas les tensions de leur corps. Mettre en tension certaines régions de son corps selon le protocole, permet, dans un premier temps de percevoir les tensions et dans un deuxième temps de laisser venir une certaine détente. Celle-ci, avec l'entraînement, sera de plus en plus importante.

Dans certains cas, la méthode de Jacobson se suffit à elle-même, dans d'autres, elle ouvre la porte à d'autres méthodes, telles que le training autogène de Schultz, la sophrologie ou l'hypnose.

2.4. Prise en soin groupale

L'espace de groupe présente une dimension thérapeutique très spécifique : il délimite un intérieur et un extérieur mettant en rapport l'intersubjectif et la réalité du groupe de travail. Mais le groupe peut aussi être considéré comme un appareil de transformation : d'après KAES, il contient, désintoxique et transforme les contenus bruts, un peu comme l'appareil à penser les pensées de BION.

Lors de la mise en place d'un groupe, le projet doit être écrit avec certains critères : âge, nombre, fréquence, durée, lieu, indications, objectifs, éléments du cadre, limites, interdits, règles de vie ensemble et définir si c'est un groupe ouvert ou fermé.

« *Un groupe dilue les phénomènes transférentiels, favorise les transferts latéraux, diversifie les figures identificatoires et relance les relations* » Patrick BLOISSIER.

Le groupe présente plusieurs intérêts. Tout d'abord, l'aspect de socialisation entre en jeu. Cela structure l'individu par son rapport avec les autres et le prépare à la vie quotidienne en société. Le sujet va mettre en place des stratégies d'adaptation dans le groupe qu'il pourra réutiliser ensuite. De plus, le patient ESPT est généralement isolé et le fait de pouvoir être au milieu de personnes ayant vécu les mêmes drames va lui permettre une forme de revalorisation.

"Ça me fait du bien d'être ici. Déjà, je vois des gens et en plus on a vécu les mêmes choses. Ce sont des frères d'armes, on se comprend, ils savent ce que ça fait » -
Monsieur C

La dynamique du groupe peut aussi avoir une fonction rassurante chez des patients pour qui la relation duelle est difficile. Certains patients s'exprimeront plus facilement au sein d'un groupe que dans le cadre d'une prise en charge individuelle où le regard du thérapeute est fixé sur eux. La dynamique de groupe peut aussi donner lieu à plus de créativité, de richesse.

En groupe, les autres participants constituent un miroir. Le cadre de l'atelier devra alors être particulièrement clair et contenant afin de ne pas laisser place à un débordement d'excitation.

Le groupe va proposer un espace où chaque membre va être en relation avec le thérapeute mais également avec les autres. Chacun exprime quelque chose de soi dans sa rencontre avec les autres.

Le travail en groupe peut également permettre un travail en duo avec un autre thérapeute, exerçant une profession différente comme un psychologue par exemple. Ce croisement de regard, de méthode, peut être intéressant pour les patients, comme pour les soignants : avec 2 thérapeutes, est introduit chez les patients l'idée d'un couple thérapeutique.

L'Hôpital d'Instruction des Armées dans lequel j'effectue mon stage propose notamment un groupe de médiation créative autour de chansons, animé par le psychomotricien et l'ergothérapeute du service. Il a lieu une fois par semaine en complément des suivis individuels et du groupe de parole animé par le psychologue du service.

Il est proposé durant ce temps d'écouter une chanson choisie par les thérapeutes. Les choix se portent sur des chansons à texte et des musiques dans lesquelles les patients peuvent s'identifier et faire appel à l'expression de leurs propres ressentis. La chanson est reconnue comme étant un médiateur privilégié pour avoir accès aux émotions, aux souvenirs et ainsi autoriser l'expression des éprouvés dans une médiation créative. Après un temps de parole, il est proposé aux patients de dessiner, afin d'exprimer un ressenti ou un état émotionnel.

A travers ces différents apports théoriques et réflexions, nous pouvons voir la complexité du trouble de stress post-traumatique et les mécanismes mis en jeu. L'étayage qu'offre la psychomotricité peut permettre à ces patients de renouer des liens, tout d'abord avec leurs ressentis, puis leurs émotions, puis finalement avec leur passé et donc eux-mêmes.

Afin d'illustrer l'ensemble de ma réflexion, nous allons étudier l'histoire de M.T.

3. Présentation de l'étude de cas

Je rencontre M.T, le 22 janvier 2021, lors d'un entretien individuel. La première rencontre, indiquée par le psychiatre, a pour but de réaliser l'anamnèse du patient et de réfléchir à un cadre de prise en charge et d'étayage en psychomotricité. Nous nous revoyons la semaine suivante pour compléter l'anamnèse.

La présentation de l'anamnèse de M.T se fera de façon catégorielle : la sphère familiale, la sphère professionnelle et la sphère de la santé psychique.

Sphère familiale

M.T naît en 1970. Ses parents se séparent lorsqu'il a trois ans, il n'a presque pas connu son père qui meurt d'un cancer à ses dix ans. Il a un frère de deux ans son aîné. Sa mère, du fait d'une escroquerie, se retrouve endettée et son frère se porte garant pour recouvrir les dettes. Mais il y a 16 ans celui-ci porte plainte contre sa mère et depuis il n'y a plus de contacts entre les 2 frères.

Il rencontre son épouse, puis devient père en 2004. Deux ans plus tard, celle-ci le quitte soudainement pour quelqu'un d'autre. S'ensuit un divorce en 2007. En 2009, il rencontre sa seconde épouse, avec qui il a deux filles (en 2010 et en 2011). Le couple se sépare en Juillet 2019, en bon terme et ils continuent de s'entraider mutuellement.

M.T n'a pas de contacts avec sa première épouse et très peu avec sa première fille. Sa mère et sa seconde épouse sont des personnes ressources pour lui. M.T.

Sphère professionnelle :

Au niveau scolaire, c'est un enfant assez turbulent à l'école. Sa mère décide alors de les placer lui et son frère dans un pensionnat durant cinq ans. A 21 ans, il obtient un CAP/BEP de menuiserie. Par la suite, il effectue son service militaire chez les Forces Françaises en Allemagne (FFA) puis travaille dans un supermarché.

C'est en 1997 qu'il s'engage dans le service d'essence des armées. En 2001, il vit un premier événement traumatique au Kosovo. Il est spectateur d'un accident de camion. Celui-ci le frôle et M.T se charge de sortir les blessés à l'intérieur du véhicule. En rentrant à la base, il est victime d'une hallucination et voit les têtes de ses collègues ensanglantées.

En 2004, il vit un second événement traumatique. A Bouaké, en Côte d'Ivoire, la base subit une attaque qui fait neuf morts et une quarantaine de blessés. Durant cette mission, M.T travaille à l'héliport. Un jour, un hélicoptère rapatrie deux de ses proches qui sont gravement blessés et le corps d'un de ses amis.

Par la suite, il part en 2011 en Polynésie durant 2 ans avec sa femme et ses filles. Là, il apprécie son poste malgré la charge de travail qui complique les relations avec son épouse. Au retour en 2013, il dispense des formations sur des sessions de quinze jours. Il vit difficilement l'éloignement avec sa famille. M.T est ensuite muté en 2014, sur un poste où il est chargé du niveau de pleins des avions, poste où il se sent particulièrement bien.

En 2018, il est de nouveau muté sur un poste fixe en bureau qui ne lui plaît pas. Après sa séparation en 2019, il vit en caserne. Juste avant son hospitalisation de janvier 2021, il commence à louer un nouvel appartement et va donc devoir déménager à sa sortie.

Santé psychique :

Depuis 2007, au départ de sa première épouse, M.T commence à boire tous les soirs avec trois ou quatre militaires divorcés. Cette habitude perdue par la suite et une addiction à l'alcool s'installe.

Par la suite, sa deuxième épouse souhaite qu'il diminue sa consommation et elle « *le coupe de ses amis car c'est avec eux [qu'il] boit* ». Il est alors suivi par un addictologue en 2016 ce qui a pour effet de modifier ses pratiques de consommation : il cache des bières et en boit plusieurs dans un intervalle de temps court.

Au départ de sa seconde épouse, il commence à vivre en caserne et boit de nouveau tous les soirs puis commence à rentrer chez lui le midi pour pouvoir consommer.

Il fait une tentative de suicide en Juin 2020 et est hospitalisé à l'Hôpital d'Instruction des armées en Août pour une durée d'un mois. En sortant, il passe du temps chez son ex-femme puis chez sa mère. Lorsqu'un mois plus tard, il revient à la caserne, il subit un stress important et se tourne de nouveau vers l'alcool mais cette fois vers des alcools forts.

En décembre, il boit avant de se rendre à l'anniversaire de sa fille. Il prend la voiture et a un accident. Le tribunal prononce une suspension de permis.

M.T peut dire que l'alcool lui permet de ne pas penser. Lorsque quelque chose ne va pas, il « *se sert de l'alcool pour s'apaiser et se cacher derrière* ».

Concernant les symptômes traumatiques, M.T évite de sortir car il ne supporte pas la foule. Il partage que depuis les attentats en France, « *la menace peut être partout* ». Ainsi dès qu'il est à l'extérieur il présente une hypervigilance et se décrit comme étant toujours à l'affût.

Le sommeil, aidé par son traitement médicamenteux, est plutôt bon même s'il dort peu car ne ressent pas le besoin d'aller dormir. Il rêve d'autres choses que du traumatisme, témoignant alors de son possible accès à une symbolisation et à un imaginaire.

Lorsque je lui demande comment il se sent par rapport à la relation qu'il entretient avec sa fille aînée, il me répond que « *ça l'embête un peu mais que c'est le cycle de sa vie : il n'a pas de contacts avec son frère, avec sa fille, avec ses anciens amis* ». Il exprime un sentiment d'isolement social. Il partage également qu'il n'a envie de rien faire, que rien ne l'attire en particulier à part s'occuper de ses deux plus jeunes filles. Il « *a un mal de vivre* » et « *creuse un trou dont il a du mal à se sortir* ». M.T est fortement déprimé et appréhende sa sortie, notamment le fait de se retrouver seul dans son appartement vide. Il pratiquait ponctuellement du vélo et de la guitare mais a tout arrêté aujourd'hui.

M. T est isolé et ne présente que deux personnes ressources. Lors de l'entretien, il s'assit de manière posée au fond de la chaise. Il parle calmement, d'une voix forte et est présent dans la relation et dans l'échange. Il ne présente pas de manifestations d'anxiété corporelle comme par exemple toucher ses mains ou agiter ses jambes. Cependant il se décrit lui-même comme étant constamment sur le qui-vive et à l'affût. Sa conduite addictive est utilisée dans le but de s'apaiser, se cacher et ne pas penser. Il renvoie une dépression massive.

Au sein du service, M.T rencontre son médecin psychiatre et bénéficie d'un suivi en ergothérapie et en soin de bien-être avec la socio-esthéticienne du service.

Un traitement de fond est prescrit à M.T. Il est constitué d'un antidépresseur (Sertraline®), d'une benzodiazépine (Oxazépam®) pour le sevrage alcoolique et de deux sédatifs (Atarax® et Théralène®).

En ergothérapie, les prises en charge ont pour objectif une renarcissisation et favoriser l'expression des affects. M.T, isolé depuis longtemps, parle peu et a des difficultés à créer un lien à l'autre. La prise en charge s'est donc d'abord orientée sur une prise en charge groupale lui permettant d'avoir son espace personnel mais également d'être dans un lien à l'autre.

Du fait de sa bonne adhésion à la médiation matérielle, il lui a été proposé une prise en charge individuelle. Sur le mur d'un des couloirs du service est présente une grande fresque faite de mots collés par les patients. Le patient choisit un mot unique qui doit représenter ce qu'il vient chercher ou ce qu'il a pu trouver au sein du service et le colle sur le mur lettre par lettre sur un support de liège. Ainsi, l'ergothérapeute travaille avec M.T sur le choix et l'élaboration de ce mot. Il en est ressorti une idée de repaire, de refuge, une épaule, une protection. Finalement, le mot choisi est repaire et l'élaboration matérielle est en cours. Les séances d'ergothérapie visent également à lui permettre d'élaborer, de parler et de développer le versant imaginaire.

S'ajoute à cela la prise en soin de M.T en socio-esthétique qui vise tout d'abord à lui faire découvrir une approche différente dans le soin. Le projet avec M.T s'articule autour d'une revalorisation grâce au fait de prendre soin de soi. Il a commencé la prise en charge avec un désir de « mieux vivre » en écho avec le « mal de vivre » dont il faisait part. Finalement les séances se sont peu axées sur les soins du corps mais plutôt sur des objectifs extérieurs au service : se remettre au vélo, l'aménagement de l'appartement, la communication avec ses enfants. L'idée est de travailler sur sa confiance en lui. Actuellement, un travail est amorcé sur le plaisir alimentaire, mis de côté durant des années du fait notamment de l'alcoolisation massive.

Le suivi en psychomotricité va permettre d'offrir à un M.T un étayage autour d'éprouvés corporels. La méthode de relaxation Jacobson semble particulièrement indiquée pour ce patient car lui permettrait d'être dans une démarche active. En effet, comme développé précédemment, cette relaxation est induite par la contraction volontaire d'un groupe musculaire, permettant ainsi une forme de revalorisation. De plus, les contractions vont induire un éprouvé corporel visant à réinvestir un corps délaissé et abîmé par l'alcool et retrouver un sentiment d'unicité corporelle. L'objectif est qu'il soit plus à l'écoute de son corps et des émotions qui le traverse. Cette méthode de relaxation apporte également un levier à l'expression. Le temps de verbalisation permet un espace où le patient va pouvoir parler de ce qui le traverse.

La régularité des séances va permettre de créer un lien thérapeutique qui perdure dans le temps et sur lequel il va pouvoir s'appuyer pour avancer.

Prise en charge en psychomotricité :

Le 12 janvier 2021, je vois M.T dans le cadre d'une séance en psychomotricité. Durant le premier temps de discussion, M.T est présent dans la relation, me parle assez facilement et sourit. Nous parlons brièvement de sa semaine et de ses rêves.

Je propose un temps de cohérence cardiaque pour poursuivre. Ce temps-là de début va se ritualiser et participer au cadre de la séance. La cohérence cardiaque est un état atteint lorsque les battements cardiaques et la respiration se synchronisent. Pour cela, le sujet va effectuer six cycles de respiration durant cinq minutes. Des études ont montré qu'en plus d'apaiser instantanément celui qui le pratique, cet outil permet de diminuer la production de cortisol (hormone de stress) et est protecteur contre les maladies cardio-vasculaires.

Le temps suivant s'articule autour d'un massage avec deux balles de différentes tailles. L'intérêt est de travailler sur l'enveloppe corporelle et psychique, mises à mal lors de conduites addictives et de psychotraumatismes. Au-delà de l'axe des sensations, ce médiateur permet d'accéder à une forme de détente.

Durant le temps de verbalisation, M.T explique que lors de la cohérence cardiaque, il a « *ressenti une sensation* » qu'il ne saurait pas expliquer autrement mais qu'il associe à un apaisement. Il n'avait jamais fait d'exercice de respiration et trouve l'outil intéressant. On note ici que M.T a du mal à poser des mots sur un ressenti, sur une sensation qui provient de son corps, son discours est assez pauvre. Il juge comme agréable le passage des balles et se sent apaisé.

Par la suite, nous abordons sa sortie. Il appréhende d'une part le retour au travail et d'autre part de se retrouver dans son nouvel appartement, seul.

M. T est investi dans la séance. Il présente un bon contact, parle fort, est apaisé et calme. Il est présent dans la relation et son attitude est adaptée, il n'a pas le regard fuyant. Il ressent une forme d'anticipation par rapport à l' « après hospitalisation ».

Cette première séance a permis d'amorcer une alliance thérapeutique, un lien autour d'un médiateur (les balles) permettant un support à la relation.

Les prises en charge se poursuivent durant sept semaines en consultation externe à raison d'une fois par semaine. Les séances gardent le même déroulé : un premier temps d'échange, un moment de cohérence cardiaque avant de mettre en place une relaxation et enfin un temps de verbalisation des émotions et ressentis. Ce cadre relativement fixe permet à M.T d'avoir un milieu sécurisé et rassurant et participe à l'établissement et la pérennisation d'un lien nécessaire à toute prise en charge.

Durant les temps d'échanges au début des séances, M.T reste particulièrement dans le factuel et peu dans le ressenti. Il rentre dans le détail de ses actions sans que cela apporte un intérêt à l'histoire générale. Parler de ce qu'il fait de façon aussi précise lui permet de ne pas penser à ce qu'il vit et traverse.

C'est au moment où l'aménagement de son appartement est quasiment terminé que des réflexions plus personnelles surviennent et laissent entrevoir une certaine solitude. Il me dit pourtant se convenir de cette situation, n'est pas sûr d'avoir envie de rencontrer d'autres personnes mais paradoxalement il s'inscrit sur une application pour rencontrer ses voisins et pense à faire du bénévolat ou s'inscrire dans un club.

M.T s'approprie l'outil qu'est la cohérence cardiaque et l'utilise durant la semaine à l'extérieur. Il se pose de plus en plus. Ce temps-là permet après le temps de parole de se poser et d'avoir une démarche active puisque l'état d'apaisement va être produit par lui-même et non pas par l'induction d'un thérapeute. Cette pratique participe à une revalorisation et une individuation qui se perd lors de conduite addictive.

Par la suite, j'introduis la relaxation type Jacobson dans la séance de M.T. Dans les premières séances, il a du mal à se poser et pose beaucoup de questions. Il est dans une quête de « bien faire », de réussir. Au début de ces propositions, la mise en tension des muscles induit des tremblements importants qui peuvent être expliqués par l'absence d'alcool. Au fur et à mesure de l'avancée dans le temps, le sevrage se poursuit et les tremblements diminuent nettement.

Après le temps de relaxation Jacobson, je laisse quelques minutes de silence puis j'induis un réveil. Lors de ses retours, M.T reste de nouveau exclusivement dans le factuel. Il cherche à faire ce que l'Autre attend de lui : « *j'ai réussi à faire ça* », « *là, ça n'a pas marché, je l'ai mal fait je crois* ». Il n'aborde pas les pensées qui ont pu traverser son esprit durant le temps de silence laissé à la fin de la relaxation

Au fur et à mesure de l'installation d'une alliance thérapeutique, de la mise en place d'un lien, la carapace de M.T s'ouvre peu à peu, lui permettant de se détacher du factuel. Il commence à être plus à l'écoute de lui-même et peut percevoir des différences de ressentis et de sensation qu'il peut décrire. Il aborde ses pensées petit à petit : « *je discerne deux ronds blancs, qui me regardent, comme des yeux. Mais c'est bizarre.* » Au fil des séances, il associe ces deux « yeux » à un regard animal, un félin qui le regarde mais qu'il n'associe pour l'instant à rien de connu. Cette image témoigne d'une imagination et d'une vie fantasmatique. Il a accès à une forme de pensée non inscrite dans le réel, ce qui est témoin de ressources internes. En effet, comme abordé précédemment, le trauma et les conduites addictives peuvent annihiler toute forme de rêveries et d'imaginaire.

De plus, il me semble pertinent d'ajouter que lors d'un rendez-vous pour les démarches concernant son permis avec une psychologue, M.T a pu exposer avec une grande lucidité son trouble. Il a pu évoquer son métier de militaire et qu'à la suite d'événements traumatiques un ESPT s'est installé. Il explique que suite à ça il s'est alors tourné vers l'alcool, ce qui lui a coûté le permis.

Concernant sa consommation d'alcool, le sevrage. M.T dit absorber en grande quantité du thé et de tisanes. On peut penser que cette conduite vise à compenser le vide laissé par l'alcool. Durant une séance, il me partage qu'il n'a plus l'envie de boire. Lorsqu'il est au supermarché, il ne s'arrête pas au niveau du rayon. Cependant, M.T partage qu'il ne ressent pas particulièrement de fierté à ce sevrage, qu'il « *ne s'en rend pas vraiment compte* » et qu'il « *ne voit pas les changements que l'abstinence a apporté* » .

C'est lorsque sa seconde ex-femme le félicite pour sa démarche et lui partage sa fierté que ça lui fait plaisir. Au fur et à mesure de la discussion, il peut dire qu'avec le recul il se rend compte que l'alcool augmentait ses cauchemars.

Il peut également dire qu'il est moins irascible aujourd'hui et il se rend compte que quand il buvait « *pour la moindre chose je m'énervais et je criais partout.* ». On peut voir ici l'importance de la verbalisation. Replacer ses dires dans un contexte, le faire historiciser permet à M.T de se rendre compte de certains changements, notamment par rapport à l'alcool. L'alliance thérapeutique permet à M.T de partager son histoire et ses ressentis et ainsi de le faire avancer.

Aujourd'hui au niveau du sommeil, M.T ne fait plus autant de cauchemars mais des rêves qu'il qualifie de « bizarres ». Le fait qu'il parle en dormant, le réveille dans la nuit. Il ne ressent pas le besoin d'aller dormir et me dit que s'il s'écoutait il n'irait pas se coucher. L'écoute de son corps, sur les sensations de fatigue notamment, reste encore difficile.

La dernière séance avec M.T se fait durant sa nouvelle hospitalisation de trois semaines. Il semble assez fatigué et parle moins que les fois précédentes durant le temps de prise de contact. Après un retour rapide sur les sensations corporelles, M.T me partage que durant le temps de silence, avant l'induction du réveil, des moments de vie ressurgissent. Il essaye de faire le vide, de ne penser à rien mais cela est difficile. A chaque pensée qui vient, il tente de ne pas penser au négatif et d'orienter ses pensées vers du positif. Cette démarche active et cette volonté reflètent les ressources internes de M.T.

Finalement, à la suite de son hospitalisation en Janvier, M.T a su faire perdurer le dispositif mis en place. Il a accueilli le nouvel appartement et l'aménagement comme un « nouveau départ ». Il est lucide concernant ses troubles et son état et est dans une optique d'aller mieux et se sentir mieux. Il s'est saisi des propositions durant les séances et plus généralement il s'est approprié le dispositif de consultation externe proposé par l'hôpital, permettant ainsi de faire perdurer un lien.

La prise en charge de M.T est pluridisciplinaire. Les objectifs des différents thérapeutes s'entrecroisent et visent une revalorisation, une renarcissisation et un travail sur la confiance en soi par différents moyens. La spécificité de chaque corps de métier permet de proposer différentes approches et une prise en charge globale de M.T.

M.T est de plus en plus à l'écoute de lui-même et est capable de s'ouvrir et de partager son état interne. Son imaginaire semble se développer de plus en plus, renforcé par l'absence de consommation. Petit à petit, il commence à aborder les différents événements traumatiques de façon parcellaire. Il participe aujourd'hui au groupe de médiation créative lorsqu'il est en hospitalisation. Il affirme sa place et peut s'exprimer et partager ses perceptions.

Physiquement, il commence à prendre soin de son apparence et semble prêt à rencontrer de nouvelles personnes, ce qui témoigne d'une avancée positive sur son ESPT. L'équilibre de M.T reste encore fragile car il est rarement tout seul dans son appartement du fait des visites régulières de sa mère et de son ex-femme. Il est important de maintenir un lien étroit concernant les prises en charge afin de prévenir au mieux une rechute potentielle.

La prise en soin de M.T va perdurer en psychomotricité avec moi en consultation externe jusqu'à la fin de mon stage, fin mai. Par la suite, mon maître de stage deviendra son psychomotricien, proposant ainsi un nouveau cadre et un nouvel étayage. Nous commençons à aborder la fin de la prise en charge en psychomotricité avec moi et parlons de l'après, de projets, de la façon dont il voit son avenir.

L'étude du cas de M.T est intéressante car elle illustre l'importance de considérer la personne dans sa globalité lors d'une prise en charge. Elle permet également de mettre en valeur l'importance du travail pluridisciplinaire au sein d'une équipe et la complémentarité des différents corps de métier dans la prise en charge d'un trouble aux multiples facettes.

M.T a été le premier patient que j'ai pu suivre en consultation externe, chaque semaine. Cela m'a permis de toucher du doigt l'installation progressive d'une alliance thérapeutique. Il est assez particulier de se dire qu'à la fin de ce stage, nous allons devoir rompre un lien qui s'est installé au fil des semaines, particulièrement avec un patient en demande de bases solides sur lesquelles s'appuyer.

M.T est au début de son parcours de soin, la problématique traumatique commence à s'évoquer doucement. Il est conscient que le chemin à parcourir est encore long mais il est prêt et est en demande d'aller mieux et quitte peu à peu son « mal de vivre ».

Conclusion

La conduite de cette réflexion permet de comprendre cette notion de refuge dans l'addiction à l'alcool, recherchée par le patient ESPT.

La fuite de l'affect et de la pensée conduit le patient à un isolement social et affectif. En s'éloignant de lui-même, il s'éloigne du monde qui l'entoure. En tentant de retrouver une stabilité par l'alcool, le sujet s'enfonce plus loin encore dans le trouble. Le corps est impacté par la blessure psychique que représente le traumatisme.

La psychomotricité offre un étayage au patient pour que celui-ci puisse réinvestir son corps à travers un éprouvé corporel agréable. Les sensations amènent un levier à la verbalisation et à l'expression. Grâce à la prise en soin multidisciplinaire, le patient va pouvoir accéder à une forme de représentation du traumatisme, renouer un lien à lui-même, à ses émotions puis à l'autre.

Finalement, au-delà d'enrichir ma pratique professionnelle, ce stage m'a apporté une certaine humilité face à des personnes souvent bien plus âgées et au destin complètement chamboulé. La confiance qu'ils m'ont accordée m'a permis de me rendre compte de l'importance de l'alliance thérapeutique, particulièrement pour ces patients dont la prise en soin peut être longue.

Enfin, du fait du contexte sanitaire particulier dû à la Covid19, l'évolution dans le service a été particulière. En effet, assister aux réunions de l'équipe soignante n'était pas toujours possible du fait des restrictions de nombre de personnes présentes dans la pièce. Également de par les conditions, je n'ai pas pu mettre en place un groupe thérapeutique par exemple. De plus, porter un masque a posé une barrière à l'expression. La bouche est vectrice d'émotions : un sourire, une grimace, tant de signaux non-verbaux qui permettent d'orienter le ressenti d'un patient sur une situation. Le masque augmente la distance avec l'expression déjà si difficile pour ces patients.

« Je sais que je ne vais jamais oublier. Je veux juste apprendre à vivre avec, et arrêter de me détruire à boire autant. J'en peux plus, je ne me supporte plus » -

Madame R

Table des matières

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	4
1. DU TRAUMA A L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	4
1.1. UN TRAUMATISME MULTIDIMENSIONNEL	4
1.1.1. Approche psychodynamique	4
1.1.2. Approche psychanalytique	6
1.1.2.1. L'apport de Freud (1856-1939)	7
1.1.2.2. Le « traumatisme réel » de Ferenczi (1873-1933)	8
1.1.2.3. La clinique de l'effroi par Lebigot	8
1.1.3. Conceptions biologiques du stress	13
1.1.3.1. Syndrome Général d'Adaptation de Selye	13
1.1.3.2. Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman	15
1.1.3.3. Neurobiologie	15
1.1.4. Traitements médicamenteux	17
1.1.5. Approches comportementaliste et cognitive	18
1.1.5.1. Approche comportementaliste (modèle de Mowrer)	18
1.1.5.2. Approche cognitive	19
1.1.5.2.1. Modèle HOROWITZ (1989)	19
1.1.5.2.2. Modèle de FOA <i>et al</i> (1989)	19
1.1.5.2.3. Modèle de JONES et BARLOW (1992)	20
1.2. EVOLUTION DES CLASSIFICATIONS NOSOLOGIQUES	20
1.2.1. Événement traumatique	21
1.2.2. Trouble de stress post-traumatique aigu	22
1.2.3. Trouble de stress post-traumatique chronique	22
1.3. LES SYMPTOMES	22
1.3.1. Les symptômes de répétition	22
1.3.2. Les conduites d'évitement	23
1.3.3. L'activation neurovégétative	24
1.3.4. Les émotions « négatives »	25
2. RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR	26
2.1. LE RAPPORT AU TEMPS	27
2.2. LE SCHEMA CORPOREL ET L'IMAGE DU CORPS	27
2.3. LE TONUS	29
2.4. LA PLACE DE L'EMOTION	29
3. CONCLUSION	30
PARTIE 2 : CONDUITE ADDICTIVE	32
1. L'ADDICTION	32
1.1. DEFINITION	32
1.2. DIAGNOSTICS ET CLASSIFICATION ACTUELLE	33
	70

1.3. LES PRATIQUES DE CONSOMMATION	34
1.3.1. Définition des pratiques de consommation	34
1.3.2. Rechute et Craving	35
1.4. MECANISMES NEUROBIOLOGIQUES	36
1.5. FACTEURS DE RISQUES	38
1.6. CONCLUSION	39
2. L'ALCOOLISME	40
2.1. CLASSIFICATION DU DSM-5	40
2.2. CONSEQUENCES PSYCHOCORPORELLES SUR L'INDIVIDU	42
2.2.1. Physiques et métaboliques	42
2.2.2. Psychique en lien avec le traumatisme	43
2.2.3. La place du corps	45
PARTIE 3 : APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITÉ	48
1. DEFINITION DE LA PSYCHOMOTRICITE	48
2. LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE	49
2.1. LA RENCONTRE	50
2.2. LE CADRE THERAPEUTIQUE	50
2.2.1. Un cadre physique qui soutient un cadre psychique	51
2.2.2. Rôles de ce cadre thérapeutique	52
2.3. PRISE EN SOIN INDIVIDUELLE	53
2.3.1. Présentation médiation relaxation	54
2.3.2. La méthode de relaxation Jacobson	55
2.3.3. Indication et pertinence	55
2.4. PRISE EN SOIN GROUPELE	56
3. PRESENTATION DE L'ETUDE DE CAS	58
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	72

BIBLIOGRAPHIE

1. Auriacombe, M., Serre, F., & Fatséas, M. (2016). 6. Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 78-83).
2. Baste, N. (2016). 16. La relaxation progressive de E. Jacobson. In *Méthodes de relaxation* (p. 137-147)
3. Bazin, A.-S. (2019). La thérapie de Pleine Conscience : une médiation articulant les espaces psychiques et corporels. Reflet d'une pratique à l'hôpital Marmottan. *Psychotropes*, 25(2-3),
4. Bouchez, A., Clavie, R., & Esmieu, S. (2014). Les interactions entre les différentes composantes du traumatisme psychique et les conduites d'assuétudes. *Psychotropes*, 20(4)
5. Boumendjel, M., & Benyamina, A. (2016). 15. Les « pathologies duelles » en addictologie : État des lieux et prise en charge. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 139-149)
6. Chabrol, H., & Callahan, S. (2018). Chapitre 1. Les mécanismes de défense : Classification, mécanismes matures et névrotiques. In *Mécanismes de défense et coping* (p. 27-64).
7. Daudin, M., & Rondier, J.-P. (2014). Traumatisme de guerre, conduites addictives : Une illustration du concept lacanien de jouissance. *L'information psychiatrique*, 90(6), 471-476.
8. Delile, J.-M., & Couteron, J.-P. (2019). Chapitre 12. Alcool et addiction. In *Addictologie: Vol. 3e éd.* (p. 135-157).
9. Du Penhoat, G. (2016). Outil 10. La cohérence cardiaque. In *La Boîte à outils de la Gestion du Stress* (p. 44-45).

10. Fernandes Pereira, P. (2019). Psychothérapie(s) et addiction(s) : Enveloppes, attachement et relations interpersonnelles. *Psychotropes*, 25(4), 23-41.
11. Gaudriault, P., & Jacquet, M.-M. (2019). Troubles de l'usage de l'alcool et Rorschach : Défaut du Moi corporel et évitement psychique. *Psychotropes*, 25(2-3)
12. INSERM <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiersinformation/addictions>
13. Kédia, M. (2013). 1. Historique de la prise en charge du trauma en psychiatrie. In *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie: Vol. 2e éd.* (p. 1-12).
14. Kédia, M. (2020). 28. Addictions. In *Psychotraumatologie: Vol. 3 e éd.* (p. 291-298).
15. Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2013). *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie. En 49 notions: Vol. 2e éd.*
16. Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : Traumatisme, traumatique, trauma. (2011). *Le Carnet PSY*, 155(6), 41-46.
17. Morel, A. (2015). 23. Psychotraumatismes et addictions. In *Addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 253-263).
18. Pignol, P., & Hirschelmann-Ambrosi, A. (2014). La querelle des névroses : Les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*, 90
19. Pireyre, É. W. (2015). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept.*
20. Potel, C. (2018). Être psychomotricien. Toulouse : ERES

21. Psychotropes. (2019). *Les approches psychocorporelles et les addictions*, 25.
22. Reynaud, M. (2016). 1. Comprendre les addictions : L'état de l'art. In *Traité d'addictologie: Vol. 2e éd.* (p. 1-28).
23. Reynaud, M.-A. (2019). Le travail sur les enveloppes psychocorporelles en psychomotricité chez le sujet addict. *Psychotropes*, 25(2-3), 113-127.
24. Sinanian, A., Pommier, F., Pirlot, G., & Roques, M. (2014). Addictions, évitement et répétition du traumatisme. *Psychothérapies*, 34(3),
25. Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). Chapitre 6. Psychotraumatisme et pathologies addictives. In *Les psychotraumatismes* (p. 119-137).
26. US Department of Veterans Affairs
https://www.ptsd.va.gov/understand/related/problem_alcohol_use.asp