

L'exploration du Lien entre Traumatisme et Addiction
comme Ouverture Thérapeutique,

A propos de deux Suivis Psychologiques.

DAFRI Farid

DIPLOME UNIVERSITAIRE
STRESS TRAUMATISME ET PATHOLOGIES

UNIVERSITE PARIS VI
Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière
Directeur de l'enseignement : Pr.Ph.MAZET, Dr J.M. THURIN

ANNEE 2008-2009

Remerciements

A l'équipe pédagogique du D.U. pour nous avoir fait partager leur passion de la recherche,

A l'ensemble des étudiants de notre groupe pour la bonne humeur et les échanges partagés,

A Édith et Elias, mes addictions préférées.

Abstract :

Scientific literature concerning the co-morbidity of drug addiction disorders/post-traumatic disorder (ESPT Complex Trauma) seems to converge on the hypothesis of the self-adaptive and self-medication function of addiction.

Our retrospective thematic study looks into the three years' work dealing with the case of two subjects addicted to drug and showing traumatic signs (ESPT and complex trauma). The valuation of our subject and their monitoring used clinical data emanating from files or notes from clinical interviews and the APES scale as a gate of reading

. An important work sequence about the realization of a génogramme acts as the starting point of the narration of the traumatic history.

One of the two subjects is seen in an addictological consultation and the other one in an association known for helping persons afflicted with several concurrent psychological problems. These two patients have borderline personalities and take serious risks when resorting to drugs.

It comes out from the clinical analysis that the therapeutic approach is hindered since the beginning. Besides, the two patients aren't clearly aware of the self-adaptive and self-medication function of their addiction towards their traumatic experiences. The gradual exploration of the link between addiction and traumatism in the course of the psychological monitoring has allowed to lift the therapeutic hindrance and to restore the capacity of psychical elaboration.

However, the analysis of clinical data spots two essential conditions to make this therapeutic, opening possible: the non-exclusivity of the therapeutic link (presence of other helpers, therapists and associations) and the taking into account of the elaboration of the traumatic transference and counter-transference; these conditions being crucial to ensure a secure therapeutic relationship.

KEY WORDS :Addiction, Adaptation, Self-medication, psychical Elaboration, ESPT, ESPT Complex, Génogramme, Therapeutic relation , Psychological Monitoring, Security.

Résumé:

La littérature scientifique concernant la co-morbidité *trouble addictif/ traumatisme (ESPT et traumatisme complexe)*, semble converger vers l'hypothèse de la fonction adaptative et auto thérapeutique de l'addiction.

Notre étude thématique rétrospective se penche sur les trois années de suivi psychologique auprès de deux sujets ayant une addiction à une substance et des signes traumatiques (ESPT et trauma complexe). L'évaluation des sujets et du suivi a utilisé des données cliniques qui émanent de dossiers, de notes d'entretiens clinique, ainsi que l'échelle APES de STILES utilisée comme grille de lecture. Une séquence importante de travail autour de la réalisation d'un génogramme a servi de point de départ à la narration de l'histoire traumatique.

Un des sujets a été reçu dans une consultation d'addictologie et l'autre dans une association plutôt réputée pour venir en aide à des personnes cumulant des problèmes psychosociaux. Ces deux patients ont un profil de personnalité borderline, avec prises de risques importantes, lorsqu'ils ont recours aux substances.

Il ressort de l'analyse clinique que la démarche thérapeutique est dès le départ entravée. De plus, nos sujets n'ont pas une conscience claire de la fonction adaptative et auto thérapeutique de l'addiction vis à vis de leur vécu traumatique. L'exploration progressive du lien entre addiction et traumatisme dans le cadre du suivi psychologique a permis une levée de l'entrave thérapeutique et a favorisé la mise en place des capacités d'élaboration psychique. Cependant, nous avons repéré deux conditions indispensables pour cette ouverture thérapeutique : la non exclusivité du lien thérapeutique (présence d'autres aidants, soignants et association), et la prise en compte et l'élaboration des éléments de transfert et contretransfert traumatique seul véritable garant d'une relation sécurisante .

MOTS CLEFS : Addiction, Adaptation, Auto-médication, Elaboration psychique, ESPT, ESPT Complexe, Genogramme,, Relation thérapeutique, Suivi psychologique, Sécurité. A.P.E.S

Sommaire

Remerciements	2
Résumé / Abstract	3
Introduction	5
1.Revue théorique	8
1.1 Repères cliniques	8
1.1.1.Le traumatisme psychique	8
1.1.2.L'addiction	12
1.2. Liens entre traumatisme et addiction	15
1.2.1.Liens épidémiologiques : la comorbidité	15
1.2.2.Liens psychopathologiques : l'hypothèse de la fonction adaptative et auto thérapeutique de l'addiction	17
1.2.3. Liens thérapeutiques	21
1.3 Conclusion	25
2. Hypothèses théoriques	26
3. Méthodologie	27
3.1.Choix méthodologique	27
3.2. Hypothèses opérationnelles et indicateurs	27
3.3. Procédure de recueil et d'analyse des données	28
3.4. Les sujets	29
3.5. Établissement du profil clinique	30
4.Données cliniques	32
4.1. Présentation du profil clinique de Mr R	32
4.2 Présentation du suivi psychologique de Mr.R.	37
4.3. Présentation du profil clinique de MlleC	43
4.4. Présentation du suivi psychologique de Mlle C.	49
5. Analyse des Données	57
6. Discussion	61
Conclusion	65
Bibliographie	67
Annexes	70

Introduction

Depuis une dizaine d'années, une partie de ma pratique de psychologue clinicien m'a amené à rencontrer des personnes cumulant une problématique traumatique et addictive, que ce soit dans le cadre d'une consultation d'addictologie (CCAA-ANPAA21), ou au sein d'une association d'aide psychologique pour personnes ayant de nombreuses difficultés sociales (Écoute. Aide. et Conseil, ville de DIJON). Ce public présente très souvent la même caractéristique d'arriver en consultation dans un état de besoin d'aide évident, qui contraste cependant, avec une difficulté à formuler une demande d'aide. Cela se retrouve d'autant plus que les événements traumatiques ont eut eut lieu à la fois pendant l'enfance et à l'âge adulte.

La place du suivi psychologique peut alors trouver sa légitimité en proposant un travail auprès de personnes dont la demande d'aide est souvent portée par des tiers (médecins, A.S. éducateurs...)

Le suivi psychologique *offre* selon VIDIT J.P.¹ *à des patients difficiles et en grande souffrance psychique un lieu d'expérience inaugurale dont la caractéristique est de devoir être construit pas à pas pour « suivre » au plus près les mouvements complexes de la vie psychique de ces sujets.*

Il est la tentative pour le praticien de créer un espace de travail relationnel pour des patients qui auraient, de par leur structure psychopathologique, bien des difficultés à rentrer dans un cadre plus établi de psychothérapie et s'avèrent d'une frilosité relationnelle et psychique telle qu'ils fuient à grandes enjambées les cliniciens « diagnostiqueurs » que, souvent, ils rencontrent en premier. Le « suivi psychologique » trouverait donc sa justification et son efficacité à être le premier et difficile temps d'une réappropriation de la dimension psychique dont ces sujets se trouvent comme exilés. »

¹ VIDIT J.P. (2001) Qu'est-ce que le suivi psychologique ? *Cahiers de psychologie clinique* n° 17 p. 63 à 80 de BOECK Université

Le suivi psychologique permet au psychologue d'explorer les thèmes problématiques amenés plus ou moins consciemment par un patient, sans lui proposer d'emblée, le travail formalisé de la psychothérapie. Il s'agit d'aider le patient à approcher son monde psychique, qui peut lui sembler étranger et très angoissant, tout en veillant à la construction d'un cadre sécurisant.

Ce terme d'exploration et de sécurité renvoie ici explicitement à la théorie de l'attachement dans sa conceptualisation de la relation thérapeutique². À l'image de l'enfant qui utilise la base sécurisée (parent) à partir de laquelle il explore le monde physique, cette base sécurisée (thérapeute) peut également constituer un point d'appui qui va aider le patient à explorer son monde interne, à se connecter à son monde émotionnel.

C'est justement de la mise en place de suivis psychologiques et d'exploration à visé thérapeutique dont il sera question ici. Nous souhaitons nous pencher de manière rétrospective, sur le suivi de deux patients dont l'exploration du lien entre ces deux problématiques a pu faire l'objet d'un travail spécifique. Notre choix s'est porté sur deux patients au double diagnostic de trouble addictif et traumatique (ESPT et ESPT COMPLEXE) et dont le suivi a trouvé une issue favorable. Ce travail d'exploration sur ces thèmes s'est fait *chemin faisant*, et ne répondait pas à un objectif initial de ces suivis.

Dans cette étude nous clarifierons dans une première partie les concepts de traumatisme psychique et d'addiction. Puis, dans une seconde partie, nous rendrons compte de la littérature scientifique qui permet d'établir différentes connexions entre ces deux notions: épidémiologiques, psychopathologiques et thérapeutiques. La plupart des travaux dans ce champ mettent en avant un lien fonctionnel entre addiction et traumatisme. L'hypothèse de la fonction auto thérapeutique et adaptative de l'addiction en général, et vis à vis du vécu traumatique en particulier, est évoquée très fréquemment. Les implications thérapeutiques de cette hypothèse sont nombreuses et rejoignent nos interrogations cliniques et préoccupations thérapeutiques ::

Inciter un patient ayant cette double problématique à faire la narration de son histoire traumatique

2 HOLMES J. (2001) HOLMES J. (2001) The search for the Secure Base. Attachment Theory and Psychotherapy. Ed Routledge London & New York

pourrait-il l'amener à consommer plus .

Inciter un patient à diminuer ses consommations nocives ou à risques pourrait favoriser le retour du contenu traumatique. Faut il prévenir de manière préventive un patient de cela lorsqu'il désire entreprendre un sevrage? Nous ne chercherons pas ici à vérifier directement des questionnements centrés sur les symptômes et leur devenir (évaluation de l'efficacité du suivi psychologique) mais nous nous focaliserons sur le discours des patients leur vécu subjectif et leur travail d'élaboration. Nous nous intéresserons plus au processus thérapeutique à l'œuvre. Le patient a-t-il clairement conscience de la fonction de son addiction ? Comment est ce qu'il vit tout cela et comment le suivi psychologique ainsi que sa mise en place, peuvent rendre compte d'une certaine élaboration psychique autour de ces questions ?

Cette étude nous permettra donc d'explorer deux de nos suivis psychologiques sur ces différents thèmes. Nous nous appuierons sur les données de la revue théorique pour formuler quelques hypothèses au plus près de notre pratique.

1. Revue théorique

1.1. Repères cliniques :

1.1.1. Le traumatisme psychique :

Métaphore du traumatisme corporel, le traumatisme psychique résulte d'un événement soudain (mais parfois répété) qui agresse et/ou menace l'intégrité physique et psychique de sa victime. Inattendu, exceptionnel, violent, risque vital: ces attributs permettent de séparer le traumatisme de l'évènement de vie pénible. P37 T. LEBIGOT (2006) ³

Le traumatisme psychique est ainsi défini comme un processus d'effraction dans le système des défenses psychiques du sujet. Le sujet en ressort effondré dans sa vision du monde.

Le DSM IV(2000)⁴ a retenu la définition descriptive suivante pour décrire l'état de stress post-traumatique en lien avec un événement traumatique :

Critères diagnostiques de l'état de stress post traumatique selon le DSM IV-TR

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »

3 LEBIGOT T. (2006) *Clinique du syndrome psychotraumatique* in JEHEL L. LOPEZG. Et al (2006) Psychotraumatologie, évaluation, clinique, traitement, 37-56, Paris, DUNOD.

4 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed text revision (DSM-IV-TR.)* Washington DC, Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). *DSM-IV-TR. Critères diagnostiques* 4e édition, Texte Révisé Paris : Masson.

Nous pouvons souligner dans cette version IV du DSM l'apparition du caractère subjectif de l'évènement traumatique (A2). En effet, un événement peut renvoyer à des aspects objectifs (blessure physique, nombre de personnes touchées...), mais il convient aussi de prendre en compte des aspects subjectifs (effet de surprise, sentiment de mort imminente, sentiment d'abandon ou de vulnérabilité...). Cela permet de définir l'évènement traumatique comme venant marquer « *une rupture de continuité à la fois du temps mais aussi du sentiment d'existence* ». p38 BIGOT⁵

Cependant, la plupart des sujets qui font l'expérience d'un événement traumatique tel que décrit par le DSM ne développent pas pour autant un état de stress traumatique. Certains facteurs de risques, de vulnérabilité et de protection entrent en compte. Il concerne à la fois l'évènement, l'individu, et la réaction au moment de l'évènement. Bien que d'une manière générale certains événements aient une prévalence plus ou moins importante d'ESPT, c'est l'interaction de ces facteurs qui rend possibles des issues différentes à cet événement en fonction de leur configuration dans un contexte de stress. Selon THURIN.JM. ⁶ « *l'évènement et la prédisposition sont l'un et l'autre nécessaires pour que la maladie se développe. L'interaction entre le risque de maladie et le stress ne peut être conçue selon un mode linéaire: plus le stress est intense, plus l'effet sera grand. L'aspect « qualitatif » apparaît plus important que l'aspect quantitatif en terme de choc subi. Certains types d'évènements produisent plus d'effets que d'autres, et cet effet va intervenir sur le processus lui même. Ainsi l'état affectif associé (peur, honte...) intervient à la fois comme une manifestation psychique mais aussi comme un élément majeur du traitement de l'information et des réactions somatiques de l'ajustement. ... En définitive, les distinctions liées à la personne et à son entourage sont plus importantes que celles qui concernent l'évènement lui même.* » p 4

Parmi ces facteurs, citons tout de même la dissociation péri traumatique qui consiste en une altération de la perception du temps, de l'espace de soi. Il s'agit d'une rupture de l'unité psychique, qui entraîne souvent chez la victime une impression de se vivre spectatrice de l'évènement traumatique en cours. KEDIA M.⁷ qui recense certains travaux sur cette question indique que cette dissociation péri traumatique est le facteur prédictif le plus important devant le genre (masculin féminin), l'âge, la dépression et la sévérité du trauma.

5 LEBIGOT T. (2006) *Clinique du syndrome psychotraumatique* in JEHEL L. LOPEZG. Et al (2006) Psychotraumatologie, évaluation, clinique, traitement, 37-56, Paris, DUNOD

6 THURIN J.M. (2002) *Etat de stress post traumatique: facteur de risque, vulnérabilité et de protection.* Pour la recherche n°34 bulletin de la fédération française de psychiatrie.

7 KEDIA M. (2008) *Prédicteur du développement d'un ESPT* in M.KEDIA, A. SABOURAUD-SEGUIN et AL(2008) .Psychotraumatologie. Paris, DUNOD, p 47-51

THURIN J.M. ⁸ souligne que l'approche psychanalytique « *fonctionnelle et dimensionnelle* », contrairement à l'approche catégorielle du DSM, nous permet de situer tous ces signes traumatiques cliniques dans une perspective plus large. Cette approche permet par exemple de restituer le traumatisme dans une interaction avec la conflictualité psychique et le développement depuis l'enfance. C'est alors cette interaction complexe qui permet de rendre compte de l'apparition des troubles et de leur configuration particulière chez un sujet donné. Issue de cette même approche, HORROWITZ, cité par THURIN⁹, enrichit la description du trouble traumatique du côté du vécu subjectif en décrivant quelques éléments psychopathologiques qui accompagnent le traumatisme sévère : *1. la peine ou la tristesse, 2. la honte à propos de sa colère ou de ses pulsions agressives, 3. la peur de devenir destructeur, 4. la culpabilité de survivre, 5. la peur d'être identifié comme victime, 6. la honte de se sentir vide et désespérée, 7. la peur que l'on répète le traumatisme 8. une colère intense envers la source du trauma*

De nombreux cliniciens rapportent que ce tableau d'ESPT même dans sa forme sévère et chronique, peut pour certains sujets être assez restrictif. Les seuls critères de l'ESPT ne rendent pas compte de certains signes cliniques et manifestations psychologiques de sujets victimes de traumatismes intenses et prolongés. Un nouveau tableau clinique a été proposé pour rendre compte de cette réalité clinique : Le trauma complexe ou DESNOS⁸ (Disorder of Extrême Stress Not Otherwise Specified).

Ce trauma complexe est un trouble de l'âge adulte qui se caractérise par un déficit chronique des capacités du sujet à intégrer des expériences et à réguler des affects.

Critères du trauma complexe selon HERMAN (1992)¹⁰

1. **Un antécédent d'assujettissement à un contrôle totalitaire sur une période prolongée** (mois ou années). Les otages, les prisonniers de guerre, les survivants de camps de concentration, et les rescapés de certains cultes religieux en représentent des exemples. Ceux qui ont été soumis à des systèmes totalitaires dans la vie sexuelle ou familiale, en particulier les rescapés de violences domestiques, d'abus sexuels ou physiques dans l'enfance, et d'exploitation sexuelle organisée en représentent également d'autres exemples.
2. **Altérations de la régulation des affects**
3. **Altérations de la conscience,**
4. **Altérations dans la perception de soi,**
5. **Altérations dans la perception de l'agresseur,**
6. **Altérations dans les relations avec les autres,**
7. **Altérations dans les systèmes de signification**

⁸ THURIN J.M. (1998) *Les psychothérapies dynamiques intérêt, limite, évaluation*. in LOPEZ G. SABOURAUD-SEGUIN A., JEHEL L. et al. Psychothérapie des victimes traitement évaluation accompagnement 55-78 DUNOD Paris 1998

⁹ THURIN J.M. (1998) *Les psychothérapies dynamiques intérêt, limite, évaluation*. in LOPEZ G. SABOURAUD-SEGUIN A., JEHEL L. et al. Psychothérapie des victimes traitement évaluation accompagnement 55-78 DUNOD Paris 1998

¹⁰ HERMAN J L. (1992) *Trauma and Recovery*, Copyright (c) by Judith L. Herman. Reprinted by arrangement with BasicBooks, a division of HarperCollinsPublishers, Inc.

Ce trouble permet de mettre sur un même plan les séquelles de population en apparence assez éloignées : les personnes victimes de traumatismes subis pendant l'enfance (maltraitance, agressions sexuelles...), les victimes de violence conjugale sous emprise d'une part , et les personnes victimes d'autres assujettissement à un contrôle totalitaire tels que les rescapés de sectes, les survivants de camps de concentration, de prises d'otages, d'autre part.

Ces deux types de population ont eu à affronter des événements traumatiques qui ont la particularité d'avoir été intentionnels et perpétrés par un autre être humain de manière répétée. Ce trouble peut s'accompagner ou non d'ESPT. Ce trouble n'est pas officiellement reconnu par le DSM qui le situe comme sous catégorie (DESNOS) de l'ESPT mais sa validité clinique retient l'attention des cliniciens.

BOURGAULT R.M. (2008)¹¹ parmi d'autres auteurs précise que les comorbidités sont importantes notamment avec les troubles de la personnalité limite. Dans ces deux tableaux, on retrouve souvent des parcours identiques de traumatismes précoces et d'attachements désorganisés. Mais aussi les mêmes types de symptômes : (dérèglement des affects, trouble de l'identité, idéation suicidaire, recours aux substances addictives, automutilation..)

DEBRAY Q¹². qui synthétise un certain nombre d'études concernant le lien de corrélation entre le trouble de la personnalité borderline et les traumatismes infantiles met en avant plusieurs hypothèses explicatives :

- 1.les traumatismes infantiles entraînent des conséquences biologiques et cognitives qui structurent la personnalité borderline.
- 2.du fait d'une sensibilité aux traumatismes (prédisposition éventuellement familiale) la précocité du traumatisme fait basculer la pathologie dans un versant traumatique.
- 3.les sujets borderline réagissant mal au traumatisme du fait de leur personnalité, ils se mettent dans une situation de re-victimisation suite à un premier traumatisme.

11 BOURGAULT R.M. (2008) *Trauma complexe ou DESNOS* in Psychotraumatologie M.KEDIA, A. SABOURAUD-SEGUIN et AL. Paris DUNOD 2008

12 DEBRAY Q. (2006) Traumatisme, syndrome psychotraumatique et troubles de la personnalité in JEHEL L. LOPEZG. Et al (2006) Psychotraumatologie, évaluation, clinique, traitement, 92-99, Paris, DUNOD.

4. rejoignant le concept de traumatisme complexe, la personnalité borderline est une forme de syndrome psycho-traumatique
5. Il existe des biais d'analyse diagnostique (contamination mutuelle des deux diagnostiques).

La dimension transgénérationnelle et intergénérationnelle¹³ est également une autre dimension à ne pas négliger dans les situations de traumatisme complexe intrafamiliaux notamment : L'hypothèse explicative qui pourrait expliquer le caractère répétitif du traumatisme sur plusieurs générations concernerait la qualité des liens entre parents et enfant qui seraient « *profondément modifiée lorsque l'un ou les deux parents souffrent d'états de stress traumatique chronique, produisant une cascade symbolique, affective et comportementale qui peut se répercuter sous forme de traumatisme ou de vulnérabilité traumatique chez leurs enfants* » p 68 J.M. THURIN ¹⁴

1.1.2. L'addiction :

Les addictions aux substances psycho-actives sont caractérisées par le comportement d'abus et de dépendance à la consommation de ces substances.

L'abus de substance se reconnaît par la présence de conséquences indésirables, récurrentes et significatives liées à une utilisation répétée de la substance. Les « problèmes doivent survenir de manière répétée au cours d'une période continue de 12 mois »

13 SCHUTZENBERGER A.A., (2004) Secrets, secrets de famille et transmissions invisibles Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux – n° 33, 2004/2

Cet auteur distingue la *transmission transgénérationnelle*, qui concerne le langage, la reconstruction, la psychanalyse d'adulte, de de la *transmission intergénérationnelle*, qui concerne les « générations en contact » (par exemple entre enfants, parents, grands-parents, familles élargies), le verbal et surtout le non verbal, les fuites comportementales ou *leakage* (par l'omission, la rougeur ou la pâleur, le changement de sujet, le détournement du regard, ou la fuite). » elle précise en outre que « Traces de transmission, traces psychosomatiques, cauchemars et symptômes divers, vont lier ou délier les générations entre elles, souvent, trop souvent, dans une souffrance portée par une *loyauté familiale invisible* dont le sens est fréquemment inconnu des descendants qui en souffrent, mais qu'on peut retrouver par un travail de géosociogramme, ou de psychogénéalogie clinique. »

14 THURIN JM. op. cit.

DSMIV ¹⁵Critères du diagnostic d'abus selon le DSMIV

« **A.** Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

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

(2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux

(3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance

(4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance »

La dépendance à une substance renvoie quand à elle à un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répété qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive

Critères diagnostiques de dépendance selon le DSM IV

A« Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;

b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

(2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;

b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

(3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

(4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.

(5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.

(6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.

(7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance »

Nous pouvons souligner que le principe d'addictivité générale de GOODMAN (1990)¹⁶ s'éloigne de l'approche catégorielle de la pathologie psychiatrique. Elle intègre certains éléments de

¹⁵AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed (DSM-IV)*. Washington DC, Critères diagnostiques Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). *DSM-IV- 4e édition*, Paris : Masson.

¹⁶ GOODMAN A.(1990) Addiction définition and implications, *British journal of addiction*, 85, 1403-1408

compréhension psychopathologique en insistant ici sur la dimension de plaisir :

“ les êtres humains développent des moyens adaptatifs de gestion de leurs émotions et de satisfaction de leur besoins mais lorsque certains facteurs interfèrent avec ce processus, l'individu apprend à éviter d'être submergé par les émotions et les besoins insatisfaits, en consommant des substances ou en s'engageant dans quelques activités gratifiantes.” .../...

« le passage de l'addiction de la vie quotidienne à l'addiction pathologique est marqué par “(un) processus par lequel un comportement , qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sur un mode caractérisé par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement (impuissance) et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (perte de contrôle) » GOODMAN (1990)

Critère pour le diagnostic de trouble addictif (Aviel GOODMAN, 1990)

- | |
|---|
| <p>A : Échecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.</p> <p>B : Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.</p> <p>C : Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement.</p> <p>D : Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.</p> <p>E : Au moins 5 des items suivants :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des occupations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi. <p>F : Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.</p> |
|---|

GOODMAN, insiste nous l'avons vu sur la compréhension d'un processus addictif caractérisé par une dépendance compulsive à une action extérieure qui vise à réguler l'état interne du sujet.

1.2.Le lien entre addiction et traumatisme

1.2.1. Liens épidémiologiques, la comorbidité :

KESSLER R.C. 1995¹⁷, dans son étude épidémiologique sur L'ESPT dans la population américaine rapporte que la comorbidité, c'est-à-dire deux troubles autres troubles qui co-existent, constitue un phénomène très courant. Selon cette étude toujours, 79 % des femmes et 88 % des hommes ayant eu un diagnostic de l'ESPT au cours de leur vie répondaient aux critères d'au moins un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie. D'une façon générale l'abus d'alcool ou la dépendance à l'égard de l'alcool vient au deuxième rang des conditions comorbides les plus fréquentes après la dépression majeure, et avant d'autres troubles d'angoisse .

Comorbidité psychiatrique du SSPT d'après KESSLER et al (1995)

Comorbidité psychiatrique du SSPT	
Abus d'alcool/Dépendance	39,9%
Panique	9,69%
Dépression majeure	48,2%
Anxiété généralisée (AG)	15,9%
Agoraphobie	19,25%
Phobie sociale	29,69%

Les hommes avec un ESPT auraient deux fois plus de risque d'avoir aussi un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool et trois fois plus de risque d'abus ou de dépendance aux drogues que les hommes qui n'ont pas ce trouble. Quant aux femmes, le ESPT multiplie par 2,5 la probabilité d'un diagnostic concomitant d'abus ou de dépendance à l'alcool et par 4,5 le risque d'abus ou de dépendance aux drogues.

La littérature est assez abondante en ce qui concerne les situations les plus violentes que sont les guerres et les agressions sexuelles, et montrent une utilisation particulièrement élevée pour les populations touchées.

17 KESSLER R.C. , SONNEGA A, BROMET E, HUGGHES M, NELSON C.B.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.

VELEA D.¹⁸ rapporte certaines études nord-américaines qui se sont penchées sur le traumatisme qu'a représenté la guerre au Viêt-nam. Ces études mettent en évidence chez d'anciens combattants comment une dépendance aux drogues dures, s'est développée et maintenue. Cette dépendance pouvant être considérée comme une façon de s'adapter à l'ESPT. D'autres études concernant d'anciens combattants ont précisé ces modalités adaptatives par l'utilisation d'alcool et de drogue. Il s'agissait alors d'une tentative d'échapper à l'anxiété chronique, à l'insomnie et aux cauchemars qui caractérisent l'ESPT. Ce comportement, défini comme une automédication, prend alors la valeur d'un facteur prédictif très important de la toxicomanie. VELEA D. précise que non seulement l'usage de drogue n'atténue pas les signes de l'ESPT, mais il peut même augmenter le vécu de stress. BRIERE J.N. et ELLIOT M.¹⁹ recensent un nombre important d'études qui ont trouvé une relation entre un abus sexuel et un abus de substance ultérieur parmi les adolescents et les adultes victimes. Certaines de ces études rapportent que les femmes qui consultent pour un abus sexuel pendant l'enfance ont dix fois plus de probabilités d'avoir une histoire d'addiction, de drogue, et deux fois plus de la probabilité de souffrir d'alcoolisme que les femmes consultantes non abusées.

Pour ces auteurs « *Il semble vraisemblable que l'usage abusif, soutenu, de drogue ou d'alcool permette à la victime abusée de se couper psychologiquement de son environnement, d'anesthésier des états internes douloureux, et d'estomper les souvenirs pénibles. Ainsi une proportion significative de ces personnes actuellement addicts à la drogue ou à l'alcool peuvent être tentées de s'automédiquer en ce qui concerne la dépression, l'anxiété ou le stress post traumatique lié aux abus.* ».

SIGWARD J.M.²⁰ lui, évoque l'anamnèse des patients toxicomanes suivis par l'équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues de l'hôpital Tenon AP-HP Paris. Il obtient les données suivantes pour l'année 2004 : 80 % de ces malades ont été témoins ou victimes de scènes potentiellement traumatisantes. Parmi eux:

18 VELEA D. (2005) Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques *Psychotropes* – Vol. 11 n 34

19. BRIERE JN et ELLIOT (1994) Immediate and long-term impact of child sexual abuse. *Sexual abuse of children* Vol 4. N°2

20 SIGWARD J.M. (2006) Conduite addictive et événements traumatique in JEHEL L. LOPEZG. Et al (2006) *Psychotraumatologie, évaluation, clinique, traitement. Paris DUNOD*

53% ont subi au moins une fois des attouchements sexuels et/ou un viol
9% évoquent des violences physiques
4% ont vécu un accident grave
4% ont été témoins de violences physiques graves à l'encontre de l'un de leurs parents
30% ont été séparés de leurs parents dans leur petite enfance.
4% n'ont pas été confrontés à un événement traumatogène.
16% données cliniques insuffisantes.

En conclusion, ces considérations épidémiologiques mettent l'accent sur certains éléments de compréhension, à savoir l'addiction comme modalité adaptative, d'une manière générale, vis à vis d'un contexte de vie stressant. En outre, ces données ont permis de poser plus spécifiquement l'hypothèse de l'automédication des troubles ESPT par l'addiction .

Ces données indiquent l'importance de rechercher systématiquement l'un de ces troubles lorsqu' un patient consulte pour l'autre. KEDIA M²¹ souligne cependant, que l'établissement du diagnostic d' ESPT est rendu difficile justement dans la mesure où il peut être masqué par une comorbidité . Et, elle indique que si les conduites addictives peuvent masquer aisément la symptomatologie traumatique, inversement un sujet bien inséré qui consulte pour ESPT peut banaliser et cacher une conduite addictive par honte.

1.2.2. Liens psychopathologiques : L'hypothèse de la fonction adaptative et auto thérapeutique de l'addiction

Nous nous centrerons ici sur certains éléments psychologiques de compréhension de cette hypothèse de la fonction de l'addiction déjà évoquée. Nous sommes cependant conscient qu'il ne s'agit que d'une vision partielle du phénomène addictif qui peut avoir d'autres fonctions, et dont la genèse et le sens dépassent le cadre de cette addiction. Par ailleurs nous nous centrerons davantage sur un axe synchronique que diachronique concernant cette hypothèse.

21 KEDIA M. (2008) Addictions, in *Psychotraumatologie* KEDIA M, SABOURAUD-SEGUIN M. et AL. Paris DUNOD 2008

Selon KEDIA M. *La drogue serait ainsi pour le toxicomane un moyen de contrôler les symptômes traumatiques très intrusifs et lui offrirait une anesthésie corporelle et psychique évoquant la dissociation. Il en résulte des difficultés d'élaboration qui donnent souvent lieu à des récits du trauma sans affects extrêmement détachés. P 126*

Par ailleurs en inventoriant certaines recherches, elle rapporte que le choix des substances utilisées par les sujets addicts, pourrait justement porter sur les effets spécifiques de ces substances sur les symptômes traumatiques. Par exemple, l'alcool peut être utilisé comme remède à l'insomnie, aux cauchemars et autres symptômes intrusifs, la cocaïne par sa forte action antidépresseur permet de lutter également contre l'émoussement affectif, et l'héroïne pourrait diminuer les sentiments de rage et l'agressivité.

Cette vision de l'objet drogue-substance chimique associée à sa dimension comportementale est nécessaire mais réductrice. Elle n'intègre pas d'autres dimensions (sociale ou plus subjective).

VELEA D.²² dans une perspective qui intègre différents point de vue évoque en ces termes l'intérêt de cette fonction adaptative pour les sujets addicts :

L'addiction comme adaptation permet aux usagers de surmonter des moments difficiles : sans elle, les risques de passages à l'acte et de suicides peuvent être très importants. Certains auteurs parlent du lesser evil : les personnes exposées au stress choisissent le moindre mal, afin de passer les moments difficiles. On peut ainsi décrire les fonctions bénéfiques et recherchées de l'addiction : auto contrôle de l'agressivité, réduction des états de tension, stimulation des populations déprimées, contrôle des états de stress.

SIGWARD J.M.²³ rejoint ce point de vue . Il considère les conduites addictives, plus globalement, comme : *des modalités de régulation de l'équilibre psychique du sujet, elles sont une tentative de "solution" artificielle et coûteuse pour éviter l'irruption des reviviscences du traumatisme sous forme d'affects, d'images, de pensées, de fantasmes, vécus comme dangereux et incontrôlables. Elles mettent à distance voire anesthésient la mise en résonance des conflits internes et externes, en lien avec les sentiments contradictoires éprouvés lors de l'agression (identification à l'agresseur, sentiment d'être responsable de l'agression, honte, dissociation, dépersonnalisation). p 104-105*

Le point de vue psychanalytique de MCDOUGALL J.²⁴ autour de la notion d'économie addictive peut également se superposer à ces éléments : *L'économie addictive vise la décharge rapide de toute*

22 VELEA D. (2005) op.cit.

23 SIGWARD J.M. (2006) op. cit.

24 MC DOUGALL J. (2004) L'économie psychique de l'addiction PUF *Revue française de psychanalyse* 2004/2 - Volume 68 p 511-527

tension psychique, que sa source soit extérieure ou intérieure. De plus, cette tension n'est pas uniquement fonction d'états affectifs pénibles ; il peut s'agir également d'états excitants ou agréables. En fait, un appel psychique est transformé dans l'esprit de l'addicté qui le traduit comme un besoin somatique. C'est en cela que la solution addictive devient une solution somato-psychique au stress mental. .../...

En ce qui concerne le rôle du comportement addictif comme analgésique, j'aimerais ajouter un facteur important, à savoir que le pouvoir de l'addiction est accru en ce qu'elle est presque toujours une réponse à une souffrance psychique du passé (remontant souvent à l'enfance) et que, comme tous les symptômes d'ordre psychologique, elle se révèle être une tentative enfantine de se soigner. Je soulignerai encore que, à la base, l'addiction est davantage une solution psychosomatique que psychologique à la souffrance psychique. MCDUGALL J.²¹

Ces auteurs ne manquent pas de spécifier l'impasse à long terme de ce mode d'adaptation.

En effet , avec le temps les deux troubles s'aggravent réciproquement avec des répercussions négative globales : *Le risque d'installation d'un cercle vicieux – consommation de substances psychoactives/non-résolution des situations anxiogènes/augmentation de la consommation de ces substances – est cependant important, surtout en l'absence d'autres stratégies d'adaptation. Dans ces conditions, la capacité d'assumer des responsabilités individuelles diminue, les personnes focalisent de moins en moins sur les problèmes initiaux et les facteurs stressants qui les conduisent à consommer ces produits s'accroissent de plus en plus. VELEA D.²⁵*

Ces répercussions ont une incidence sur la conflictualité psychique :

Selon SIGWARD J.M.²⁶ : Par son caractère auto-renforçateur, la dépendance au toxique amplifie l'incapacité du sujet à renoncer à la solution "toxicomaniaque", auto thérapie inappropriée qui confère parfois une identité de substitution au sujet; le danger vital perçu lors des tentatives d'élaboration de l'agression conduit le sujet à éviter toute conflictualisation. Incapable de prendre position et d'exprimer ses désirs, il se détache de lui même et s'appuie dans les relations sur ce qu'il imagine des attentes de l'autre au risque de se sentir nié, de vivre une nouvelle expérience traumatique.

Selon BRUSSET B. (2004) 27. .../...des conflits intra-psychiques, éventuellement en rapport direct avec des situations traumatiques et leurs effets après coup, ont trouvé issue, à défaut de trouver

25 VELEA D. (2005) op. cit.

26 SIGWARD J.M. (2006) op. cit.

27 BRUSSET (2004) *Dépendance addictive et dépendance affective* PUF *Revue française de psychanalyse* 2004/2 - Volume 68 pages 405 à 420

solution, dans les conduites agies – en l'occurrence, un comportement consommatoire. Celui-ci est devenu de plus en plus autonome, anormal et contraignant à la mesure des fonctions qu'il remplit vis-à-vis des effets de la conflictualité interne ainsi évités. Apparaissent d'abord les fonctions tenues par l'addiction d'évitement, de substitution, d'excitation et de décharge. Mais la question centrale est celle de la réorganisation de l'économie pulsionnelle qui en résulte.

Notons que BRUSSET avec cette idée l'idée d'une autonomisation progressive de la problématique addictive vis à vis de la conflictualité en lien avec le traumatisme rejoint VELEA D. cité plus haut, lorsqu'il parle d'une focalisation de moins en moins importante sur les problèmes initiaux.

Certains vont encore plus loin dans cette compréhension du fonctionnement addictif qui pourrait être également entendu comme un traumatisme en soi .

Pour SIGWARD J.M. (2006) .²⁸ *Les conduites addictives ne métaphorisent pas la problématique liée à l'agression elle la "re-dupliquent" en court-circuitant par l'acte le travail de mentalisation et d'élaboration. Au prix de leur maintien, les conduites addictives "protègent le sujet" du risque de décompensation qui serait vécu sur le mode de l'anéantissement rendant ainsi tout changement "impensable"*

Selon RAVITT M. (2003)²⁹ ; *le manque tout comme l'ingestion de la substance provoquerait un traumatisme artificiel. p16* Elle nomme ce traumatisme « *traumatisme de couverture* ». et en précise la fonction : *protéger le sujet par rapport à toutes les autres excitations provenant de l'environnement extérieur et de son monde interne. Le nouveau traumatisme géré en dehors du psychisme prend valeur traumatolytique. » p 16:*

Selon RAVITT M.(2004)³⁰, ce « *traumatisme addictif* » permettrait au sujet addicte « *d'historiciser ce qui aurait été vécu comme un chaos* ».

28 SIGWARD J.M. (2006) op. cit.

29 RAVITT M.(2003) le lien à l'objet d'addiction: se détruire toujours, disparaître jamais :*Dialogue recherche clinique et sociologique sur le couple et la famille* 2003 4ieme semestre

30 RAVITT M. (2004) La cruauté du lien : de l'objet d'addiction au lien d'addiction *Cahier de la psychologie clinique* n°22 De Boeck Université p55- 69

1.2.3.Liens thérapeutiques :

Cette hypothèse adaptative auto thérapeutique est maintenant un peu mieux étayée, nous souhaiterions ici questionner son incidence au niveau thérapeutique. L'implication de cette hypothèse la plus évidente pourrait être le retour des difficultés en lien avec le traumatisme lors de la diminution ou de l'arrêt de cette addiction ce qui est généralement un des objectifs principaux des soins en addictologie.

Parmi les nombreuses études sur ce thème nous pourrions citer par exemple celle de OUIMETTE P. et Al (2007)³¹. Un mois après avoir quitté un programme de traitement pour addiction, cette équipe constate que les individus ayant en plus un diagnostic de PTSD évoquaient comme motif de leur rechute, la difficulté à gérer leurs émotions négatives alors que les sujets addicts simples évoquaient quand à eux l'envie irrésistible (craving). Rapportant un nombre important d'études sur les thèmes de la comorbidité ESPT/addiction, SIMONEAU H..³² relève les incidences négatives importantes sur le traitement. Cet auteur observe que d'une manière générale, les patients ayant fait un ESPT répondent moins bien aux sevrages classiques et s'y montrent moins compliants. Ces constatations ont progressivement amené à la création de programmes de traitement intégré addiction /ESPT.

Ces programmes visant à traiter simultanément les deux troubles ont récemment vu le jour. NAJAVITS L. (2002)³³ par exemple propose une thérapie qui intègre les deux pathologies, il s'agit de rechercher la sécurité (« seeking for safety ») par rapport aux consommations, aux relations dangereuses (violence conjugale ou amis toxicomanes) et par rapport à des symptômes tels que la dissociation ou l'auto agressivité. Ces comportements autodestructeurs réactualisent le traumatisme. En s'en distanciant le sujet se libère également du trauma. C'est pourquoi selon elle,

31 OUIMETTE et al, P., COOLHART, D., FUNDERBURK, J. S., WADE M., et BROWN, P. J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addictive Behaviors*, 32 (8), 1719–1727.

32 SIMONEAU H., (2008) Ph. D. Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement *Drogue santé et société* Volume 7, numéro 2, p. 125-160

33 NAJAVITS L.M. (2002). Seeking safety : a new psychotherapy for post traumatic stress disorder and substance use disorder In: *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders* (2002) P. OUIMETTE P. BROWN P., p 147-170. Washington, DC: American Psychological Association press

il est indispensable que ce soit le même clinicien qui traite en même temps le trauma et la toxicomanie.

Cela permet de travailler avec le patient sur les liens qui existent entre les deux pathologies et va à l'encontre de l'idée selon laquelle il faudrait que le patient soit abstinent pour que la question du trauma soit abordée.

Cependant, pour SIMONEAU H.³⁴ qui synthétise les résultats concernant l'efficacité de ces types de programme, bien que prometteurs ces programmes ne semblent pas échapper aux problèmes qui surviennent dans les traitements, en particulier, le problème de l'abandon prématuré du traitement. Elle cite plusieurs études, qui bien que n'ayant pas été réalisées dans ce but spécifique, identifie trois facteurs principaux qui pourraient être impliqués dans ce processus. : l'hypothèse d'automédication, la faiblesse de l'alliance thérapeutique et le manque de soutien (social et les difficultés matérielles concrètes). Nous détaillerons les conclusions qui résultent des deux premières hypothèses.

SIMONEAU H. résume les implications nombreuses de cette hypothèse de l'automédication qui sert de point de départ aux études en question :

Les individus qui souffrent de l'ESPT devraient consommer lorsqu'ils ressentent des états émotionnels désagréables. Ils devraient voir les symptômes de l'ESPT ressurgir, ou reprendre de l'intensité lorsqu'ils réduisent leur consommation, et ils devraient voir leurs symptômes addictifs diminuer lorsque les symptômes de l'ESPT diminuent

La réduction de la consommation devrait augmenter les symptômes de l'ESPT qu'elle masquait. Toutefois, s'il y a diminution des symptômes de l'ESPT, les symptômes addictifs devraient aussi diminuer, car il y a moins de motifs de consommation.

En résumé, les études ayant questionné ces points révèlent que la présence d'un indice rappelant le trauma augmente l'envie de consommer; que certaines personnes souffrant de l'ESPT ont des

34 SIMONEAU H. op.cit.

déficits au niveau des stratégies d'adaptation et que les personnes aux prises avec l'ESPT consomment plus en présence de situations désagréables.

Cependant, l'ensemble des résultats des études incite à croire que la réduction de la consommation n'amène pas automatiquement à une hausse des symptômes du TSPT conduisant à une rechute et à un abandon du traitement. Il semble plutôt que la rechute se manifesterait lorsqu'un indice rappelant le trauma surgit alors que l'individu tente de réduire sa consommation sans avoir développé de stratégies d'adaptation plus adéquates.

En ce qui concerne l'hypothèse de l'alliance thérapeutique 35: la recension des écrits Par SIMONEAU H. permet de regrouper des obstacles qui pourraient nuire à l'alliance en deux catégories : *les obstacles qui proviennent de l'utilisateur et ceux qui viennent du thérapeute;*

a : Les obstacles provenant de l'utilisateur

SIMONEAU H. retrouve dans les conclusions des différentes études le fait suivant : qu'ils aient ou non développé tous les symptômes de l'ESPT, de nombreux survivants de trauma en viennent à croire que le monde est injuste, qu'ils ne peuvent se fier à personne, qu'ils n'ont plus de valeur, qu'ils ne méritent pas d'aide. Elle peut se généraliser envers l'ensemble des individus y compris les professionnels en relation d'aide.

b : En ce qui concerne les obstacles qui proviennent des réactions du thérapeute:

NAJAVITS (2000)³⁶ cité par SIMONEAU H. décrit un phénomène qu'elle qualifie de paradoxe du contre-transfert. Selon ses observations, les thérapeutes ont tendance à être trop gentils ou trop sévères avec les usagers aux prises avec ces troubles concomitants.

Si les thérapeutes s'identifient principalement à l'ESPT, ils sont très chaleureux, soutenant,

35 (Martin et coll.,2000)Le concept d'alliance thérapeutique définit la relation entre un thérapeute et un client. Il existe plusieurs conceptualisations théoriques de l'alliance et la majorité d'entre elles contiennent les trois éléments suivants : 1) la nature collaborative de la relation thérapeutique ; 2) le lien affectif entre le thérapeute et le client ; et 3) la capacité du client et du thérapeute à s'entendre sur les objectifs et les tâches reliés au traitement

36 NAJAVITS, L.M. (2000). Training clinicians in the Seeking Safety treatment protocol for posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 18 (3), p. 83-98.

sympathiques et conscients de la fragilité des usagers. Au contraire, s'ils s'identifient au trouble addictif, ils insistent sur la responsabilité de l'utilisateur, la prise de décision et considèrent que ce dernier doit justifier toutes ses actions. À l'extrême, ils peuvent confronter les usagers si sévèrement que ceux-ci se sentent punis ou incompris. Afin de promouvoir la croissance de ces usagers, les thérapeutes doivent trouver un équilibre entre le soutien et la responsabilisation.

Par ailleurs, bien que la colère ne soit pas un critère diagnostique de l'ESPT, elle est fréquente chez les personnes qui en sont atteintes. Ces manifestations de colère, d'agressivité et d'hostilité font des personnes aux prises avec ce double diagnostic une clientèle peu sympathique de prime abord. La colère pourrait aussi être une stratégie pour masquer une émotion qui engendre plus de détresse comme la peur ou l'anxiété. Ainsi, le thérapeute qui identifie la présence de l'ESPT possède un cadre d'interprétation clinique qui lui permet de mieux réagir à l'expression de ces manifestations.

Au contraire, lorsque la présence de l'ESPT demeure inconnue, ces manifestations (colère évitement...) sont interprétées comme de la résistance ou un manque de motivation au traitement.

Ces études ont surtout porté sur le lien ESPT/ Addiction. Concernant le trauma complexe qui peut coexister avec un ESPT mais pas obligatoirement, nous pourrions ajouter la dynamique du transfert et du contretransfert traumatique développé notamment par HERMAN(1992)³⁷ dans le cadre du trauma complexe. Selon elle, « *le trauma est contagieux* ».../... « *le transfert traumatique ne reflète pas seulement l'expérience de la terreur, mais aussi l'expérience d'impuissance* »^{p140} En réponse aux sentiments d'impuissance du patient, le thérapeute peut risquer en assumant un rôle de sauveur et donc en sous-entendant que le patient n'est pas capable de s'en sortir seul; de perpétuer alors le transfert traumatique. Mais d'autres éléments transféro-contre transférentiels peuvent être bien plus destructeurs selon HERMAN si le thérapeute ne s'identifie pas seulement aux sentiments de la victime mais aussi aux sentiments de l'agresseur.

37 HERMAN J L. (1992) *Trauma and Recovery*, Copyright (c) by Judith L. Herman. Reprinted by arrangement with BasicBooks, a division of HarperCollinsPublishers, Inc.

1.3. Conclusion

Les différents éléments de cette revue théorique semblent converger vers l'importance de cette hypothèse de la fonction auto-thérapeutique de l'addiction vis à vis du trouble traumatique. Une question reste cependant en suspens. Qu'en est-il de la perception de cette hypothèse par le sujet lui-même. Plus trivialement dit: est-ce que cette hypothèse lui parle ? A-t-il conscience de tenter de solutionner certains symptômes par d'autres.

Nous avons vu avec VELEA (2005) et BRUSSET (2004) que cette solution symptomatique secondaire, tendait à s'autonomiser progressivement, à détacher le sujet de ses problèmes stressants et traumatiques initiaux.

SIGWARD J.M. (2006)³⁸ note quand à lui que ces « *solutions symptomatique sont vécues avec un sentiment de honte envahissant plus insupportable que le souvenir traumatique lui-même.* »

il résumerait ainsi assez bien cette problématique à laquelle nous allons nous intéresser dans cette étude : *Ces dimensions symptomatiques ne sont le plus souvent pas reconnues par le patient toxicomane comme reliées aux modifications de la personnalité induites par le traumatisme ni à l'organisation de la personnalité limite pré-morbide souvent retrouvée chez ces sujets. Ces « solutions » entretenues par les consommations qui soutiennent l'individu en modulant, voire en anesthésiant ses angoisses d'anéantissement facilitant ainsi ses relations, sont à l'origine des résistances au traitement proposé. Accepter le traitement revient à perdre le contrôle, à prendre le risque d'une nouvelle agression perçue comme une menace identitaire par le sujet.*

³⁸ SIGWARD J.M.(2006)op.cit.

2. Hypothèses théoriques

Au vu de cette revue théorique nous pensons que les sujets concernés par ces deux problématiques addictive et traumatique ont un défaut d'élaboration psychique³⁹ de cette fonction auto-thérapeutique et adaptative de l'addiction vis à vis du vécu et des symptômes traumatiques (lien fonctionnel). Nous pensons par ailleurs que lorsqu'ils démarrent une démarche d'aide et de soins vis à vis de leur addiction cette démarche thérapeutique est entravée. Nous pensons que l'exploration, chemin-faisant, du lien entre traumatisme et addiction avec le patient peut constituer un levier thérapeutique :

-d'une part l'entrave thérapeutique serait levée du fait de la compréhension du lien fonctionnel entre addiction et vécu traumatique.

-d'autre part cette exploration en favorisant le repérage de ces stratégie adaptatives, auto thérapeutique face aux expériences traumatiques devrait mener le sujet à un désir de changement vis à vis de son addiction et constituer déjà un travail d'élaboration de ses traumatismes.

Hypothèse 1 : Entrave thérapeutique : La démarche thérapeutique devrait être entravée chez les sujets ayant cette double problématique

Hypothèse 2 : Défaut d'élaboration psychique : Nous nous attendons à un défaut d'élaboration psychique de ce lien fonctionnel de l'addiction vis à vis du traumatisme chez ces sujets .

Hypothèse 3 : Ouverture thérapeutique : L'exploration progressive du lien fonctionnel entre addiction et traumatisme dans le cadre du suivi psychologique devrait favoriser une ouverture thérapeutique (**levée de l'entrave thérapeutique, élaboration psychique possible.**)

39 La capacité d'élaboration psychique est définie par ABONDO M. (2007) (Les capacités d'élaboration : concept transdimensionnel *Annales médico-psychologiques* Volume 165, numéro 4 pages 241-245) comme reposant sur « sur l'activité de symbolisation qui permet au sujet d'attribuer subjectivement un sens aux événements qu'il vit, sens s'énonçant principalement par la parole et donc accessible à l'autre. » Sur le plan clinique, ce « travail d'élaboration psychique aurait une place essentielle dans la psychopathologie du traumatisme psychique, expérience de non-sens ; la restitution du sens participerait à l'obtention d'une résolution de la souffrance ressentie ». Ce terme assez similaire de l'élaboration symbolique ou de mentalisation est conceptualisé par la psychanalyse comme « un travail[qui]consiste à intégrer les excitations dans le psychisme et à établir entre elle des connexions associatives » LAPLANCHE . et PONTALIS J.-B. (1967) Vocabulaire de la psychanalyse PUF Paris

3. Méthodologie

3.1. Choix méthodologique :

Nous nous situons ici dans une analyse clinique qualitative. Comme BENONY H. et CHAHRAOUI K.⁴⁰ nous l'indiquent : *Il s'agit d'une lecture globale; non détaillée qui permet au chercheur de se familiariser avec un problème donné. Ce type d'analyse peut être ainsi utilisée dans le cadre d'une étude exploratoire .../...* Cette étude est en effet une étude exploratoire. Elle est rétrospective puisqu'elle utilisera des données produites avant sa mise en place. L'analyse clinique sera thématique, chaque thème recouvrant les domaines que nous chercherons à explorer. Enfin, cette analyse thématique n'est pas systématisée, (nos données ne provenant pas d'enregistrement).

3.2. Hypothèses opérationnelles et indicateurs :

Concernant l'entrave thérapeutique : H1. Nous nous attendons au début du suivi (< 1 ans) à une demande d'aide et un établissement de l'alliance thérapeutique⁴¹ problématique : l'étude de l'historique du suivi devrait rapporter concernant le début du suivi : une demande d'aide absente, floue, paradoxale, contradictoire et une difficulté à établir une alliance thérapeutique. L'histoire de l'alliance thérapeutique devrait apparaître complexe et difficile.

Concernant le défaut d'élaboration psychique du lien fonctionnel addiction / traumatisme

Nous tenterons d'utiliser l'échelle d'assimilation des expériences problématiques de STILES^{42,43}

⁴⁰ BENONY H. et CHAHRAOUI K. *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*, Dunod, 2003
Nous retenons la définition de MARTIN D. J. et Al. présentée dans la revue théorique

⁴¹ Nous retenons la définition de MARTIN D. J. et Al. présentée dans la revue théorique.

⁴² Cette échelle est présentée par THURIN J.M. et M. THURIN (2007) *Évaluer les psychothérapies méthodes et pratiques*. Dunod Paris,

⁴³ W. B. STILES (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press. Selon cet auteur l'expérience problématique est assimilée à un *Schema* - une façon de penser et d'agir qui sont développés ou modifiés dans la relation thérapeutique afin d'assimiler l'expérience problématique

(Assimilation of Problématiques Expérience Scale APES) qui permet d'étudier le processus de changement au cours d'un travail thérapeutique autour de thèmes problématiques identifiés. Nous l'utiliserons ici comme grille de lecture puisqu'elle permet de situer une expérience problématique sur une échelle qui définit des étapes ou niveaux à travers lesquels elle devrait passer :

(0) dissociation/expression symptomatiques, (1) pensées involontaires/éviterement actif, (2) vague conscience/vague émergence. (3) état du problème/clarification (4) compréhension/insight (5) application/perlaboration (6) ressource solution du problème (7) intégration maîtrise.

Aussi nous définirons comme expérience problématique de départ : *le vécu traumatique associé voir confondu avec le vécu addictif* et nous formulons l'hypothèse suivante :

H2 . Nous devrions retrouver dans les données émanant du début du suivi (<1an), des approches de cette expérience dont la cotation ne dépasserait pas un score de 2 (vague conscience/émergence). Nous situons à cette limite ce qui correspondrait à un début d'élaboration psychique (5 viendrait) confirmer l'élaboration effective).

Concernant l'ouverture thérapeutique : H3 : Nous nous attendons à une levée de l'entrave thérapeutique (amélioration des indicateurs de H1 et H2) et à une apparition de l'élaboration psychique (score APES supérieur ou égal à 3) à près une période de suivi significative que nous situons arbitrairement un an (et qui pourrait se poursuivre par la suite).

3.3. Procédure de recueil et d'analyse des données,

Nos données ont été établies à partir des notes du psychologue et certains éléments du dossier patient. Ces notes concernent le suivi depuis le premier rendez vous. Même si le recueil de données par notes comporte un grand nombre de biais, de lacunes et de distorsions mnésiques, il constitue tout de même une source d'information majeure sur le fonctionnement psychique. Ces données brutes sont regroupées ainsi par thème Nous retenons les différents thèmes relatifs aux hypothèses : demande d'aide, retour du contenu traumatique, évolution de la demande et de

l'alliance thérapeutique, élaboration de la problématique addictive et traumatique. Ce dernier thème fera l'objet d'une cotation sur l'échelle APES de STILES définie plus haut) Ces thèmes qui seront synthétisés offrent une présentation du déroulement du suivi psychologique. Ils seront définis de manière concise, dans leurs aspects évolutifs, et illustrés par des exemples assez représentatifs.

Afin de mettre ces données en perspective, nous les situerons, après une présentation de nos patient, en mettant en valeur de la double problématique addictive et traumatique entre autre. La validation des hypothèses se fera dans un deuxième temps, au regard des différentes données regroupées par thème et formalisées ainsi.

Formalisation des données patients et du suivi :

Profil clinique du patient

1. Addiction et éléments de personnalité
à partir des entretiens aux premiers rendez vous (critère dsm IV)
2. Données biographiques (objectives)
à partir des notes d'entretiens du suivi psychologique et dossiers patients :
3. Données de la problématique familiale
à partir des entretiens et travail autour du génogramme
4. Repérage des Évènements et contextes traumatiques individuels et familiaux.
à partir des entretiens et travail autour du génogramme
5. Signes d'ESPT et ESPT complexes (suite au repérage).
Synthétisé dans un tableau *À partir DSMIV et critère de Hermann*

Présentation du suivi psychologique :

1. Évolution de la demande d'aide et de l'établissement de l'alliance thérapeutique
à partir des notes entretiens du suivi psychologique et dossiers patients :
2. Vécu traumatique vécu addictif
à partir des notes d' entretiens du suivi psychologique et dossiers patients :
- 3 Vers une élaboration des deux problématiques
à partir des notes d' entretiens du suivi psychologique et dossiers patients :

3.4 Les sujets :

En plus de l'existence d'une double problématique addictive et traumatique, les sujets devaient satisfaire à un certain nombre de critères d'inclusions :

-ils ont bénéficié d'un rythme de suivi régulier pour que des données suffisantes et comparables entre patients puissent être étudiées;

-l'articulation des deux problématiques addictive et traumatiques a pu constituer un axe de travail spécifique de manière comparable chez ces sujets .

-dans la mesure où les indicateurs reposent essentiellement sur des notes et éléments de dossiers ceux-ci devaient être assez fournis.

Nous avons privilégié une approche qualitative à une approche quantitative. Ainsi nos sujets sont au nombre de deux. Nous avons choisi des patients dont le profil général est assez similaire: histoire de trauma, signes d'ESPT simple et complexe, et addiction à une substance. Cependant un certain nombre de particularités opposent nos deux sujets qui pourraient nous permettre plutôt que de faire une généralisation à partir de si peu de sujets de faire une analyse de chaque sujet par contraste. Parmi ces différences notons par exemple le lieu et le contexte de consultation où ils ont été reçus.

Quelques particularités différentes entre nos deux sujets

Sexe nom âge	Mr. R 45 ans	Mlle C 35 ans
Situation maritale et familiale	Divorcé depuis 10 ans, Séparé depuis 4 ans Un fils 20 ans plus à charge	Séparé depuis 7 ans fille de 7 ans à charge
profession	Menuisier à son compte	En dispositif d'insertion
Addiction	Dépendance tabac alcool	Polyconsommation Dépendance tabac cannabis usage à risque d'alcool et d'héroïne(ancienne dépendance)
Soutien social	Isolement familial et social	Isolement familial assistance sociale
Contexte de la première consultation	Crise conjugale, difficulté professionnelle. Injonction judiciaire, et orientation médicale	absence de démarche de recherche d'emploi, « Pression » instructeur RMI
Lieu de la consultation	Consultation d'alcoologie CCAA clairement identifiée soin / addiction substance	Association Écoute aide et conseil plutôt identifiée comme aide de personnes en crise, difficultés psychosociales et aide aux victimes

3.5.Établissement du profil clinique.

les symptômes addictifs sont établis à partir des données d'évaluation du dossier patient et formalisés à l'aide des critères DSM IV.

L'histoire de trauma a été recueillie à partir d'une séquence de travail autour du génogramme. Ce travail sur 4 à 5 séances a lieu lorsqu'un rythme de séance régulier peut être atteint. Il comprend la réalisation avec le patient du génogramme (une à deux séances). A partir de là, s'engage, si le patient semble réceptif, une exploration de ses expériences relationnelles de l'enfance à l'âge adulte, de l'intérieur de la famille à l'extérieur. Cette séquence de travail offre une lisibilité du

phénomène addictif familial éventuel; elle permet l'accès aux représentations subjectives que le patient se fait de sa place dans sa famille et à l'imaginaire familial. De plus , le génogramme constitue une précieuse médiation à la parole, pour des patients souvent d'une grande frilosité relationnelle. Cette séquence a eu lieu au cours des premiers mois du suivi dans un contexte thérapeutique relativement stable et a été approfondie, quand le climat thérapeutique l'a permis.

Le diagnostique ESPT, ESPTcomplexe: Le récit fourni lors de cette séquence de travail, nous permet donc d'établir une biographie, et de dresser une liste d'évènements potentiellement traumatiques sur plusieurs générations, restitués dans leur contexte relationnel de l'enfance à l'âge adulte. Ces évènements et leur impact qui ont été discutés à différents moments du suivi, ont été ici soumis au critères de l'ESPT (DSMIV) et du Trauma complexe (HERMAN H.) en fonction de la nature des évènements et du contexte traumatique. Nous établissons ainsi ce diagnostic sur la base des notes personnelles et des dossiers concernant la première année de suivi.

Aspects déontologiques : D'une manière générale, nous n'avons pas souhaité pour cette recherche exploratoire rétrospective bouleverser la relation thérapeutique en cours, aussi nous n'avons pas impliqué directement les patients dans le processus de recherche d'aucune manière. Les données ont toutes été anonymisées, certaines ont été modifiées en respectant le mieux possible l'équivalence des informations substituées. Nous avons cependant informé les patient de notre étude pour des question déontologiques, par refus de faire les choses à l'insu de sujet toujours suivi, et pour pouvoir citer des phrases précise des sujets.

« Je vais réaliser dans le cadre d'une validation de formation une étude. Notre travail entre dans les critères de cette étude. J'aurais aimé inclure notre travail dans cette étude Les données seront anonymisées et ne seront pas publiées. J'aimerais avoir votre autorisation de rendre compte de notre travail. Bien évidemment si vous refusez il n'y aura aucunes conséquences. Je travaillerais d'ailleurs uniquement sur ce qui s'est déjà passé au cours des trois premières années et non sur ce qui se passe actuellement. Seriez vous d'accord pour collaborer indirectement à mon travail? (Oui /non.) Est ce que je peux illustrer ce travail par quelques phrases prononcées dans le contexte de nos échanges et dont je me souviens (oui/non)»

Les deux suivis sélectionnés sont en cours depuis 3ans et 4mois, 3ans et 5 mois.

4. Données cliniques :

4.1. Profil clinique de Mr R., 45 ans

4.1.1. Addiction et éléments de personnalité

Mr R présente une dépendance à l'alcool et à la nicotine à la première consultation. Du vin essentiellement, qu'il boit en très grande quantité. Une mesure judiciaire d'annulation de permis a été décidée suite à plusieurs infractions. Nous le rencontrons tout juste sorti de cure de sevrage, sa 2^{ème} cure. Parmi les dommages induits par sa consommation nous notons des prises de risque importantes concernant la conduite routière.

Mr R. semble présenter une personnalité limite organisée sur un mode névrotique.

Il semble avoir de grandes difficultés à s'affirmer et présente une faible estime de soi. Il doute de sa valeur, de ses capacités, et a peur du regard des autres. Certaines difficultés à décrire ses sentiments contrastent avec l'extrême précision avec laquelle il décrit son travail. Cette alexithymie semble plus définir un état transitoire qu'un trait de personnalité stable.

4.1.2. Données biographiques

Enfance, adolescence : Son enfance semble avoir été marquée par des séparations difficiles. Tout d'abord, vers un an, un mode de garde qui s'est organisé chez son oncle et sa tante maternelle jusqu'à 7 ans. Il ne rentre chez ses parents que les week-end et les vacances. Il décrit aujourd'hui cette période comme un arrangement « bizarre ». Cela était pratique pour ses parents qui avaient déjà une famille nombreuse et cela était « bienvenu » pour le couple ne pouvant avoir d'enfant .

Mr R évoque une maltraitance physique (mère et surtout père) jusqu'à l'âge de 14 ans, qui inclut une négligence des besoins émotionnels. Il a été également témoin de violences entre ses deux parents et se cachait ou intervenait pour appeler de l'aide.

Il subit pendant une dizaine d'années, de manière fréquente des agressions sexuelles par son frère (« frère agresseur ») de l'âge de 5 à 14 ans. Ces agressions cessaient en présence d'un autre frère. (« frère protecteur ».)

Une deuxième séparation a lieu à 8 ans où il est « placé par ses parents » quelques mois chez son oncle et sa tante paternels, tout juste endeuillés de leur fils. Il vit cela comme un abandon puisqu'il était décidé qu'il devait y rester à demeure « en tant que remplaçant ». Il partira, après 3 mois de « crise » et garde un sentiment d'insécurité important.

Il a 9 ans quand son « frère protecteur » décède d'un accident de moto, les agressions sexuelles reprennent. Il s'agit d'une période où les événements adverses se cumulent.

A 14 ans il fait la connaissance du voisin qui le prend sous son aile et l'initie à la pêche et à la musique. Les agressions s'arrêteront à ce moment là.

À 16 ans il part en apprentissage dans une ville éloignée et investit les études comme un échappatoire. La dépendance à la nicotine débute à ce moment là et sa première alcoolisation massive a lieu le soir de sa première rupture amoureuse (16 ans).

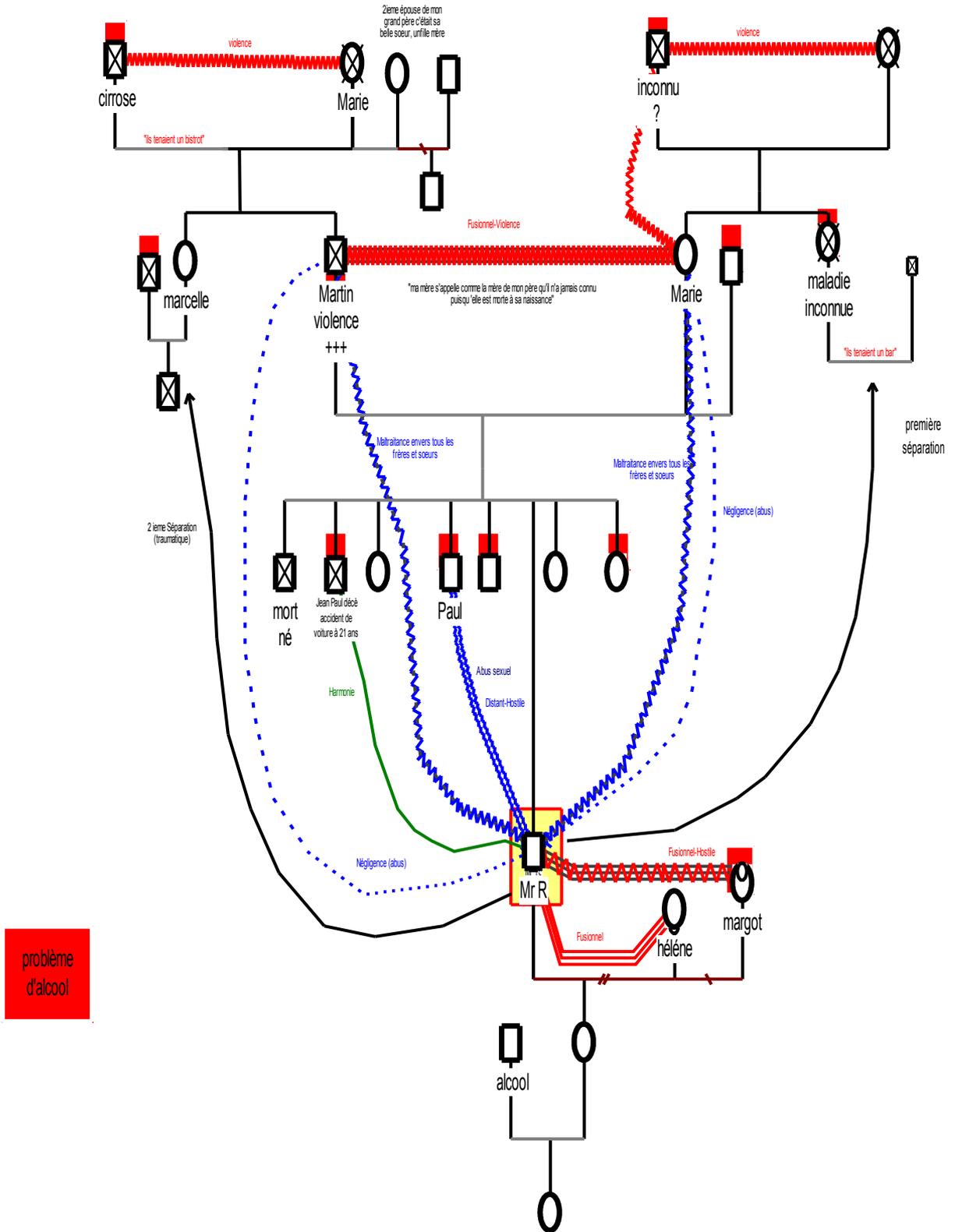
A l'âge adulte : A 18 ans, deuxième séparation amoureuse (entrée au service militaire en tant que barman). Sa consommation d'alcool augmente considérablement. Il se marie vers 20 ans et se passionne pour son travail de menuisier. Cependant, il divorce à la naissance de leur premier enfant 5 ans après. Quelques mois plus tard son père décède : il assiste incrédule à la fin de sa vie. Il a été très perturbé par un incident autour du corps de son père qui est tombé pendant la mise en bière et dont le bruit sur le sol n'a pas cessé de le hanter "*faites attention* avait-il dit *vous allez lui faire du mal.../...* À cette époque la consommation d'alcool a augmenté. Cet incident a précédé et motivé son engagement dans un centre de secours pendant 10 ans. Il se remet en ménage avec une personne dépendante d'alcool pendant 5ans , et se met à son compte, mais très vite des difficultés de couple apparaissent. Ses difficultés relationnelles se généralisent à la sphère professionnelle jusque là épargnée et source d'une grande satisfaction personnelle. La séparation avec sa deuxième compagne réactive le premier divorce et les autres séparations. Mr V évolue alors dans un contexte de crise suicidaire où l'angoisse anaclitique est au premier plan. Son fils, adolescent vient vivre chez lui. Il perd son emploi, son permis, et a des difficultés judiciaires. Nous le rencontrons à ce moment là.

4.1.3. Données familiales concernant le traumatisme et l'addiction

Le travail autour du génogramme laisse entrevoir :

- une généalogie de la violence conjugale, de la maltraitance et de l'alcoolisme
- une généalogie du deuil non résolu et de la problématique de séparation.
- des mythes et mandats transgénérationnels lourds:
 - le mythe d'un père en dette de vie (sa mère est morte en lui donnant la vie) et qui charge Mr R enfant de remplacer l'enfant mort de son oncle.
 - le mythe d'une mère « sacrifiée » par un grand père agresseur, dont elle doit cependant transmettre la mémoire. Elle charge Mr R de garder certains secrets .Cette mère a également chargé Mr R-enfant de venir combler chez sa sœur son désir maternel frustré (impossibilité d'avoir des enfants).

Génogramme de Mr R.



4.1.4. Repérage des Évènements, contextes traumatiques individuels et familiaux, et signe d'ESPT e d'ESPT complexes.

L'évaluation biographique et la problématique familiale nous indiquent une problématique de lien complexe marquée par la discontinuité : séparations répétées, rupture brutale accidentelle (décès) ou imposée (placements forcés), et la violence physique, depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Mr R a vécu dans un climat familial d'insécurité, d'imprévisibilité. Sa place même d'enfant du couple de ses parents, parmi sa fratrie, n'était pas assurée. Il semble que mr R ait été très fortement assigné à une place d'enfant « réparateur » dans un télescopage des générations. Les répercussions psychologiques, en terme d'organisation de personnalité et de développement, nous paraissent évidentes et peuvent constituer un point de départ de son tableau d'espt complexe : nous retiendrons donc pour l'établissement du diagnostic d'espt complexe :

Maltraitance physique, Négligence des besoins émotionnels et Agressions sexuelles répétées (inceste fraternel)

A cela s'ajoute des événements à l'âge adulte plus proches de la description de l'évènement traumatique en critère initial de l'ESPT :

Incidents pendant l'enterrement de son père (chute du corps)

Interventions (secouriste) sur lieux d'accidents graves pendant 10 ans.

L'application des critères ESPT et ESPT complexe à ces événements et contextes traumatiques sont décrit dans le tableaux suivant :

Différents signes espt, espt complexe repérés au cours de la première année du suivi.

Expérience traumatique (génogramme entretien cliniques)	Maltraitance physique négligence des besoins émotionnels	Agressions sexuelles répétées (inceste fraternel)	Décès et incidents pendant la mise en bière du père	Interventions- secours sur lieux d'accidents graves pendant 10 ans
Age de survenue et contexte	Jusqu'à 14 ans alcoolisme paternel et violence conjugale	De 5 à 14 ans , à 9 ans perte d'un frère protecteur, augmentation des agressions .	Accompagnement de fin de vie, contexte de séparation (couple et enfant).	De 26 à 36 ans stress prof / difficultés familiales et de couples.
espt complexe	Exposition, coercition prolongée			
B: altérations de la régulation de l'affect	Alternance :colère explosive/ inhibée ++ , Alternance sexualité compulsive/inhibée+++ préoccupations suicidaires,prise de risque +++ (route)			Prise de risque (route)
C: modifications de l'état de conscience	Tendance à l'amnésie		hypermnésie	hypermnésie
D: altérations de la perception de soi ;	Culpabilité et auto - responsabilité	Honte, sentiment d'être sali marqué, d'être différent		
E: modifications de la perception du trauma / de l'agresseur	Souci de la relation, idéalisations, gratitude paradoxale, sens de la relation spéciale, acceptation du système de pensée de l'agresseur	Préoccupation de la relation avec l'agresseur : (vengeance)	Sentiment d'impuissance, de paralysie, de l'initiative	
F: modification des relations avec les autres	Alternance méfiance/excès de confiance en l'autre	Perturbation dans les relations intimes, isolement, conviction que personne ne peut le comprendre	Impression d'être seul	
	échec répété dans la protection de soi			
G : somatisation	Ulcère et autres troubles (sphère digestive)			
H : altération du système de croyance	Sentiment de désespoir, Perte d'une croyance réconfortante en un sentiment de loyauté			
ESPT DSM IV :			A1 Exposition à un trauma grave A2 Peur intense impuissance / horreur	
B; reviviscence de l'évènement traumatique	B3 reviviscence sous l'effet de l'alcool B5 réactivité physiologique à l'exposition d'indices	B1 souvenirs répétitifs	B1 souvenirs répétitifs B5 réactivité physiologique B4 détresse lors d'exposition d'indices B1 souvenirs répétitifs B2 rêves répétitifs	
C: évitement stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale		C1 évitement pensée sentiments C2 évitement pensée lieux C7 sentiment d'avenir bouché	C1 évitement pensée sentiments C2 évitement pensée lieux C5 sentiment de détachement d'autrui C6/tendance à la restriction affects	
D:symptômes neuro- végétatifs	D1 difficultés de sommeil D2 irritabilité, accès de colère		D1 difficultés de sommeil	D1 , D2 , déjà présents aggravés
E: durée		Oui	Chronique	Chronique, atténué
F: souffrance		vie professionnelle, familiale et amoureuse	oui	atténué

4.2. Présentation du suivi psychologique de Mr R:

4.2.1. Expression de la demande d'aide et établissement de l'alliance thérapeutique

A la première consultation Mr R sort de cure (sa 3ième) et consulte pour dit- il « *consolider son abstinence* ». Il s'agirait pour lui d'une « simple formalité ». Dès les cinq premières minutes il met en avant des évènements traumatiques dont il dit avoir dressé la liste en cure. Il évoque cela sur un ton très détaché, comme s'il s'agissait de quelque chose d'extérieur à lui. Il dira sur un ton presque criard : *j'ai résolu tous mes soucis en cure. Je me suis bien entendu avec le psychologue, la preuve, on se tutoyait. J'ai tout compris, j'ai été victime d'inceste par mon grand frère et les coups violents de mon père pendant mon enfance, .../... n'en parlons plus.../... tout va bien.* . Il semble accepter intellectuellement la présence dans son histoire d'éléments traumatiques et en nier la charge affective associée. Mr. R demande une aide pour consolider son abstinence et semble nous indiquer qu'il ne souhaite pas aborder son vécu traumatique. Nous lui proposons donc un soutien psychologique parallèlement à un suivi psychologique.

Après quelques rendez vous où il raconte ses difficultés actuelles sur un ton banal et neutre, il finit par parler de son début, de ses premières ré-alcoolisations. C'est en quelque sorte la fin de l'euphorie de sa dernière cure.

Pendant 7 mois il se ré-alcoolise régulièrement de manière intermittente en évoquant pour cause :

- Des problèmes de couple (vécu de trahison, sentiment de colère)
- des difficultés professionnelles, (difficulté à dire non, ne supporte pas la critique).

Il vient de plus en plus alcoolisé, m'obligeant à écourter ou annuler les séance. Le travail du psychologue se limite ici à une aide concrète pour l'aider à se mettre en sécurité. Le patient se montre au début coopérant. Lorsqu'il ne vient pas alcoolisé, nous pouvons aborder des éléments en lien avec son passé difficile, mais uniquement de manière indirecte ou lorsqu'ils prolongent le vécu actuel : *patron autoritaire comme mon père .../...encore un abandon de plus, .../...c'est toujours à moi que ça arrive.../... faut que je subisse encore longtemps ?*. Mais cela semble source de confusion : il semble assimiler les situations présentes aux situations passées.

Très vite, un risque de passage à l'acte suicidaire apparaît. Il parle des armes qu'il a chez lui et accepte après beaucoup de réticence et à défaut d'une hospitalisation ma proposition d'aller les confier à quelqu'un. Il sollicite alors sa mère qui prend acte de ses difficultés en lui renvoyant « *tu es en train de suivre le même chemin que ton père* ». L'équipe se rend compte du manque d'étayage positif de Mr. R par son entourage. Le médecin et le psychologue insistent pour proposer une hospitalisation, il refuse que le suivi médical s'arrête. Nous touchons aux limites du suivi addictologique en ambulatoire. Il projette sur cet arrêt une dimension abandonnique teintée de colère. Le suivi psychologique est maintenu encore quelques séances temps avec l'objectif de prévention du risque suicidaire et donc ici d'une orientation en psychiatrie. Le risque est grand d'être happé dans les mécanisme de clivages « bon psychologue »/ « mauvais médecin ».

Période critique du suivi : vers une rupture du lien thérapeutique.

À 10 mois de suivi, la demande d'aide ainsi que la proposition d'aide deviennent de plus en plus problématiques. Elles nous semblent plus en lien avec notre désir de se préoccuper du besoin non exprimé verbalement du patient qu'en lien à une demande explicite de sa part. Lors d'un entretien où il n'est pas alcoolisé, le psychologue met en lien sa difficulté à prendre soin de lui aujourd'hui et la maltraitance / négligence dont il a été victime dans le passé. Il accepte l'idée de l'hospitalisation mais se donne encore un peu de temps. Le psychologue lui verbalise son refus d'être un témoin muet de ses comportements à risque.

Un jour, il se rend au centre alcoolisé et joue avec ses clés de voiture tout en évoquant des idées suicidaires. Il refuse l'hospitalisation. Le psychologue lui fait part de son inquiétude et ne lui redonne pas de nouveau rendez-vous.

Fin de la période critique : vers une consolidation de l'alliance thérapeutique

Il reviendra deux mois plus tard à sa sortie du CHS où il s'est finalement rendu quelques semaines plus tard. Il est réorienté vers le centre d'addictologie par son psychiatre pour y poursuivre la suivi psychologique. Le suivi psychologique prend alors (à 12 mois du début) la forme d'une psychothérapie au rythme d'un entretien par semaine pendant deux ans, puis un à deux rendez

vous mensuels pendant deux autres années.

Son hospitalisation s'est bien déroulé, il s'est rendu compte qu'il était initialement très méfiant envers tous médecins sur lesquels il pouvait projeter à la fois une autorité abusive et une crainte qu'on ne l'aide pas et qu'on l'abandonne.

Il débutera alors le rendez vous en se souvenant de la dernière séance “ avant la rupture de soin.

-vous savez, tout le monde savait pour l'inceste mais personne n'a rien dit ou fait. C'étaient eux les témoins muets que vous avez parlé, en fait c'est ça que vous vouliez dire.../... Encore maintenant tout le monde sait mais fait comme si rien n'avait existé.” Cette intervention qui cherchait à donner une cohérence au comportement du patient en travaillant sur l'axe passé/présent semble avoir été important pour le patient puisqu'il en fait référence spontanément lors de la reprise de la relation. C'est alors sur la cette base qu'une demande d'aide plus authentique est formulée cette fois.

Il évoquera alors avec beaucoup plus de pudeur et de manière plus discrète les situations de stress récentes puis les traumatismes d'enfance et parviendra progressivement en quelques années à en faire un récit plus cohérent en libérant très progressivement une charge affective importante, (colère, honte, dégoût).

4.2.2. Thème du lien entre vécu traumatique et vécu addictif

Nous avons déjà évoqué plus haut qu'un premier sevrage à précédé la première consultation. Nous avons vu comment au premier rendez-vous il a niée la charge affective d'évènements traumatiques que pourtant il mettait en avant. Tout s'est passé comme si en mettant cela en avant il dressait des limites autour d'un terrain où il serait peut être dangereux de s'aventurer. Et en même temps qu'il excluait la dimension traumatique dans son discours, certains aspects traumatiques viendront plus tard s'actualiser dans la relation (récit d'une future mise en danger de soi, devant les soignants) [Score APES : 0 et 1]

Au moment de sa reprise du suivi (12 mois) il explique sa rechute en des termes vagues tels que

« *trop de pressions, de stress* ». [Score APES : 2,5]

A 13 mois il raconte qu'un jour il a entendu des bruits provenant des ébats amoureux de son jeune fils avec sa fiancée dans la chambre voisine de la sienne.

« *je n'ai pas supporté ces bruits sexuels chez moi dans ma propre maison et je n'arrivais rien à leur dire, alors je buvais encore et encore pour tout oublier* ». Il évoquera progressivement sa honte d'avoir entendu cela et surtout sa honte de ne pas avoir pu en parler à son fils par pudeur. Cette honte lui a rappelé dit il sa honte liée aux agressions subies par son frère. À cette honte semblait s'agglutiner d'autres sentiments tels que le dégoût de lui ou la colère contre lui et *ceux qui savaient mais qui n'ont rien fait*. Il s'ensuit également une honte d'avoir honte et de ne pas arriver à faire face autrement que par l'alcool. [Score APES : 3]

à 15 mois Il généralise cette découverte et fait alors un lien entre son besoin de boire et ses émotions assez confuses difficiles à réguler. Ces émotions sont au début à peine discriminées. Le psychologue intervient alors très fréquemment pour l'aider à traduire en mot son vécu émotionnel. il s'agit plutôt d'un sentiment de malaise qui émerge face à des indices actuels de traumatismes passés. « *Avant le flash alcool y'avais un autre flash en fait je l'ai toujours plus ou moins su mais sans le savoir c'était trop vague* ». Les autres indices qu'il repère progressivement sont en fait très nombreux et quotidiens. [Score APES : 4] Il étend cette découverte à ses autres traumatismes (à 16 mois de suivis). Il évoque notamment tous les flash alcool qui suivaient tous les endroits de sa région où il est intervenu pour un accident en tant que secouriste. *En fait, encore maintenant je me souviens de tous les lieux d'accidents je revois notamment tous les jours la route où il fallait décrocher des morceaux de chair et comment je m'enivrais après...* ». [Score APES : 4] Ce lien est ici d'autant plus évident que les consommations d'alcool étaient socialement réglées. Après chacune de ses interventions l'équipe d'intervention s'alcoolisait ensemble dans la caserne. Puis plus tard, seul chez lui il poursuivait l'alcoolisation jusqu'à tomber de sommeil. « *En fait l'alcool c'est comme si je mettais une couverture sur toutes ces images tout ça* » .../... « *oui une couverture comme celles qu'on mettaient sur les corps.* » [Score APES : 4.5]

4.2.3. Vers une élaboration du contenu traumatique.

Un an après la reprise du suivi soit 2ans après le premier rendez -vous, il se confronte vraiment aux images dont la fréquence d'apparition semble avoir régressé mais non leur vivacité. Par contre, il semblerait que ce soit la capacité de traduction de sa tension intérieure, son malaise, son émotion qui semble avoir progressé. Il dit pouvoir se confronter avec moins d'appréhension à ses images, et même s'il semble encore se désorganiser lorsqu'elles apparaissent, cette désorganisation semble moins importante. Nous l'observons directement au cours des entretiens :

Par exemple, lors des entretiens, lorsqu'il parle de son expérience de secouriste, des mouvements dissociatifs apparaissent encore : son ton change, ses mouvements perdent de leur fluidité, il tend à quitter le regard. La mémoire narrative semble s'interrompre au profit d'une réapparition somato-sensorielle. Mais très rapidement, il s'en rend compte. Il ressort de cet état de dissociation passager en secouant la tête. À ce sujet il dira avec humour « *c'est pour mélanger le bocal comme ça les images disparaissent dans le floue* ». Il verbalise ce qu'il ressent et dépasse ce moment qui ne lui laisse dit-il plus d'impression durable « d'angoisse bizarre » ou d'avoir été « *un faible trop sensible* ». Il est conscient d'avoir remplacé son flash alcool par une envie de parler à quelqu'un même si ce n'est pas facile. [Score APES : 5] L'espace thérapeutique semble avoir favorisé la traduction en mot de son ressenti brut qui semblait autrefois devoir être dissout dans l'alcool. Mais une autre aide est intervenue selon nous dans l'amélioration de son état. Rappelons que parallèlement au suivi psychologique Mr. R. s'est beaucoup investi au sein des Alcooliques Anonymes. On peut penser que la narration de son histoire en groupe et l'écoute des autres histoires ont agit comme un entraînement à la verbalisation, à la prise de conscience du ressenti. Au cours du suivi, d'une manière générale, il a pris conscience de sa détresse, de sa peur tout à fait appropriée dans les contextes traumatiques. Nous remarquons que ce sentiment de détresse évoqué est très souvent suivi d'un sentiment de colère un peut plus loin dans son discours. Il en perçoit l'effet masquant. Les cris de la colère l'éloignent d'une douleur plus profonde celle d'avoir été confronté à un environnement « mauvais » seul sans soutien extérieur/intérieur.

Là encore, la gestion des émotions telles que la colère est intégrée au programme en douze étapes des alcooliques anonymes.

Progressivement, il donne un sens plus personnel aux événements (2ans 7 mois de suivi). Nous comprenons progressivement son activité de secouriste qui l'a confrontée à tant de scène de corps morcelés vient condenser l'idée de l'accident de voiture mortel de son frère, et l'image de la chute du corps de son père lors de la mise en bière qui l'a profondément choqué (il devient secouriste quelques mois après).

Cette distance émotionnelle du côté de l'élaboration psychique n'est cependant pas à confondre avec l'évitement émotionnel concernant la maltraitance physique ainsi que le deuil de son père. A ce sujet, Mr. R reste dans une idéalisation défensive, une exclusion défensive.

Mr. R évoque le deuil impossible de cet homme auquel il s'identifie. « *Quand il me manque je le regarde dans la glace et je me vois euh je me regarde dans la glace et je le vois...on est pareils enfin je crois pas que c'est pour ça qu'on est devenu alcoolique* ».

Nous avons évoqué l'incident au moment des obsèques de son père comme étant traumatique mais les signes de souffrances qui en résultent peuvent se confondre avec ce que certains auteurs ont nommé le deuil traumatique. A cette identification à son père s'ajoute une identité substitutive très marquée d'alcoolique anonyme. Bien que parfois problématiques et aliénantes elles sont également une source de support important et participent à son équilibre défensif somme toute assez fragile. Ces éléments renseignent sur une fragilité identitaires et identificatoire.

4.3. Présentation de Mlle C 34 ans .

4.3.1. Addiction et éléments de personnalité

Mlle C présente au début du suivi une dépendance au cannabis et au tabac, une consommation occasionnelle mais massive d'alcool. Elle ne consomme pratiquement plus d'héroïne et de cocaïne et n'a jamais eu de traitement de substitution.

Mlle C. semble présenter une personnalité limite avec des traits psychopathiques, névrotiques, et psychosomatiques. Elle présente une difficulté à s'affirmer, un manque important de confiance en soi et en l'autre. Elle valorise son adolescence rebelle encore présente, une image d'elle plutôt masculine, et questionne son orientation sexuelle.

4.3.2. Données biographiques concernant le traumatisme et l'addiction

Enfance, adolescence :L'enfance de Mlle C a été marquée par le fait d'avoir été témoin de bagarres et disputes violentes entre ses parents. Son père a présenté jusqu'à sa mort un alcoolisme franc et des troubles de la personnalité (d'allure borderline d'après sa description). Elle pense qu'il faisait partie d'une secte ce qui aurait affecté la relation de couple. Sa mère est décrite comme très déprimée depuis toujours. Avant 4 ans, elle est gardée par deux nourrices différentes qui l'accueillent pendant plusieurs mois chacune en alternance.

Elle a 10 ans quand ses parents divorcent et elle ne voit alors son père que pendant une partie des vacances scolaires pendant 3 ans et quelques rares Weekends .

Elle décrit avoir été manipulée psychologiquement par ses deux parents. Elle et sa sœur sont prises en otages dans la relation de déchirement du couple parental qui a perduré au delà du divorce. Chaque parent racontait les « secrets, et fautes », de l'autre, en renvoyant l'idée qu'il était fou ou pervers et qu'il fallait s'en méfier.

De 10 à 12 ans elle est abusée sexuellement par son beau frère qu'elle admire beaucoup. Ce n'est qu'à l'adolescence lorsqu'il est emprisonné pour pédophilie qu'elle dit avoir alors réalisé qu'elle a en fait été violée. Elle n'en parlera qu'à sa sœur de nombreuses années plus tard. À 11 ans elle

fume du tabac déjà régulièrement.

Elle a 12 ans lorsque sa grande sœur décide d'aller vivre chez son père. Elle se sent abandonnée et vit très mal cette séparation d'autant plus que dans cette nouvelle configuration elle a l'impression que chaque enfant choisit un parent. Elle verra encore moins souvent son père. À 14 ans elle subit un viol collectif lors d'une fête où sa mère lui avait défendu d'aller. Elle n'en parle à personne ni à ce moment ni après. Il semble qu'à cette période elle ait subi des brimades et insultes sexistes lui conférant une « *mauvaise réputation* » dans un quartier ou « *tout le monde savait tout sur tout le monde* ». Jusque là bonne élève à l'école, elle décrochera complètement. C'est à cette même période qu'elle se met à fumer du cannabis assez régulièrement et consomme de l'alcool ponctuellement mais de manière massive. C'est à l'occasion d'une de ses alcoolisations qu'elle subit un nouveau viol.

Elle n'en parlera pas non plus à ses parents ni même à son beau père avec qui pourtant se développe une relation positive réciproque.

À 16 ans elle subit une autre agression sexuelle pendant une soirée; elle en parle de manière différente parfois comme d'une « *jeu sexuel qui a mal tourné* » et d'autres fois comme d'une véritable agression sexuelle.

La même année, elle se trouve une passion pour la guitare et s'associe à d'autres pour former un petit groupe. Cet espace groupal semble lui offrir un lieu sécurisant.

À 17 ans son « *idole de cousin* » de 24 ans décrit comme le grand frère idéal meurt d'un accident de moto. Le lendemain, elle prend de l'héroïne et elle en consommera de plus en plus pendant une dizaine d'années.

A l'âge adulte : Cette poly-consommation s'atténuera vers 20 ans lorsqu'elle verra son père décéder d'une maladie en lien avec son alcoolisme. Mais sa mère meurt d'un cancer 2 ans plus tard, et Mlle C. consomme à nouveau énormément de produits en se marginalisant beaucoup plus. Quelques années plus tard elle apprend qu'elle est enceinte. Ce ne sera qu'à ce moment là que des soins assez importants se mettent en place. Une crise suicidaire amène à une hospitalisation au tout

début de sa grossesse. Un suivi psychiatrique et en centre de toxicomanie se met en place dans une ville voisine. Elle est bien entouré par son beau père et sa belle famille qui l'aide à accueillir cet enfant. Ses consommations de produit se limiterons à partir de là au cannabis dont elle est encore aujourd'hui dépendante et au tabac et occasionnellement une consommation massive d'alcool. L'usage d'héroïne et de cocaïne devient très rare.

4.3.3. Données familiales concernant le traumatisme et l'addiction

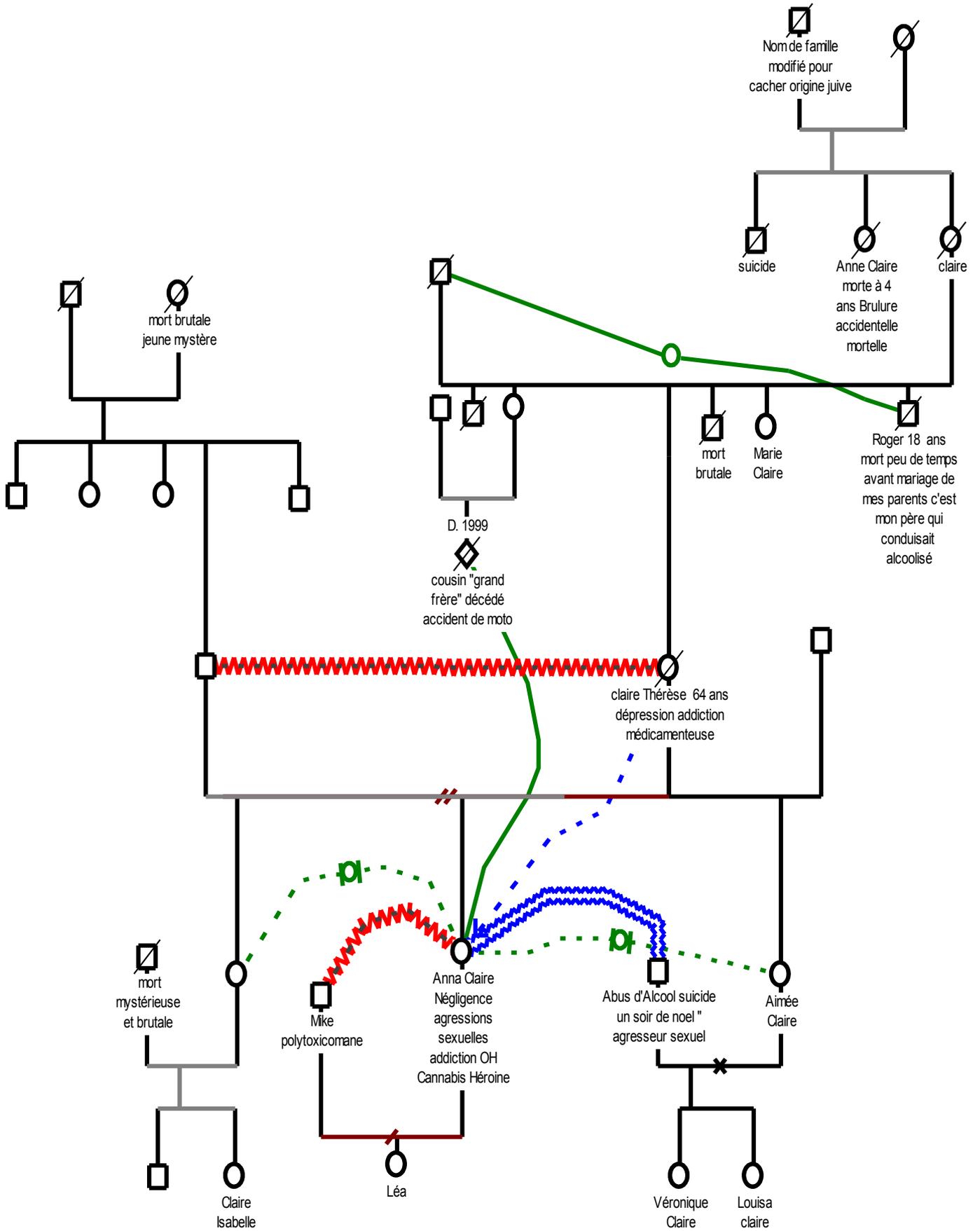
Le travail autour du génogramme laisse entrevoir :

- une généalogie de l'alcoolisme et autres conduites de dépendance, et de la violence conjugale.
- une généalogie, de morts violentes et de deuils non résolus. des mythes et mandats transgénérationnels lourds : Un père considéré par sa belle famille comme l'assassin de leur fils (accident de voiture où le père conduisait). Mlle C dit devoir porter cette dette depuis le jour où son grand père la prénomme « *filles d'assassin* »
- La présence du fantôme, du côté maternel, d'une enfant morte à 6 ans qui vient hanter les femmes des trois générations suivante en rendant malheureux selon elle, les descendants qui portent son prénom (six).

Mlle C très sensible à cette problématique veut briser la chaîne de cette d'une malédiction familiale en devenant la première mère à ne pas associer le *prénom maudit* à sa fille. Mlle C. semble par contre celle qui porte le plus l'histoire familiale « *je suis un vrai annuaire vivant je connais tous les noms et les dates, dans la famille c'est moi la mémoire* ». Sa formulation « *vrai annuaire vivant* » symbolise bien son contact étroit avec l'histoire transgénérationnelle passée.

Par ailleurs, sa mémoire familiale récente, concernant ses parents semble entrer en collusion avec son histoire personnelle : les disputes terribles où ses parents se sont affrontés ont été des moments où des secrets concernant l'enfance des parents se sont dévoilés de manière violente. Des abus sexuels subis par les parents sont cités à ces occasions par chaque parent comme source de la folie de l'autre.

Génogramme de Mlle C.



4.3.4. Repérage des Évènements et contextes traumatiques individuels et familiaux. et signes d'ESPT et ESPT complexes.

L'évaluation biographique nous indique une maltraitance parentale : violence psychologique et négligence émotionnelle grave, directe (manipulation) et indirecte (témoin violence conjugale), depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Mlle C a vécu dans un climat familial d'insécurité, d'imprévisibilité et de manipulation ou ses besoins émotionnels n'étaient pas respectés. La relation avec elle pouvait être instrumentalisée par ses parents depuis son plus jeune âge. À cela est associée une période d'abus sexuel de deux ans avec quelqu'un de sa famille qui était chargé de veiller sur elle. Les répercussion psychologiques en terme d'organisation de personnalité et de développement nous paraissent évidents et semblent pouvoir être soumis aux critères diagnostiques du trauma complexe décrits par HERMAN J.L nous retiendrons donc pour l'établissement du diagnostic d'ESPT complexe :

Une maltraitance parentale, psychologique, négligence des besoins émotionnels / Violence sexuelle intra-familiale.

A cela s'ajoute des événements à âge adulte plus proches de la description de l'évènement traumatique en critère initial de l'ESPT : Viols /Viol collectif.

L'application des critères ESPT et ESPT complexe à ces événements et contextes traumatiques sont décrit dans le tableaux suivant . Au vu de la situation évènementielle complexe, les symptômes ne sont pas tous reliés de manière nette à un événement ou à un contexte précis. Lorsqu'ils le sont, c'est que le patient les a reliés lui même de manière directe ou indirecte au cours des entretiens.

Différents signes ESPT, ESPT complexe repérés au cours de la première année du suivi.

Expérience traumatique (génogramme entretien cliniques)	Négligence des besoins émotionnels, témoin de violence phys. et psy. dans couple parentale.	Agressions sexuelles répétées (inceste/ beau-frère) pendant un an	Viol collectif	Viol
Age de survenue et contexte	Jusqu'à 12 ans contexte d'alcoolisation paternelle et dépression maternelle	Pendant 8 mois à 12 ans. Son agresseur se suicide quelques années plus tard le soir de Noël.	À 14 ans en marge d'une fête «non autorisée ».	16 ans « décrit comme un jeux sexuel qui a mal tournée »
ESPT complexe	Exposition, coercition prolongée			
B: altérations de la régulation de l'affect	Alternance :colère explosive/ inhibée ++ , Alternance sexualité compulsive/inhibée+++ préoccupation suicidaires,prise de risque			
C: modifications de l'état de conscience	Tendance à l'amnésie	Tendance à l'amnésie, réaction physiologique à des indices internes. et externes.		
D: altérations de la perception de soi ;	Culpabilité et auto responsabilité	Honte, culpabilité et sentiment sentiment d'être salie, marquée, d'être différente		
E: modifications de la perception du trauma / de l'agresseur	Souci de la relation idéalisation, parfois gratitude paradoxale,	Souci de la relation : idéalisation, sentiment d'une relation spéciale. Parfois alterne avec désir de vengeance et colère	Attribution (irréaliste?) d'une puissance totale à l'agresseur	
F: modifications des relations avec les autres	Excès de confiance en l'autre, recherche d'un sauveur alterne avec retrait, isolement Perturbation dans relations intimes, échec répété dans la protection de soi			
G : somatisations	Problèmes de peau (eczéma), migraines, dos bloqué, torticolis fréquemment reliés à l'événement émotionnel			
ESPT DSM IV :			A1 Exposition à un trauma grave A2 Peur intense impuissance / horreur	
B reviviscence de l'évènement traumatique			B1 souvenirs répétitifs	B1 souvenirs répétitifs B2 rêves répétitifs
C: évitement stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale	C1 évitement pensées sentiments	C1 évitement pensées sentiments C2 évitement pensées lieux	C1 évitement pensées, sentiments C2 évitement pensées, lieux C5 sentiment de détachement d'autrui C6/tendance à la restriction d'affects C7 sentiment d'avenir bouché	
D: présence de symptômes persistants traduisant une activité neuro-végétative		D1 difficulté de sommeil D2 irritabilité accès de colère D3 difficultés de concentration D4 parfois réactions de sursauts exagérés		
E: durée de la perturbation		chronique	Chronique	Chronique,
F: Impact	vie professionnelle familiale et amoureux			

4.4. Présentation du suivi psychologique de Mlle C.

4.4.1. Expression de la demande d'aide et établissement de l'alliance thérapeutique

Premier rendez vous : c'est sur les conseils de l'assistante sociale que Mlle C. prend rendez vous. Elle se plaint de difficultés à trouver un emploi, et lorsqu'elle en obtient un, des difficultés à le garder. Les démarches lui semblent pénibles et démotivantes. Elle parle facilement de toutes ses consommations de substances passées et présentes qui ont été désignées par son assistante sociale comme un frein à son insertion. Cependant, elle ne semble faire aucun lien avec son fonctionnement psychique et son histoire passée ou son contexte de difficulté actuel. Au fur et à mesure des premiers rendez vous son discours évolue et son manque de motivation est exprimé sur un ton provocateur et revendicatif :

« Pourquoi serions nous obligés de travailler, d'avoir une voiture.../... Le travail est stressant. Le travail n'est pas une valeur en soi.../... Je veux me sentir libre. Tant pis si on dit de moi que je suis comme un parasite, qui vit au crochet de la société.../...je préfère faire la fête avec mes amis ».

rapidement, elle reconnaîtra qu'il s'agit là d'un discours de surface. Derrière cette attitude de prestance se cache une souffrance dépressive importante qui dépasse largement le cadre de ses difficultés d'insertion.

En réalité Mlle C. vit au jour le jour, et a une vie sociale très limitée. Elle ne quitte son domicile précaire que par nécessité. Elle n'est pas si à l'aise qu'elle le prétend dans ce statut de « *marginale libre* ». Elle a même plutôt le sentiment de vivre en marge de sa propre vie. Mlle C. pense que la « *vraie vie* » c'est pour les autres, qu'elle est différente et ne fait pas vraiment partie du monde. Elle consacre l'essentiel de son énergie à élever son fils seule. Le reste du temps elle reste couchée dans son lit pendant des heures, dans un état de détresse passive. Elle n'est pas convaincue que quelqu'un pourrait l'aider. Elle demande éventuellement un soutien par rapport à son fils qu'elle élève seul et qui commence à lui poser des questions embarrassantes. C'est sur des questions éducatives relative à son fils que le suivi démarre sans qu'il soit véritablement question d'un travail autour des produits ou autour de son histoire de vie. Le fait que l'assistante sociale l'ait incitée

fortement à consulter l' a dit elle renvoyée à la période où elle aurait risqué de devoir placer son fils à sa naissance. Le soutien d'un psychologue et d'une psychiatre en CMP et CSST lui avait permis d'arrêter l'héroïne et de « remonter la pente », et lui avait permis de garder son fils.

Au cours des premiers rendez vous

Elle décrit des épisodes ou du fait de ses consommations de cannabis ou de ses alcoolisations massives elle prend des risques: rentrer avec des inconnus d'une fête, rentrer seule le soir en prenant des itinéraires peu sûrs. Elle évoque des relations sexuelles avec des partenaire parfois inconnus ... La priorité du suivi consista alors à l'aider à se mettre en sécurité.

Le suivi se met en place au rythme de 3 à 4 séances par mois. De nombreux rendez vous sont annulés déplacé. Il ne sera jamais question d'installer un jour ou une heure fixe. Cette fixité semble l'effrayer au plus haut point, bien plus que l'incertitude.

Elle évoque ces vécus traumatiques de manière partielle, isolés de leur contexte général et coupés d'un quelconque ressenti. Elle en parle souvent à partir d'un article lu; d'un film; vu ou d'un fait divers. C'est au psychologue de fournir des efforts de liaison entre ces bribes pour se construire un aperçu cohérent de son histoire dont les incohérences ne se limitent pas à son récit. D'autre fois c'est la colère qui l'anime lorsqu'un souvenir traumatique lui revient (agression) ou la tristesse voire la détresse lorsqu'elle évoque le décès de ses parents et de son cousin.

Alliance thérapeutique fluctuante : vers une mise à l'épreuve de la fiabilité de la relation.

Au niveau de la relation thérapeutique sa qualité alterne suivant les thèmes abordés ou les jours . L'alliance thérapeutique fluctue de très satisfaisante à passable. Les rendez vous étaient souvent annulé à la dernière minute Lors de la première année la relation thérapeutique s'est surtout mise au service de l'établissement d'une meilleure qualité de vie matérielle notamment et sur ses prises de risques. Le travail a eut pour objet de tenter de redonner du sens à ses prises de risque et à sa difficulté à demander une aide appropriée lorsqu'elle se trouvait en difficulté. Elle évoquera alors que tout comme elle n'arrive pas à tenir un poste de travail, elle n'arrive pas à instaurer une relation

continue avec un professionnel d'aide. Elle s'est aperçue qu'elle se débrouillait toujours pour tout saboter. Qu'alors même qu'elle avait besoin de quelqu'un elle ne le supportait pas. Elle ne supporte pas toute personne qui pourrait détenir sur elle une quelconque autorité. Elle fera une pose de trois mois (à 7 mois de suivi) dans le suivi à partir de la période des fêtes de fin d'années malgré quelques encouragement (relances du psychologue pour poursuivre ce travail). Nous apprendrons à son retour qu'elle est entrée dans un nouveau dispositif d'insertion ou elle a vu une psychologue et un conseiller d'insertion lui ayant conseillé de poursuivre le suivi. Lors de ce retour elle évoquera qu'elle s'était arrêté à une période anniversaire du suicide de son premier agresseur (beau frère), et qu'à cette période elle n'est pas bien. Elle évoque cela sur un ton détaché, sans affect mais se plaint d'un mal de tête qui interrompt l'entretien.

D'une manière générale pendant la première année de suivi la relation thérapeutique a été mise à rude épreuve : lorsqu'elle parle d'un élément traumatique de son histoire c'est souvent sur un ton neutre, impassible, ou alors clownesque, elle le tourne en dérision, elle se tourne elle-même en dérision. Puis lorsque le psychologue s'intéresse à ce thème ou à sa manière d'en parler, elle ne comprend pas pourquoi, et lui renvoie qu'il s'inquiète pour quelque chose de peu important, « *qui n'en vaut pas la peine* ». Le psychologue doit fournir un effort pour ne pas être happé par cette vision dérisoire de sa vie. Rire avec elle, d'elle, de cette manière pourrait le faire basculer du côté du mépris plus que de l'humour. Il doit en même temps faire attention à ne pas paraître trop inquiet ce qui serait une contre attitude naturelle face aux prises de risques relatées et autre faits terribles subis par elle. L'inquiétude de l'autre semble l'effrayer. Elle est parfois prise d'un mal être physique (maux de tête, mal de dos) qui semble être la traduction littérale d'un vécu émotionnel douloureux. Progressivement, au cours de cette première année elle a pu prendre conscience de son besoin de se mettre d'avantage en sécurité. En effet, quelques incidents suite à des consommations massives à risques, ainsi quelques réflexion de la part de son propre fils de 8 ans l'ont beaucoup aidé. Elle a été encouragée plusieurs fois par nous à consulter d'autre médecins pour des problèmes somatiques et quelques travailleurs sociaux pour améliorer sa situation. Elle constate qu'elle ne passe plus ses

journées au lit et reprend goût pour certaines activités. Elle arrive à parler de cette identité de « marginale-cas social-rebelle-sans future », qu'elle revendique mais qui l'étouffe aussi. Ainsi que sa peur d'être différente, de fonctionner autrement. Au bout de 15 mois dans ce contexte où l'alliance thérapeutique fluctuante semble relativement positive, elle exprime son malaise vis à vis de cette confiance qui s'installe. Elle dit avoir peur que la relation « dérape ». Elle évoque le fait que certains thérapeutes ont eut des relations sexuelles avec leur patiente, et semble s'attendre avec résignation à cette possibilité. Le psychologue explicite qu'il s'agirait d'une transgression du cadre. Ce comportement sera aussitôt travaillé dans le sens d'une réduplication littérale de certains de ses traumatisme. l'axe passé/présent sera mis en avant afin de donner tout son sens à cette interaction. Elle évoque alors de manière plus authentique son vécu traumatique relatif à son abus sexuel pendant l'enfance et la confusion de langue tendresse/ sexualité qu'elle a vécu. Puis elle évoquera ses différents viols sans détachement vis à vis de son vécu émotionnel et en évoquant précisément ses moment de dissociation péri traumatiques. À partir de cet entretien, l'alliance thérapeutique se stabilise et la confiance semble s'être installée complètement.

À la séance suivante elle dira avoir beaucoup fumé comme toutes les fois ou elle repense à son passé ou des indices de ce passés. Sa consommation de substance ne sera plus banalisé du côté festif mais considérée comme un signe de sa souffrance. Sa demande d'aide devient plus consistante après ce moment relationnel considéré comme un test de confiance. Elle décide de consulter un médecin dans une perspective de soutien médicamenteux à un diminution de consommation de cannabis.

4.4.2. Thème du lien entre vécu traumatique et comportement de consommation

Mlle C à un fonctionnement complexe avec les produits. Le cannabis est un produit pris régulièrement pour lui permettre de dormir, de ne plus penser de ne plus ressentir notamment des sentiments de honte, de dégoût ou de colère en lien avec certains réveils de souvenirs traumatiques, mais aussi d'une façon plus générale pour fuir les contraintes de là réalité. Elle ne fait aucun lien

entre son histoire traumatique et les prises de substance. Même lorsqu'elle relate sa situation de vie actuelle plus que stressante, elle ne voit que coïncidence lorsque certains évènements éprouvants sont suivis par une recrudescence de consommation [Score APES : 0] Elle ne semble pas véritablement avoir conscience de s'auto-médiquer de la sorte. Ce traitement de fond s'oppose au traitement de choc que représente pour elle l'alcool, au début du suivi pris en quantité très importante et l'héroïne.

Elle fait souvent référence pendant les premiers mois à une sorte de groupe d'appartenance « marginale-cas social-rebelle-no future » et justifie ainsi son attitude de détachement du monde et d'elle-même et son utilisation de drogues « *vive l'anarchie* ». [Score APES : 0]

Pendant la première année du suivi ces produits étaient encore consommés de manière occasionnelle lorsqu'elle était confrontée à un nouvel élément de réalité traumatique ou une date anniversaire de traumatisme. Par exemple, lorsqu'elle recroise un de ses anciens agresseurs envers lequel elle n'a jamais voulu porter plainte et qui habite son quartier, elle se débrouille pour se trouver en milieu festif le soir même et elle s'alcoolise énormément ou prend de l'héroïne. Puis en quittant la soirée, elle se met en danger relationnel ou accidentel risquant ainsi une revictimisation. Elle fait quelques liens en général entre ces deux problématiques mais de manière évasive, elle semble vouloir éviter d'affirmer clairement les choses. [Score APES : 1] Elle semble gênée à évoquer cela. Ce n'est que progressivement, après 14 mois de suivi environ, qu'elle parvient à évoquer ce lien général de manière plus claire ainsi que son sentiment de honte associé « *c'est pas vrai je suis nulle je n'arriverai jamais à arrêter toute cette machine qui se déclenche* ». [Score APES : 2,5] rappelons nous que ce moment du suivi a précédé de deux semaines sa peur d'un « dérapage » dans la relation avec le psychologue. Et justement à 15 mois après cette séance importante elle parvient à établir certains de manière précise certains liens entre vécu traumatique passé et comportements addictifs actuels. Ce lien se fait également dans le sens d'une crainte d'arrivée de nouveau traumatisme si elle poursuit. En effet, elle prend conscience des risques pris sous l'effet de consommation massive d'alcool notamment. L'arrêt total de l'alcool et de l'héroïne a

permis de diminuer l'apparition de nouveaux traumatismes .

Quelque temps plus tard (16 mois de suivi) alors qu'elle ne consomme plus que du cannabis et qu'elle décide d'en diminuer la quantité et la fréquence, elle constate que les souvenirs traumatiques sont plus nombreux et plus vivaces. [Score APES : 3] A ce moment là, elle vérifie en « direct » ce lien entre ses deux problématiques. . Elle semble comprendre comment un indice lui rappelant un traumatisme passé peut provoquer une reprise de la consommation., mais sans pouvoir repérer l' indice précis dans un premier temps. [Score APES : 4] Les indices traumatiques ne sont pas tous évidents à mettre en avant lorsqu'elle reparle de ses reprises de consommation. Elle a pu cependant en repérer certains et ce processus mis en évidence semble avoir eut un effet très rassurant « je ne suis pas folle il y a une logique ». [Score APES : 4] Les indices en eux même et la reviviscence n'étaient quand à eux pas très rassurant. Le psychologue devait intervenir pour soutenir ce travail d'élaboration naissant et avec son aide elle parvenait à supporter de discuter autours de ces différents lien addiction/trauma. Parler du traumatisme lui est devenue dans le cadre de la relation beaucoup moins destabilisante que le le rappel de l'indice et ses stratégie d'évitement. Nous pouvons citer comme indice, toujours suivi d'une augmentation de consommation de cannabis :

un reportage sur le massacre des éléphants en Afrique désignés comme des victimes de braconniers sans scrupules par la journaliste : *« ce reportage m'a énervée, je ne sais pas pourquoi j'ai pleuré pleuré pleuré et après j'ai fumé fumé fumé »* Mlle C évoque une identification aux éléphants, son indignation et sa colère confuse (19 mois) [Score APES : 3]

Elle évoque aussi des hommes en costume venant inspecter son nouveau lieu de travail qui ne lui disent pas bonjour et lui semblent la regarder comme une chose insignifiante *« on n'était rien pour eux, comme si on n' existait pas et qu'on était invisible quel manque de respect, de mépris... j'ai fait la grève après on m'a dit que c'était excessif mais moi je ne suis pas leur chose...vous devez vous demander si j'ai fumer après et bien non enfin pas au point de me « déchirer le visage » comme avant. ».*(21 mois) [Score APES : 3.5]

4.4.3 Vers une élaboration du contenu traumatique :

Nous avons vu comment la résolution de son test de confiance lui a permis d'apaiser une relation d'aide qui pouvait lui sembler menaçante par moment. Cela s'est fait parallèlement à une mise en sécurité et à une réduction des risques associés aux consommations. C'est seulement après 15-16 mois de suivi que nous pouvons dire qu'elle se sent suffisamment à l'aise pour un travail d'élaboration psychique. Nous avons vu comment il était extrêmement difficile pour Mlle C de faire confiance et d'aborder sa problématique traumatique. Pendant la première année nous avons eut l'impression de marcher sur des œufs avec elle concernant son passé traumatique. La confiance s'étant peu à peu installée elle s'est montrée plus en demande de travailler autour de son vécu traumatique. Elle s'est montrée particulièrement attentive au fait que ses consommations pouvaient favoriser d'autres traumatismes et recharger sa mémoire traumatique. Au cours de la seconde année, nous nous sommes appuyés sur l'utilisation d'un contenant culturel tel que les contes de fée, des romans ou des films. C'est à travers ce type de matériel qu'elle a pu dans un premier temps parler de son vécu sans trop de réactivation de sa mémoire traumatique. Ces éléments ont servi de médiation à la parole. Elle évoque à travers le conte du petit Poucet son sentiment d'abandon, ses angoisses, son impression d'avoir dû se débrouiller toute seule très vite et dans un climat de négligences parentales. Le conte du chaperon rouge a permis de mettre en avant sa difficulté à se protéger des agresseurs-loup. Elle parle de ce défaut de protection en terme transgénérationnelle : la mère du chaperon rouge savait qu'il y avait un loup et aurait pu en lui interdisant strictement de traverser le bois attirer sa curiosité et la pousser dans la gueule du loup. Elle évoque à partir de ce conte le non-dit autour de sa mère agressée elle-même étant enfant. Mais le personnage qui lui fait penser le plus à sa vie, c'est la belle au bois dormant. Elle y retrouve bien évidemment le thème de la malédiction familiale, de la méchante fée qui se penche sur le berceau, mais surtout la pique qui la plonge dans un sommeil et qui statufie tout son royaume. Mlle C associe à ce charme le pouvoir dissociatif des substances psychactives consommées, et se souvient de la période où elle passait toute sa journée allongée sous sa couette à ne penser à rien. Elle se souvient alors tout à coup que

sa mère dépressive faisait pareil, elle passait ses journées allongées. Mais tout comme la belle au bois dormant rêvait sans doute, elle s'autorise progressivement à évoquer ses souhaits, désirs, projets. [Score APES : 5]

Elle semble vouloir dépasser cette malédiction familiale en décidant de passer le permis. Ce qui dans sa problématique familiale est loin d'être anodin (accidents mortels) elle évoquera sa peur de tuer quelqu'un sur la route (et à partir de cette peur son désir de tuer certains de ses agresseurs). Par ailleurs, la question de la dette familiale s'est posée lorsque lors d'un moment de découragement (fin de la deuxième année). Elle s'entend prononcer « *pourquoi je dois toujours payer j'ai rien fais de mal !* ». Cette phrase pourtant déjà prononcée à maintes reprises lors de ses multiples revendications prend un jour un autre sens du côté de devoir ou non assumer la faute des ses ancêtres.

Notons que ce qui a permis à Mlle C de poursuivre ce travail a été la présence simultanée de multiples aidants. Cette multitude même semble avoir permis de rendre ce lien supportable car non exclusif. Le passé de Mlle C, fait de ruptures, d'abandon, de déceptions, rendait en effet vital mais aussi très fragile, cette question du lien.

Lors de cette fin de deuxième année Mlle C est particulièrement attentive à son fils et aux risques qu'il peut prendre chez son père. Elle a demandé à un juge de statuer sur le mode de garde de son fils qu'elle trouvait en danger potentiellement avec son père qui s'alcoolise énormément et dont les fréquentations lui paraissent douteuses. Le juge donne raison à Mlle C. et missionne un lieu tiers provisoire pour organiser les visites du père. Progressivement elle adresse des demandes d'aides plus précises. Ainsi sa difficulté à prendre soin d'elle, voire une certaine auto-destructivité s'est atténuée. Cependant la poursuite de la consommation de cannabis semble limiter l'évolution de Mlle C. Elle dira que le cannabis fait en quelque sorte partie de sa personnalité et elle n' imagine pas fonctionner sans. Elle souhaite cependant quitter son image de « cas social-rebelle-sans future », dans laquelle elle ne se reconnaît plus. Elle milite dans une association d'aide, obtient son permis et semble apprécier de « *jouer à Mlle tout le monde* »

5. Analyse des données:

5.1. Concernant l'entrave thérapeutique :

Début du suivi	MR R.	Mlle C
Demande d'aide / floue / paradoxale / contradictoire.	oui	oui
Difficulté dans l'établissement de l'alliance thérapeutique	oui	oui

Pour Mr R comme Mlle C, **la demande d'aide** semble au début très floue, confuse et inconsistante malgré des besoins d'aide évidents. Le discours est centré sur les dommages actuels causés par les produits et qui sont présentés par les sujets comme venant gêner leur entourage plus qu'eux. Les éléments traumatiques sont cités et évités dans le discours ou alors racontés sans affects. La demande émane de tierces personnes (initialisée par le médecin et portée en partie par un contrôle judiciaire pour Mr. C , et initialisée par une AS et portée par des agents d'insertion pour Mlle C). Ces deux patients ont eu en commun, au début, de montrer qu'ils n'allaient pas bien, plutôt que de le dire. La demande apparaît plus dans des actes qui prennent valeur d'appel (prises de risque, difficulté à adopter une attitude d'auto- protection.)

Concernant **l'alliance thérapeutique**. Mr R vient souvent alcoolisé De nombreux rendez-vous ne peuvent donc pas avoir lieu. Mlle C, quand à elle, s'étonne qu'on s'intéresse ou qu'on s'inquiète pour si peu de chose lorsqu'elle évoque ses difficultés. Elle manque beaucoup de rendez-vous ou vient en fin de séance.

Le travail prend une visée préventive et se centre sur une mise en sécurité matérielle et physique. Cela semble en soit un objectif difficile à atteindre avec ces deux patients enclins à banaliser l'incidence négative des risques qu'il prennent. Alors que cela semble un préalable à tout autre type d'intervention. La prévention des risques n'aboutira que dans un second temps, une année après le début du suivi. Par ailleurs, des éléments de transfert et contre-transfert traumatiques ont infiltré la relation thérapeutique et ont perturbé énormément la relation, ce qui faisait de ces patients des patients difficiles à suivre.

5.2. Concernant le défaut d'élaboration psychique du vécu traumatique et addictif associé

Début du suivi < 1 an	Mr. R	Mlle C.
Score APES < 3.	OUI	OUI

Avant 15 mois nos sujets sont en dehors ou dissocié de cette expérience problématique que constitue le vécu traumatique et addictif associé; ou alors ils sont dans un évitement actif. Progressivement, une vague conscience de cette expérience émerge vers 14 mois pour Mlle C et 12 mois pour Mr.R.

5.3. Concernant l'ouverture thérapeutique :

H3 Nous nous attendions à retrouver une levée de l'entrave thérapeutique et un travail d'élaboration psychique possible après une période significative de suivi psychologique

Ouverture thérapeutique	MR R	Mlle C
Levée de l'entrave thérapeutique	OUI à 12 mois	OUI à 15 mois
Facilitation de l'élaboration psychique du lien addiction traumatisme	OUI 1 ^{er} score [3] à 13 mois	OUI 1 ^{er} score [3] à 14 mois

En ce qui concerne Mlle C, elle semble avoir une prise de conscience de la nature utilitaire de son addiction vers 14 mois du suivi. Jusque là ce lien semblait plutôt vague. Elle précède de deux mois le repérage dans son récit d'un vrai travail d'élaboration psychique (15 -16 mois).

Pour Mr. R, cette prise de conscience de la fonction de l'addiction vis à vis de son vécu traumatique (13 mois) s'est fait après la levée de l'entrave thérapeutique (12 mois).

Nous remarquons que durant ce suivi de trois ans, l'amélioration de la démarche thérapeutique d'une part et l'apparition de l'élaboration psychologique du vécu traumatique associé au vécu addictif chez ces deux sujets, s'est fait à moins de deux mois d'intervalle ce qui nous amène à nous poser des questions. Est ce que ces deux éléments sont deux facettes d'un même phénomène ou est ce qu'ils ont été favorisés par un autre facteurs commun antérieur ?

5.4. Autres résultats importants:

Un autre résultat relevé au cours de l'analyse de ce suivi, vient compléter les précédents.

Il s'agit d'un thème que nous avons déjà évoqué : les éléments du transfert traumatique. Nous nous sommes aperçus que nos deux améliorations se sont déroulées exactement à la même période que sa prise en compte, sa verbalisation, et la tentative de l'élaboration de certains éléments de la dynamique transféro-contre transférentielle traumatique.

Pour Mr R, la relation d'aide a pu refléter plutôt une absence d'aide dans un contexte *d'assistance impossible à personne en danger*. Rappelons ses nombreuses prises de risques au volant racontées de manière banalisée et ostentatoire. Cela mettait les soignants dans l'impossibilité de l'aider (au moins à se protéger) . Le psychologue a choisi d'exprimer son refus d'être le témoin muet de la souffrance de Mr R tout en l'encourageant à avoir une attitude protectrice vis à vis de lui même. Cette intervention s'était faite afin de ne pas risquer de reproduire l'attitude des parents de MR R au courant des abus sexuels dont il a été victime enfant. Mais elle impliquait un arrêt du suivi dont les limites étaient déjà dépassées dans le cadre d'un suivi en ambulatoire. Bien que la relation thérapeutique se soit interrompue, lors de sa reprise, il a évoqué cette dernière séance qui semble avoir ouvert un questionnement sur la valeur et la confiance dans l'aide qu'un adulte peut apporter à une personne en danger. Par la suite, il évoque souvent cette séance comme point de départ à la confiance accordée au travail thérapeutique.

Pour Mlle C aussi les prises de risque racontées généraient quelques problèmes dans la relation thérapeutique . En outre, le psychologue a dû beaucoup lutter pour ne pas se laisser entraîner par son discours auto-dérisoire parfois déroutant, surprenant, voire drôle; mais confinant toujours à un certain mépris d'elle même. Mais il semblerait que pour elle les éléments de transfert traumatique qui infiltraient le plus la relation d'aide semblaient davantage refléter l'expérience de la terreur et de l'impossibilité de fuir une relation d'emprise. Mlle C., a semblé avoir peur que ne se tisse en toile de fond de la relation d'aide une relation d'emprise. Elle semble avoir eu peur d'une sorte de risque d'enfermement dans la relation thérapeutique dont elle semblait même craindre un dérapage

(transgression) de la part du psychologue. Ce passage délicat a permis de travailler sur les transgressions subies dans l'enfance et son attente passive d'en subir d'autres. Ce travail a également été le point de départ d'une relation de confiance (qui ne semble toutefois jamais totalement acquise). Cela a débouché sur un discours beaucoup plus cohérent avec son vécu émotionnel, et l'humour est apparu dans la relation, bien différencié du mépris qu'elle avait pour elle-même.

Nos résultats semblent indiquer que la levée de l'entrave thérapeutique, la prise de conscience du lien fonctionnel de l'addiction, et un véritable travail d'élaboration n'ont pu avoir lieu qu'après cela.

Un autre élément peut être rapporté comme facteur d'ouverture thérapeutique: Parallèlement au suivi, et dès le début, nous avons orienté les sujets vers divers organismes, associations ou professionnels spécialistes afin de faciliter une « mise en sécurité » et une amélioration de la situation matérielle et médicale. Ils ont tous deux fait quelques démarches, surtout après la prise de conscience de leur comportement addictif comme stratégie. Il est indéniable que les relations positives même ponctuelles avec d'autres personnes ressources ont eu un impact sur l'évolution de la relation thérapeutique, même s'il nous est difficile d'en rendre compte dans le cadre de ce travail.

6. Discussion

Difficultés thérapeutiques générales :

Nos deux patients ont été entravés dans leur démarche thérapeutique au début du suivi. Nous rejoignons les conclusions des études rapportées par SIMONEAU H (2008) concernant les difficultés liées au traitement des sujets présentant une comorbidité addiction/ traumatisme. Ces travaux parlent d'abandon prématuré des traitements, y compris ceux proposés dans le cadre de traitements intégrés addiction/traumatisme (NAJAVITS 2002). Ces échecs étaient expliqués par l'hypothèse de l'auto médication. Nos patients ont eu du mal à s'engager dans la relation thérapeutique. Nous avons vu comment le retour du contenu traumatique succédait une période de sevrage ou de diminution de consommation . Ils ont vraisemblablement eu peur de perdre le gain que procurait l'addiction sur le vécu traumatique. Pour autant cette peur a été inconsciente, tout du moins, non exprimée par le patient au début du suivi, tout au plus en avait il une vague conscience.

Défaut d'élaboration psychique du vécu traumatique et addictif associé

Un défaut d'élaboration psychique autour de l'addiction comme fonction, comme stratégie, est apparue chez nos patients. Nous rejoignons KEDIA M (2008) parmi tant d'autres pour qui le défaut d'élaboration psychique dans ce contexte, résulte de l'effet dissociatif de la substance addictive (anesthésie corporelle et psychique). Ce défaut d'élaboration psychique obéit à une logique dès lors que l'on considère que l'addiction qui vise la décharge immédiate de la tension psychique, en la convertissant aussitôt en besoin somatique, est justement à l'opposé du travail d'élaboration qui vise progressivement à intégrer ces tensions dans le psychisme en leur donnant du sens. (MC DOUGALL J.2004). Par ailleurs comme pour nos deux sujets, le lien séquentiel entre le vécu traumatique et l'addiction a été rompu. Cela va dans le sens de l'autonomisation de la problématique addictive (BRUSSET B.2004) et de la focalisation de moins en moins importante sur les problèmes

initiaux(VELEA D.,2005) Enfin nous avons vu comment nos deux patients en « court circuitant » le travail de mentalisation et d'élaboration par l'acte addictif, lorsqu'ils consommaient massivement venaient redupliquer le traumatisme (SIGWARD J.M.2006, RAVITT, 2003,2004). Mais cette hypothèse d'automédication n'explique pas tout.

Précarité de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique difficile à mettre en place chez nos patients a vraisemblablement joué un rôle. Nos patients ont eut du mal à se faire confiance, comme beaucoup de survivants de trauma surtout lorsque la source du traumatisme s'origine dans une relation avec un semblable. NAJAVITS LM. (2000) suggère en outre que les obstacles puissent s'originer également chez le thérapeute. Elle évoque le *paradoxe dans le contretransfert* face au trouble concomittant qui voudrait que lorsqu'ils s'identifient plutôt à l'ESPT les thérapeutes son exagérément dans le soutien alors que s'ils s'identifient au trouble addictif ils insistent davantage sur la responsabilisation du patient. Le psychologue a peut être pu être à certains moments, un peu trop dans le soutien même lorsque le patient se montrait difficile, ce qui a pu entrainer des effets délétères sur l'établissement de l'alliance thérapeutique. Concernant cette difficulté à suivre ces patients par moment, le fait d'identifier la problématique traumatique et certaines composantes émotionnelles souvent associées telles que la colère a permis d'avoir un cadre d'interprétation qui a sans doute permis de mieux réagir à certaines de ces manifestations émotionnelles.

Hypothèse de l'exploration du lien entre traumatisme et addiction comme ouverture thérapeutique :

La difficulté rencontrée dans le suivi tant du côté du patient que du côté du psychologue n'a toutefois pas empêché que l'exploration du lien entre vécu traumatique, vécu addictif se poursuive tant bien que mal.

Cette exploration présente à minima dès le début du suivi psychologique devait permettre dans la durée une ouverture thérapeutique. Cette hypothèse ne paraissait pas ambitieuse à première vue car

elle stipulait ni plus ni moins que « plus le temps passe plus il y a des chances que les choses s'arrange ».

Cependant cette hypothèse prend un peu plus d'épaisseur si on replace cette activité d'exploration dans le cadre théorique de la théorie de l'attachement auquel le psychologue se référait dans la mise en place de ce suivi (cf introduction). Selon BOWLBY J (1988) 44 *le thérapeute est une base de sécurité quelqu'un de régulier et de cohérent, dont le soutien, la compréhension et la guidance occasionnelle aide le patient à explorer les relations affectives mêmes si elles sont douloureuses et tristes* Un des facteurs importants retrouvé pour expliquer l'évolution positive de nos sujets a été justement la notion de sécurité expérimenté dans la relation. Cette théorie situe le système d'attachement comme un système complémentaire du système exploratoire. Elle postule qu' il faut se sentir suffisamment en sécurité pour pouvoir partir explorer le monde environnant.

La sécurité comme condition nécessaire à l'exploration

Pour en revenir à notre étude nous avons découvert que l'ouverture thérapeutique, cette exploration du monde interne du sujet concernant son vécu traumatique et addictif dans le cadre d'une démarche thérapeutique opérante n'a vraiment pu se faire qu'à partir du moment où les patients ont pu expérimenter dans la relation, des éléments de l'ordre de la sécurité. Nous soulignons au passage que pour la théorie de l'attachement l'alliance thérapeutique se confond avec la notion même de base de sécurité. (GUEDENEY 2002).

Cette sécurité semble avoir été acquise par nos patients à l'occasion de la résolution d'un crise dans « l'histoire du suivi ». Cette crise dans le suivi était directement lié à l'infiltration d'éléments traumatiques dans la relation thérapeutique. Nos deux patients ont présenté en effet, nous l'avons vu des éléments de transfert traumatique qui reflétaient, soit la terreur soit l'absence d'aide, selon la terminologie de HERMAN 1992. Cette résolution reposait sur la nécessaire élaboration d'éléments

44BOWLBY J (1988) A secure Base : clinical implication of attachment théorie. Routledge Londres cité par GUEDENEY N. (2002) Théorie de l'attachement et application aux techniques psychothérapeutiques chez l'adultep 155-162 in GUEDENEY N. et GUEDENEY A. (2002) L'attachement, concept et applications MASSON Paris

traumatiques qui réactualisaient dans l'ici et maintenant de la relation.

Cela souligne l'importance de s'intéresser à *l'histoire du suivi* aussi et non seulement à l'histoire du sujet.

Caractère non exclusif du lien

Un autre facteur a été isolé pour rendre compte de l'évolution favorable de nos suivis il, s'agit de la présence de relations positives même ponctuelles avec d'autres personnes ressources parallèlement à notre suivi. En dehors du soutien social qui constitue en lui même déjà un apport important, ce lien avec d'autres aidants a conféré à la relation thérapeutique un caractère de non exclusivité qui semble avoir eu tout son intérêt. La multitude d'aidants parallèles peut confiner au nomadisme thérapeutique ou à une dispersion thérapeutique non profitable pour le patient. Cependant ici, cela semble avoir permis de rendre le lien thérapeutique supportable. En effet, dans le contexte de ruptures, d'abandons, de déceptions, qui était celui des patients la question du lien est très fragile. Son exclusivité dans le cadre de la relation thérapeutique aurait pu être vécue comme menaçante.

Conclusion

Intérêt de l'étude :

L'exploration du lien entre traumatisme et addiction dans le cadre d'une relation thérapeutique sécurisante permet une ouverture thérapeutique. Bien évidemment au vu de la taille de notre échantillon les éléments retrouvés dans cette étude ne peuvent être généralisée. Mais là n'était pas l'objectif. L'objectif de cette étude exploratoire était de nous familiariser avec ce thème en vue peut être de construire d'autres recherche si ce thème était fertile. Cela nous semble être le cas.

Cette étude nous a permis de faire un retour sur trois années de suivi psychologique. Il s'agissait aussi indirectement de modéliser un peu plus la pratique du suivi psychologique face à l'approche de ces deux thèmes. Nous avons opté pour l'étude de deux situations à l'issue favorable. Peut être nous renseignent-elles en creux sur ce qu'il se passe lorsque la relation n'aboutit pas. En tout cas elle nous a permis de modéliser un peu le processus interactif en jeu entre le psychologue et le sujet.

La théorie de l'attachement comme outil de théorisation et de compréhension de certains aspects généraux du processus thérapeutique nous paraît ici tout a fait adapté avec des sujets ayant été victime pendant l'enfance, ayant une souffrance importante en lien avec des séparation, et présentant une aménagement limite de la personnalité.

Limites

Certaines limites à cette étude doivent cependant être évoquées qui concernent notamment la méthodologie. Nous avons utilisé la grille APES de STILES (2002) comme une grille de lecture et non comme cela est préconisé par l'auteur à partir d'un matériel recueilli et analysé systématiquement. Par ailleurs nous aurions pu être plus rigoureux autour de l'évaluation de l'alliance thérapeutique. Elle s'est réduite aux impressions cliniques et aux éléments du dossier. Peut être aurions nous pu utiliser une grille de lecture à défaut d'un questionnaire qui aurait pu également donner la parole au patient

sur cette question.

Concernant l'établissement du profil traumatique nous avons vu l'intérêt du génogramme comme base de recueil de données. Mais il était important de prendre en compte qu'en demandant au patient de nous dire quelques chose de lui à travers son arbre de vie il est probable que ce contexte narratif a pu contaminer l'évocation de données plus personnelle (certaines branches peuvent faire de l'ombre).

Bien évidemment nous nous sommes heurtés au problème de l'étude rétrospective qui même soumise à un essai de formalisation des données reste prise dans la subjectivité du chercheur qui plus est se trouve être le psychologue de cette étude.

Perspective.

Nous pourrions imaginer d'autres études à l'avenir concernant ce thème. Tout d'abord, nous sommes centrés ici sur certains éléments du processus thérapeutique en jeu et sur le vécu subjectif. Nous pourrions pousser plus loin l'analyse et évaluer le changement survenu : atténuation des symptômes traumatiques et addictifs par exemple, amélioration du fonctionnement psychique, relationnel.

Nous pourrions également utiliser la théorie de l'attachement jusque dans le recueil des données et prévoir des échelles de codage du récit (telle que l'EDICODE en hétéro-évaluation ou le CAMIR et sa formule Q-sort entre questionnaire et entretien. Ces outils étant destinés à l'évaluation au niveau des représentations sémantiques, des stratégies de contrôle ou de régulation émotionnelles dans les relations passées et présentes. Cela nous permettrait d'appréhender la régulation émotionnelle souvent évoquée dans le cadre de l'hypothèse de la fonction auto-thérapeutique de l'addiction.

Bibliographie

ABONDO M. (2007) Les capacités d'élaboration : concept transdimensionnel *Annales médico-psychologiques* Volume 165, numéro 4 pages 241-245)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed text revision (DSM-IV-TR.)* Washington DC, Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). *DSM-IV-TR. Critères diagnostiques* 4e édition, Texte Révisé Paris : Masson.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder 4th ed (DSM-IV.)* Washington DC, *Critères diagnostiques* Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (2003). *DSM-IV-* 4e édition, Paris : Masson.

BENONY H. et CHAHRAOUI K. (2003) *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*, Dunod,

BOURGAULT R.M. (2008) Trauma complexe ou DESNOS in KEDIA, A. SABOURAUD-SEGUIN et AL(2008) . *Psychotraumatologie*. Paris, DUNOD, p 47-5

BOWLBY J (1988) A secure Base : clinical implication of attachement théorie. Routledge Londres

BRIERE JN et ELLIOT (1994) Immediate and long-term impact of child sexual abuse. *Sexual abuse of children* Vol 4. N°2

BRUSSET (2004) Dépendance addictive et dépendance affective PUF *Revue française de psychanalyse* 2004/2 - Volume 68 pages 405 à 420

DEBRAY Q. (2006)Traumatisme, syndrome psychotraumatique et troubles de la personnalité in in JEHEL L. LOPEZG. Et al (2006) *Psychotraumatologie, évaluation, clinique, traitement*, 92-99, Paris, DUNOD.

GOODMAN A.(1990) Addiction définition and implications, *British journal of addiction* ,85, 1403-1408

GUEDENEY N. (2002) Théorie de l'attachement et application aux techniques psychothérapeutiques chez l'adultep 155-162 in GUEDENEY N. et GUEDENEY A. (2002) L'attachement, concept et applications MASSON Paris

HERMAN J L. (1992) *Trauma and Recovery*, Copyright (c) by Judith L. Herman. Reprinted by arrangement with BasicBooks, a division of HarperCollinsPublishers, Inc.

HOLMES J. (2001) The search for the Secure Base. Attachment Theory and Psychotherapy. Ed Routledge London & New York.

KEDIA M. (2008) *Prédicteur du développement d'un ESPT* in M.KEDIA, A. SABOURAUD-SEGUIN et Al (2008) *Psychotraumatologie*. Paris, DUNOD, p 47-51

- KEDIA M. (2008) Addictions, in KEDIA M, SABOURAUD-SEGUIN M. et AL. *Psychotraumatologie* in Paris DUNOD 2008
- KESSLER R.C. , SONNEGA A, BROMET E, HUGGHES M, NELSON C.B.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.
- LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse* PUF Paris
- LEBIGOT T. (2006) Clinique du syndrome psychotraumatique in JEHEL L. LOPEZG. Et al (2006) *Psychotraumatologie, évaluation, clinique, traitement*, 37-56, Paris, DUNOD.
- MARTIN D.J., GARSKE, J.P. et DAVIS, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68 (3), p. 438-450
- MC DOUGALL J. (2004) L'économie psychique de l'addiction PUF *Revue française de psychanalyse* 2004/2 - Volume 68 p 511-527
- NAJAVITS, L.M. (2000). Training clinicians in the Seeking Safety treatment protocol for posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 18 (3), p. 83-98.
- NAJAVITS L.M. (2002). Seeking safety : a new psychotherapy for post traumatic stress disorder and substance use disorder In: *Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders* (2002) P. OUIMETTE P.BROWN P., p 147-170. Washington, DC: American Psychological Association press
- OUIMETTE et al, P., COOLHART, D., FUNDERBURK, J. S., WADE M., et BROWN, P. J. (2007). Precipitants of first substance use in recently abstinent substance use disorder patients with PTSD. *Addictive Behaviors*, 32 (8), 1719–1727.
- RAVITT M.(2003) le lien à l'objet d'addiction: se détruire toujours, disparaître jamais :*Dialogue recherche clinique et sociologique sur le couple et la famille* 2003 4ieme semestre
- RAVITT M. (2004) La cruauté du lien : de l'objet d'addiction au lien d'addiction *Cahier de la psychologie clinique* n°22 De Boeck Université p55- 69
- SIGWARD J.M. (2006) Conduite addictive et évènements traumatique in JEHEL L. LOPEZG. Et al (2006) *Psychotraumatologie, évaluation, clinique, traitement*. Paris DUNOD
- SIMONEAU H., (2008) Ph. D.Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress post-traumatique sur le traitement *Drogue santé et société* Volume 7, numéro 2, p. 125-160
- SCHUTZENBERGER A.A., Secrets, secrets de famille et transmissions invisibles 1Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux – n° 33, 2004/2
- STILES W. B.(2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.

THURIN J.M. (1998) Les psychothérapies dynamiques intérêt, limite, évaluation. in LOPEZ G. SABOURAUD-SEGUIN A., JEHEL L. et al. *Psychothérapie des victimes traitement évaluation accompagnement* 55-78 DUNOD Paris 1998

THURIN J.M. (2002) Etat de stress post traumatique: facteur de risque, vulnérabilité et de protection. *Pour la recherche n°34 bulletin de la fédération française de psychiatrie.*

THURIN J.M. et M. THURIN (2007) Evaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques. Dunod Paris,

VELEA D. (2005) Nouvelles consultations de Marmottan : apports théoriques, expériences cliniques *Psychotropes* – Vol. 11 n 34

VIDIT J.P.(2001) Qu'est-ce que le suivi psychologique ? *Cahiers de psychologie clinique* n° 17 p. 63 à 80 de BOECK Université

Annexes

A Echelle d'assimilation des expériences problématiques présentée par THURIN M. et THURIN J.M. (2007) (à partir de STILES W.B. Assimilation of Problematic Experiences Scale A.P.E.S, 2002)

0. En dehors/dissocié. Le patient n'est pas conscient du problème; l'expression est silencieuse ou dissociée. L'affect peut être minimal, reflétant un évitement réussi. Alternativement, le problème peut apparaître sous la forme de symptômes somatiques, de passage à l'acte ou d'alternance d'un état à un autre.

1. Pensées involontaires/évitement actif. Le patient préfère ne pas penser à l'expérience. Des expressions difficiles émergent en réponse à des interventions du thérapeute ou à des circonstances externes et sont supprimées ou évitées. L'affect est intensément négatif mais épisodique et non focalisé; sa relation avec le contenu peut ne pas être claire.

2. Vague conscience/émergence. Le patient est conscient d'une expérience difficile mais ne peut pas formuler le problème clairement. L'expression du problème émerge dans une conscience soutenue. L'affect inclut une souffrance psychologique intense (peur, tristesse, colère, dégoût) associée à l'expérience difficile.

3. Etat du problème/clarification. Le contenu inclut un état clair d'un problème-quelque chose qui peut être travaillé. Des points de vue opposés peuvent être différenciés et peuvent se discuter réciproquement. L'affect est négatif mais gérable, il n'est pas paniquant.

4. Compréhension/prise de conscience. L'expérience difficile est formulée et relativement comprise. Les expressions atteignent une compréhension réciproque (une passerelle de signification). L'affect peut être mélangé, avec une certaine reconnaissance déplaisante, mais aussi une certaine surprise plaisante.

5. Application/Perlaboration. La compréhension est utilisée pour travailler sur un problème. Les points de vue travaillent ensemble pour régler des problèmes de vie. La tonalité affective est positive, optimiste.

6. Ressources/solution du problème. L'expérience antérieurement difficile est une ressource, utilisée pour résoudre des problèmes. Les points de vue peuvent être utilisés avec flexibilité. L'affect est positif, satisfait.

7. Intégration/maîtrise. Le patient généralise les solutions automatiquement. Les abords sont pleinement intégrés, servant de ressources dans des nouvelles situations. L'affect est positif ou neutre (c.à-d. qu'il n'est plus quelque chose qui perturbe).

Note: L'assimilation est considérée comme un continuum, et des niveaux intermédiaires sont permis, par exemple, 2.5 représente un niveau d'assimilation à mi-chemin entre une vague conscience/émergence (2.0) et un état/clarification du problème(3.0)

B. Critère diagnostique de l'état de stress post traumatique selon le DSM IV-TR

« **A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :**

(1) **Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;**

(2) **La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.**

Note : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;

Note : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;

Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;

Note : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

(1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;

(2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

(3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;

(4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

(6) Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

(1) Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ;

(2) Irritabilité ou accès de colère ;

(3) Difficulté de concentration ;

(4) Hypervigilance ;

(5) Réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,

Chronique : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »

1. **Un antécédent d'assujettissement à un contrôle totalitaire** sur une période prolongée (mois ou années). Les otages, les prisonniers de guerre, les survivants de camps de concentration, et les rescapés de certains cultes religieux en représentent des exemples. Ceux qui ont été soumis à des systèmes totalitaires dans la vie sexuelle ou familiale, en particulier les rescapés de violences domestiques, d'abus sexuels ou physiques dans l'enfance, et d'exploitation sexuelle organisée en représentent également d'autres exemples.

2. **Altérations de la régulation des affects**, incluant :

dysphorie persistante

préoccupation suicidaire chronique

blessures infligées à soi-même

colère extrêmement inhibée ou au contraire explosive (peut alterner)

sexualité extrêmement inhibée ou au contraire compulsive (peut alterner)

3. **Altérations de la conscience**, incluant :

amnésie ou hypermnésie pour les événements traumatiques

épisodes dissociatifs transitoires

dépersonnalisation / déréalisation

revivre des expériences, soit sous la forme de symptômes du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), soit sous la forme de ruminations

4. **Altérations dans la perception de soi**, incluant :

sentiment d'impuissance ou paralysie de l'initiative

honte, culpabilité et auto-accusation

sentiment d'être sali ou d'être marqué

sentiment d'être complètement différent des autres (peut inclure : sentiment d'être spécial, solitude complète, conviction qu'aucune autre personne ne peut comprendre, ou sentiment d'identité non-humaine)

5. **Altérations dans la perception de l'agresseur**, incluant :

préoccupation par la relation avec l'agresseur (incluant les préoccupations de vengeance)

attribution irréaliste d'une puissance totale à l'agresseur (attention : l'évaluation de la victime

des réalités de la puissance peut être plus réaliste que celle du clinicien)

idéalisation ou gratitude paradoxale

sentiment de relation spéciale ou surnaturelle

acceptation du système de pensée ou des rationalisations de l'agresseur

6. **Altérations dans les relations avec les autres**, incluant :

isolement et retrait

rupture dans les relations intimes

recherche répétée d'un sauveur (peut alterner avec isolement et retrait)

méfiance persistante

échecs répétés dans la protection de soi

7. **Altérations dans les systèmes de signification** :

perte de la croyance réconfortante en la loyauté

sentiment de désespoir

