**Addictions et état de stress post traumatique : A propos de 6 groupes de travail***Dr Solange Freyd-Harleaux, Dr Patrick Strentz , Colmar (68)*

publié dans la revue Le Flyer n° 57 de novembre 2014

Bulletin de liaison des CSAPA et CAARUD, médecins et pharmaciens

d’officine impliqués dans l’accompagnement des usagers de drogues, services

d’addictologie et équipes de liaison et services de soins en milieu pénitentiaire

http://rvh-synergie.org/images/stories/pdf/flyer\_57.pdf

Résumé du projet

La fréquence de personnes consultant pour une addiction et ayant des antécédents traumatiques, a fait réinterroger la pratique d’accompagnement. L’orientation s’est centrée sur un travail en groupe avec un programme intégrant à la fois les deux diagnostics d’addiction et d’état de stress post-traumatique (ESPT). Ce programme, validé par des études empiriques par ex. aux USA, est encore peu connu en France.

Par l’expérimentation de cette nouvelle approche psychothérapeutique, il s’agit d’évaluer de façon conjointe, dans un contexte de pratique de médecine de ville, la réduction des troubles compulsifs ou addictifs et l’amélioration de la qualité de vie des patients par une meilleure gestion des différents symptômes suite à des évènements traumatiques.

Les données issues du travail de plusieurs groupes contribuent à vérifier la faisabilité, l’impact d’un tel programme sur l’addiction, les troubles émotionnels, la qualité et la durée du suivi.

Il reste à évaluer cette approche à une plus grande échelle ou à l'appliquer à d'autres types de groupes de patients.Mots-clés :*Alcool – Addiction –Trouble de comportement alimentaire - Etat de stress post-traumatique – Psychothérapie - Recherche empirique*

**Objectifs**

Il s’agit d’une part de tenir compte du double diagnostic de l’addiction et de l’ESPT selon les critères du DSM IV (Annexe 1), dans un travail en groupe en cabinet de ville, et d’autre part d’avoir un impact sur les différents symptômes et d’améliorer aussi la qualité de vie des patients par une approche concomitante des deux troubles en vue d’un double rétablissement (1).

 En effet, la fréquence concomitante d’une addiction et d’un ESPT est élevée, surtout chez les femmes en raison des violences subies, en particulier sexuelles (2). Le travail se base sur la méthode de l’approche «intégrative et psychodynamique» élaborée de façon empirique depuis 1993 par Lisa Najavits d’Harward (3). Et il s’agit aussi pour le thérapeute de voir si les difficultés d’approche ou de relation d’aide lors des entretiens individuels de tels suivis peuvent être plus aisément résolues par ce travail en groupe.

**Méthodes**

***Moyens***

Le contenu du travail est basé sur le livre de Lisa Najavits «A la recherche de la sécurité» traduction de «Seeking Safety». Le premier groupe a utilisé seulement une traduction partielle du livre de Lisa Najavits «Women Addiction Workbook» en français réalisée par le médecin lui-même et autorisée par l’auteur Lisa Najavits et l’éditeur de ce livre (4). Le deuxième groupe a bénéficié des deux ouvrages. Les groupes suivants n’ont utilisé que le livre «A la recherche de la sécurité».

Le programme « A la recherche de la sécurité » comporte 25 thèmes recouvrant 5 principes visant surtout la valorisation de la personne tenant compte de :

- «*comment faire sans*»: il vise à accroître la sécurité comme priorité majeure et l’autonomie de la personne pour l’aider à se libérer des comportements auto-destructeurs tels que la prise de produits ou ceux reproduisant le traumatisme, maîtriser des symptômes extrêmes (comme la dissociation)- «*je suis capable aujourd’hui* »: un traitement intégratif de la dépendance et de l’ESPT en mettant l’accent sur les compétences de la personne et non sur ce qui va mal pour éliminer l’utilisation de substances, réduire les symptômes de l’ESPT- «*je vise la confiance*» : se centrer sur les idéaux tels que la confiance ou l’intégrité aide à sortir du déni et de l’isolement. En effet, le traumatisme entraîne un dilemme existentiel. Et la dépendance coupe de la réalité et aide à gérer des réactions neurobiologiques post- traumatiques connues aujourd’hui (tels que le survoltage et la disjonction entre l’amygdale cérébrale et l’hippocampe (5,6).- «*ici et maintenant*»: prendre conscience de ses ressentis et de ses croyances sous-jacentes, avoir des outils pour un ancrage dans la réalité et pour des stratégies d’adaptation concrètes. Les patients ayant le double problème sont bien plus souvent aux prises à des difficultés liées aux relations interpersonnelles que celles liées à l’autonomie.

La part du thérapeute lui-même doit être incluse dans le système du groupe. Il vise à souligner les tentatives d’actions de façon positive et le sens des responsabilités pour favoriser l’apprentissage, mettre l’accent sur le potentiel et non sur le pathologique tout en offrant un cadre clairement défini pour le groupe.

 ***Méthodologie***

Ce travail a d’abord été testé de façon individuelle en 2007. Suite à l’accessibilité du livre et l’impact pratique dans la vie d’une patiente, la décision de faire ce travail en groupe s’est faite rapidement pour inclure des patients ayant les deux troubles mis en évidence par le praticien. Certains patients ne répondent pas à l’ensemble des critères, en particulier du stress post-traumatique

La réunion d’information permet aux personnes de se rencontrer pour la première fois en groupe et d’obtenir les éléments d’information utiles au bon fonctionnement. - le lieu de réunion est au cabinet médical. - La fréquence et la durée sont définies selon les possibilités de chacun: le premier groupe préfère une rencontre d’une heure, alors que tous les autres vont choisir d’emblée une durée d’une heure et demie. La fréquence des sessions est en général tous les quinze jours avec des adaptations selon les congés et après accord unanime.- La durée du programme a été adaptée selon les désirs des personnes : en général six mois voire un an d’emblée en tenant compte bien sûr des vacances scolaires ou autres congés annuels. Il y a la possibilité de prolonger une fois de six mois la durée du groupe.- L’animation du groupe se fera par le médecin ayant assuré préalablement le suivi sans exclure si nécessaire des consultations individuelles au cours de la durée du groupe. Ces consultations individuelles ne seront par axées sur le travail fait en groupe, car ce qui se passe dans le groupe appartient au groupe.- Les règles du groupe sont clairement définies et relues au début des premières rencontres. Elles sont axées sur le respect de la confidentialité et le fait que chacun est là pour soi-même. On utilisera le prénom sans avoir à préciser sa situation personnelle, professionnelle ou médicale ni le type d’addiction.- Il est clairement formulé que les personnes n’ont pas besoin d’être abstinentes, mais il leur est demandé d’être en mesure de pouvoir participer aux sessions.La participation à la première rencontre, fixée deux semaines après la réunion d’information, a valeur d’engagement et la personne signe pour elle-même un contrat d’engagement à ce propos.- Le tarif est clairement défini dès le départ et les personnes ayant la CMU sont acceptées sans frais supplémentaires.- Une feuille de présence est à signer à chaque rencontre.- La nécessité de disposer de son propre ouvrage est importante. Le tarif du livre, les frais d’envoi ainsi que les frais de change sont clairement précisés et sont à la charge des patients. Le médecin assure la commande groupée sur le site « "http://www.seakingsafety" www.seakingsafety » pour réduire les frais. Avoir à sa disposition tout le livre et pas seulement des documents de travail est une source de lecture et d’information pour les patients et décharge aussi le thérapeute. - Les groupes ne seront pas mixtes.- Les patients sont informés de la nécessité de répondre à des tests ou questionnaires d’évaluation lors de la première séance et à la fin du groupe.

Le déroulement de la séance se divise en plusieurs temps :

- Au début de chaque rencontre, chacun nomme trois émotions ressenties à ce moment-là soit de façon spontanée soit d’après une feuille montrant des « émoticones » correspondant aux différentes émotions, sans explication ni justification. Cela sert à prendre conscience et savoir nommer ses émotions du moment même. Pour faciliter la mise en route, le thérapeute va dire également trois émotions mais de façon mesurée sans explications ni participer personnellement aux échanges par la suite.- Puis un tour de table est fait pour que chaque patient puisse partager de façon libre au sujet de ce qui s’est passé récemment, chacun écoutant l’autre en lui donnant tout l’espace. Ce temps est géré par le thérapeute pour équilibrer la prise de parole.- Ensuite est abordé le travail basé sur les documents du chapitre prévu qui devaient être au moins être lus voire approfondis à la maison pour être en mesure de suivre le contenu- Le contenu du programme est nettement détaillé. Son but est d’être axé sur la prise en compte de l’addiction, des «problèmes émotionnels» selon le terme général utilisé pour ne pas mettre la pression d’une étiquette diagnostique. - Les deux premiers groupes utilisaient des copies de la traduction partielle du livre «Woman Addiction Workbook». Puis pour les autres groupes, les 4 premiers chapitres du livre «A la recherche de la sécurité» sont imposés et traités dans l’ordre. La suite est basée sur les désirs/besoins des patients. Il est clairement précisé que le travail est actif, dirigé, mais que chacun est libre et pourra avancer à son rythme.Le travail est donc basé sur les documents de chaque chapitre choisi et préparé à domicile et le thème est relié à la vie des patients. Il n’est pas exclu d’utiliser un autre document si cela peut être utile aux patients.

L’ESPT a été évalué par le médecin selon la définition du DSM IV et des tests utilisés concernant les deux diagnostics de type auto-questionnaires ont été utilisés par ailleurs :

 - Une feuille d’évaluation globale de prises de produits ou de troubles de comportement alimentaire évalue l’état addictif des patients- Le test de l’inventaire de détresse péritraumatique selon la validation française de Jehel L, Brunet A évalue la présence du critère A de l’ESPT du DSM IV et propose un indicateur de gravité psychopathologique d’un évènement traumatogène sans tenir du type d’évènement ni du délai. Un score à partir de 15 indique une détresse significative (7).

- L’échelle d’évaluation du stress PCL-S de Weathers traduite par J. Cottraux a été aussi utilisée (8). - Par la suite, la liste des 40 symptômes traumatiques de Briere J.N. (TSC-33) a été préférée, car elle paraissait plus accessible et plus simple aux patients pour répondre et en tirer profit (9).

**Résultats**

**1. Composition et participation des groupes**Il s’agit de 24 personnes reparties en 5 groupes, 4 groupes de femmes et un groupe d’hommes, avec en moyenne 4 participants par groupe.

Seules 4 personnes ont arrêté, en moyenne au bout de 2 réunions.

 En moyenne 2 personnes par groupe souhaitaient bénéficier en plus de consultations individuelles surtout lors des débuts du groupe.

**2. Le taux de participation des patients**La participation moyenne est de 12 fois par personne et de 16,3 fois par personne dans les trois groupes qui ont duré six mois ou plus. On constate donc une forte adhésion de participation aux séances pour les groupes qui ont duré plus de six mois.

Tableau I: le taux de participation des patients



**3. La situation familiale des patients**

L’âge moyen est de 39,5 ans (27-63). 23 personnes ont un logement indépendant et une personne vit chez ses parents. Leur situation familiale montre une majorité de personnes seules et de personnes élevant seules des enfants dont 7 femmes avec en moyenne 2 enfants/personne.

Tableau II: La situation familiale des patients



**4. Le niveau d’études et les revenus des patients**

Le niveau d’études est assez élevé, davantage de personnes ayant fait des études secondaires voire supérieures. Seules 3 personnes ont un revenu intermittent, et une a le RSA. Deux personnes sont concernées par une situation judiciaire.

**5. Les antécédents traumatiques**

Dans les antécédents, il y a souvent un passé très lourd de violences, en particulier sexuelles et de tentatives de suicide.

Des violences psychologiques graves dans l’enfance chez 17 personnes sur les 24, des abus sexuels subis dans le cadre familial connus dans 8 cas et 3 cas de forte suspicion. 7 personnes sur 24 avaient vécu le divorce de leurs parents et une personne a été marquée par un abandon à la naissance suivi du décès précoce de ses deux mères adoptives.

Les personnes pouvaient donc avoir subi plusieurs traumatismes au cours de leur vie. Les tentatives de suicide (TS) (Annexe 6, tableau 4) : 10 personnes sur 24 ont fait au minimum une tentative de suicide, ce qui est un taux réellement important. Il y a même une personne qui en a fait trois et une autre quatre tentatives de suicide. La mise en danger a été sous –évaluée et il y a eu une personne présentant des crises convulsives comme équivalent suicidaire, avec un bilan médical négatif.

Tableau IV : Le nombre de tentatives de suicide par groupe



**6. Les traitements médicamenteux**

Les traitements médicamenteux se divisent en traitement cardiovasculaire ou neurologique chez 5 personnes et de psychotropes chez 22 personnes sur 24 et un cas de prise de méthadone. Nous ne sommes pas surpris de voir que les patients ciblés par notre étude consomment énormément de psychotropes. Nos données ne sont pas assez complètes pour faire une évaluation précise à la fin des séances.

**7. les antécédents d’hépatites et d’HIV ont été sous évalués.**

**8. Prise de produits et TCA à différents moments** : dans le passé c’est à dire plus d’un an avant le démarrage du groupe, dans l’année qui a précédé le groupe et puis dans le mois qui a précédé le début du groupe et aussi lors de la fin du groupe.- Avant le démarrage du groupe, 17 personnes présentaient des troubles de comportement alimentaire. Deux personnes avaient un IMC supérieur à 40, dont une prenant du poids malgré un anneau gastrique. Une personne avait un IMC supérieur à 30, et une autre un IMC légèrement inférieur à 18,5 par anorexie avec vomissements. Les autres avaient une IMC soit à la limite supérieure de la normale ou en léger surpoids. En plus la prise de produits est accentuée dans l’année précédente et encore plus dans le mois précédent le début du groupe. On met clairement en évidence un passé d’addiction datant de plusieurs années avec surtout des TCA dans 70% des cas. Les dépendances sont liées surtout à l’alcool (1/3 cas) et au tabac (près 1/2 des cas), sans oublier les prises médicamenteuses associées.

- A la fin du groupe, on met évidence une réduction principalement de la consommation de produits et, de façon moins marquée mais quand même nette, des compulsions alimentaires. Cet effet est lié à l’apprentissage et l’application pratique de stratégies de sécurité apprises au cours du programme et de l’effet interactif des partages des participants du groupe.

**9. L’évaluation psychologique post-traumatique**- L’ESPT selon le DSM IV est diagnostiqué chez 19 personnes dont 16 femmes et 3 hommes. On constate donc un taux de 79% d’ESPT, alors que la demande initiale de consultation a été dans la plupart des cas centrée sur une demande d’aide pour l’addiction !

- L’évaluation de la détresse péritraumatique a été réalisée 4 fois au début de groupe avec une moyenne de 26 points, résultat donc nettement supérieur à 15 indiquant un seuil de détresse significatif. Il a été refait à la fin d’un seul groupe de femmes qui avaient en moyenne 27 points au départ et 9,5 points à la fin du groupe. L’appréciation du sentiment de détresse a nettement évolué avec une réduction significative chez ces 4 femmes.

- L’échelle d’évaluation de stress a été effectuée au départ et à la fin pour les 3 groupes. La moyenne au début est de 53,7 points et a chuté à 36,1 points à la fin du groupe. Ceci démontre une réelle amélioration de la gestion émotionnelle.

Tableau VI : L’évaluation du stress au début et à la fin du groupe



 - Le test des 40 symptômes traumatiques a été fait au départ des 4 groupes et à la fin de 3 groupes. La moyenne du test des 40 symptômes est de 45 au début des groupes et de 25,7 à la fin des groupes, soit une nette réduction de symptômes ressentis par les personnes.

Tableau VII : Le test des 40 symptômes au début et à la fin du groupe



**10. Appréciation du thérapeute**Du fait de la mise en place successive de groupes, la connaissance du programme des deux livres, l’habilité de la gestion des documents a augmenté chez le thérapeute. Le travail d’accompagnement souvent lourd lors de telles pathologies a semblé être redynamisé tant pour le thérapeute que pour les patients eux-mêmes.

L’appréciation très positive des patients malgré leur réticence au départ et leurs tentatives de changement par la mise en pratique de stratégies de sécurité ont entraîné une émulation réciproque et ont fait dire à certains avec humour «il ne faut pas avoir fait Harward pour trouver de telles stratégies»! Ceci a grandement facilité et dynamisé le travail du thérapeute tout en réduisant les coûts tant sur le plan de la santé que sur le plan global pour la personne.

**Conclusion**

Cette approche empirique dans un travail en groupe a été possible en cabinet médical. Elle a pris en compte de façon simultanée une ou plusieurs addictions liées à des produits ou à des comportements compulsifs,en particulier des troubles de comportement alimentaire et de graves troubles émotionnels, surtout l’état de stress post-traumatique. Les addictions les plus fréquentes dans ces groupes étaient en premier lieu des troubles de comportement alimentaire et ensuite celles liées au tabac et à l’alcool majoritairement.Ce travail a permis de réduire de façon importante la prise de produits et un peu moins les troubles de compulsion alimentaire. Mais il a eu un impact certain sur les signes liés aux troubles émotionnels contribuant à une meilleure gestion de situations et des relations dans la vie de ces patients. Il s’agit bien sûr d’un nombre limité de personnes et il serait souhaitable d’envisager d’autres études pratiques avec un nombre plus grand ou de catégories différentes de patients. Etudier l’impact de tels groupes à long terme reste aussi à évaluer. Ce travail peut aussi être mené de façon individuelle.Néanmoins, rechercher un ESPT lors d’une addiction est essentiel pour établir le double diagnostic, promouvoir une résolution conjointe grâce à un outil thérapeutique qui parait efficace et accessible aux patients et aux thérapeutes. Ceci permet de réduire les coûts tant sur le plan individuel que sur le plan général. Ce sont les patients qui ont formé en quelque sorte le thérapeute qui, lui, a contribué à l’initiative du projet!

***Adresse de correspondance : Dr Solange Freyd-Harleaux***

 ***197 avenue d'Alsace - 68000 Colmar***

BIBLIOGRAPHIE1- Eraldi-Gackière D., Boudoukha A. H., Alcoolo-dépendance et troubles de stress post-traumatique. Epidémiologie, étiologie et psychothérapies validées empiriquement, *Alcoologie et Addictologie*, 2010 ; 32 (4) : 307-317.Cet article cite le programme Seeking Safety comme nouvelle forme de psychothérapie validée empiriquement.

2- Najavits L., Weiss R. D. , Shaw S.R. , The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: a research review. *American Journal of Addiction*, 1997 ; 6 (4) : 273-83

3- Najavits L., A la recherche de la sécurité, Guide de traitement de l’ESPT et de l’abus de substance, Guilford Press, Ed française 20084- Najavits L., Woman's Addiction Workbook: Your Guide to In-Depth Recovery, New Harbinger Publications, traduction française partielle du livre par le DR S. Freyd-Harleaux et autorisée par l’auteur et l’éditeur, 2007

5- Dr Salmona M., La mémoire traumatique, et Violences sexuelles et situations paradoxales de dépendance à l’agresseur liées à la mémoire traumatique, la dissociation et aux conduites dissociantes, <http://www.sosfemmes.com/.../violences_psychotrauma.htm>, site consulté le 21/11/2011- Dr Salmona est responsable de l’unité de victimologie 92 à Bourg-la-Reine,

6- Dr Salmona M. : site http://memoiretraumatique.org/ : site sur les psychotraumatismes, site visité le 30/1/2012

7 - Jehel L., Brunet A., Paterniti S., Guelfi J., *Can J Psychiatry*, Vol 50, N° 1, January 2005, Le test de l’inventaire de détresse péritraumatique selon la validation française

8- Sweaters, Litz, Huska et Keane-National Center for PTSD-Behavioral Science Division, PCL-S for DSM IV (11/1/94), traduction J. Cottraux

9- Briere J.N., Runtz M.G., 1989, The trauma check-list TSC-33,

10-Miller W., Rollnick S., Lécallier D., Michaud P., L’entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement, InterEditions, 200611- Nankin M., Violence et abus sexuels dans la famille- Une approche systémique et communicationnelle, ESF Editeur, 1995



**Lecture conseillée :**

**Dr Muriel Salmona,**

**Le livre noir des violences sexuelles**

**Editions Dunod, 2013**

**ANNEXE 1**: Etat de stress aigu - Critères diagnostiques- *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, *American* Psy*chiatric Association, Ed. Masson, 4è éd. 1996, 1008 p Extraits du DSM IV 1*

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

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants : (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ; (2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex. “ être dans le brouillard ”) ; (3) une impression de déréalisation ; (4) de dépersonnalisation ; (5) une amnésie dissociative (p. ex. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (par ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (p. ex. difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.