

Document commun rédigé dans le cadre du Projet Extra Académique de l'ISRP avec l'aide de l'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme – Mars 2019

PSYCHOMOTRICITE ET PSYCHOTRAUMATISME GROUPE DE LECTURE ET D'ANALYSE N°2

Acteurs principaux : Fanny Chedot et Océane Moreira

Co-auteur : Laura Dias Da Silva

1. Introduction

La discussion de ce jour porte sur l'article « *Les traitements du psychotraumatisme* » de Olivier Cottencin, psychiatre, service d'addictologie au CHRU de Lille, France. (2009, 241-244). Elle est issue d'un groupe de travail constitué de professionnels et d'étudiants en psychomotricité. Ces derniers ont alors réfléchi sur le sujet des différents traitements et approches du psychotraumatisme.

Le neurologue Hermann Oppenheim a commencé à employer le terme de « névrose traumatique » en 1884 avant d'utiliser l'expression « trouble de stress post-traumatique ». Mais c'est seulement depuis les années 1980 que l'APA (American Psychiatric Association) introduit officiellement le trouble dans l'ouvrage de référence des médecins psychiatres (DSM-IV) comme étant la voie commune finale en réponse à un événement psychologiquement traumatique, généralement hors du commun tels que : catastrophe naturelle ou causé accidentellement ou intentionnellement par les hommes.(catastrophe naturelle ou causé accidentellement ou intentionnellement par les hommes.). Par la suite, les psychiatres militaires de cette époque ont pris le temps de codifier progressivement les pistes thérapeutiques les plus prometteuses. Ainsi, l'articulation entre l'abord pharmacologique et psychothérapeutique devint la pierre angulaire de la prise en charge des symptômes de ce type de stress.

Dans cet article, Cottencin (2009), réalise un recensement des approches de prise en charge de l'Etat de Stress Post Traumatique. La CIM 10 le définit comme étant « une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus » entraînant « une réponse différée ou prolongée » dans 15 à 35 % des cas, selon la nature de l'événement traumatique et le vécu subjectif du sujet.

A la suite des thématiques abordées par cet article, nous évoquerons la psychomotricité comme approche complémentaire au sein de l'accompagnement du psychotraumatisme.

2. Abord pharmacologique

L'auteur évoque l'hypothèse biologique du traumatisme comme étant « le dépassement des mécanismes d'adaptation au stress » (Cottencin, 2009, p. 242). La zone cérébrale impliquée dans ce processus est le *locus coeruleus*. Cette structure est un noyau sous-cortical du cerveau situé dans le tronc cérébral. Elle est impliquée dans de nombreux effets naturels tels que : la peur, l'anxiété, le sommeil, l'alternance état de veille-sommeil. Le traumatisme vécu dérèglerait son fonctionnement, notre système d'alarme, et causerait une hypersensibilisation au stress. C'est pourquoi les antidépresseurs sérotoninergiques cités sont le traitement de première intention dans le cadre d'un ESPT. En effet, ces molécules (ciblant les récepteurs de la sérotonine) sont impliquées dans la neuromodulation des troubles anxieux. Les

anxiolytiques et les hypnotiques, ne sont pas appropriés dans la prise en charge de ce trouble mais ne seront préconisés qu'en tant que traitement adjuvant d'une anxiété importante ou d'un trouble du sommeil.

3. Abord psychothérapeutique et EMDR

a. Les thérapies psycho dynamiques

Les thérapies psycho-dynamiques visent le symptôme. Leur but est de modifier les rapports qu'entretient le sujet avec son traumatisme. Selon Cottencin (2009) l'accompagnement sera différent en fonction du délai de prise en charge depuis l'événement traumatique :

- Si l'intervention est précoce, le suivi pourra « rendre inutile le rôle de l'image traumatique en tant que source de satisfaction ». (Cottencin, 2009 ; 9 (4) : p. 243). Le sujet aura alors toute la liberté de diriger et de soutenir son attention sur ses processus inconscients et la guérison pourra alors être « obtenue en deux à trois semaines à la condition que la prise en charge soit intense » Cottencin, 2009, p. 243). La « source de satisfaction » (Cottencin, 2009, p.243) citée ici est le lien d'identification tissé entre le sujet et sa souffrance.
- Si la prise en charge intervient tardivement, le traumatisme aura pris une place conséquente sur la scène psychique. Ainsi, le lien d'attachement inconscient entre le sujet et son image traumatique faisant obstacle à « un travail de décentrement ». (Cottencin, 2009, p.243), ce dernier jouera un rôle permettant alors d'installer une distance intérieure entre le sujet et son vécu traumatique.

Ces thérapies sont basées sur les processus d'association et à travers eux les informations en lien avec le traumatisme pourront être récupérées activement, interprétées, et réorganisées. Le thérapeute prendra soin d'analyser et d'élaborer le transfert/contretransfert, sans pour autant adopter une posture de neutralité bienveillante qui pourrait mettre à mal la cure. En effet, cette attitude « neutre » pourrait faire l'objet d'une mauvaise interprétation et être ressenti comme un nouvel abandon.

b. Les Thérapies cognitivo-comportementales :

Ces thérapies visent également le symptôme, « Elles sont réputées dans le traitement de l'ESPT constitué car elles ont pu être évaluées au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes » (Cottencin, 2009, p.243). Les séances proposées sont structurées et s'articulent autour des notions suivantes : évocation, description, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur la capacité à communiquer, approche du traitement cérébral de l'information. C'est avant tout un modèle interactionnel comprenant les liens entre émotion, cognition, comportement, réactions physiques et environnement.

c. L'hypnose

Elle fait partie du champ des thérapies brèves. L'hypnose est d'après l'American Psychological Association, « une procédure au cours de laquelle un professionnel de santé ou un chercheur suggère au patient de vivre ou de faire l'expérience de sensations, perceptions, pensées ou comportements modifiés ». (Faymonville & Vanhudenhuysse, 2014). Rappelons qu'elle fait autant référence à un phénomène naturel et protecteur qu'à l'outil thérapeutique qui fut développé par Erikson en 1980. C'est un état modifié de conscience que nous expérimentons quotidiennement. L'utilisation de

L'hypnose s'avère intéressante par sa similitude avec l'état de stress post-traumatique. Ce sont d'ailleurs Freud et Janet qui ont remarqué les liens entre hypnose, dissociation et traumatisme et en ont déduit que l'hypnose pouvait être un outil efficace dans le champ du traumatisme psychique. En effet, il existe des caractéristiques communes que nous retrouvons dans l'état de stress post traumatique et dans celui de l'hypnose : la dissociation, la modification de l'état de conscience, l'altération de la perception du temps, et la suspension de la conscience. Le processus thérapeutique consiste à se focaliser sur le traumatisme ; vise à stabiliser et réduire les symptômes ; à traiter les souvenirs ; et à travailler sur la personnalité. De plus, l'objectif est de supprimer la dissociation provoquée par le traumatisme. En effet il est nécessaire de « casser le monolithe que représente le trauma en entrant avec prudence dans la bulle hypnotique » (Cottencin, 2009, p.244), et par conséquent de supprimer l'encodage des symptômes qui lui sont liés. Ainsi, il s'agit de « décrocher » le patient de l'état hypnotique dans lequel le traumatisme la laissé et le ramener à un état de conscience et d'éveil. L'auteur précise également qu'il sera donné l'opportunité au patient de gérer lui-même ses sensations en lui apprenant « l'auto hypnose » (Cottencin, 2009, p.244) et également des suggestions spécifiques.

d. *L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*

L'EMDR consiste en une désensibilisation et un retraitement des évènements traumatiques par le biais de mouvements oculaires. C'est une méthode qui permet au sujet de rester également conscient. L'EMDR a été développé par Francine Shapiro, psychologue. Celle-ci constatant dans ses recherches qu'un mouvement particulier des yeux et que réaliser un mouvement alternatif des yeux serait corrélé à la qualité affective des souvenirs a mis au point une technique. L'objectif est de diminuer l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'événement traumatique.

Cette technique est aujourd'hui recommandée par l'Organisation Mondiale de Santé depuis août 2013. Enfin, en 2007, la Haute Autorité de Santé la recommande également comme traitement de choix de l'état de stress post traumatique classé dans les « affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves ».

4. Une prise en charge psychomotrice ?

A partir de l'ensemble de ces approches, il serait intéressant, voire nécessaire, d'y ajouter la psychomotricité. En effet, l'articulation entre un travail psychologique et psychomoteur permettrait à la prise en soin d'être d'autant plus pertinente puisqu'elle se baserait sur une approche globale de l'individu et non pas seulement sur les symptômes liés au traumatisme. La psychomotricité aurait alors pour fonction de donner la parole au corps. Par ailleurs, le rôle du psychomotricien sera de reprendre les éléments qui structurent le sujet en dehors du traumatisme et par la suite de travailler le lien psychocorporel entretenu avec ce dernier. Le sujet pourrait ainsi se réapproprier son vécu corporel et rétablir un sentiment de continuité d'existence.

Par exemple, le psychomotricien pourra proposer un travail autour de la respiration. La respiration est un processus physiologique naturel qui peut être contrôlé consciemment et à court terme, être utilisé de manière autonome par le patient. Cet outil a également comme bénéfices de soutenir l'image corporelle du patient, de permettre une meilleure gestion des émotions et d'obtenir un meilleur relâchement tonique. L'enjeu d'une prise en soin psychomotrice serait de rendre à nouveau le sujet acteur dans sa relation au monde et de soutenir un travail de verbalisation de ses émotions, pensées et vécu corporels spécifiques.

Cette réflexion sur la place de psychomotricité pose également la question de son délai d'intervention. Une intervention dans l'urgence permettrait de ramener le sujet à ses sensations corporelles, de pouvoir les verbaliser et d'exprimer les angoisses relatives au vécu traumatique récent. Cependant, nous pouvons également nous questionner sur les limites d'une telle intervention : le psychomotricien étant investi corporellement dans la prise en charge, la gestion de la distance avec le patient doit être pensée. Ceci implique d'aménager un cadre thérapeutique assez solide et stable pour accueillir ce que le patient souhaite exprimer. Enfin, un rôle de prévention et de sensibilisation peut être attribué au psychomotricien pour intervenir auprès des professionnels acteurs dans l'urgence. Cela afin de les prémunir d'un trop plein émotionnel pour mieux accompagner les victimes. Cet aspect sera développé lors du prochain article de l'association.

Conclusion

L'article de Cottencin (2009) met en relief différentes approches, techniques afin de « traiter » et accompagner le psychotraumatisme dans un aspect d'impératif temporel à prendre en compte. Le « traitement » doit ainsi être le plus précoce possible et focalisé sur le traumatisme pour optimiser les bienfaits de la prise en charge. Cependant, il devra aussi s'articuler au niveau pluridisciplinaire pour respecter la dimension globale de l'individu. C'est ainsi que la psychomotricité a toute sa place aux côtés des approches déjà existantes. (cf. site associationpp.fr)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ; (3) : CD003388
- Bruer J, Freud S. *Studies on hysteria* (1895). Paris : PUF (traduction en français), 1956, 1981.
- Cottencin O Et Al. Hypnose et traumatisme psychique : aspects cliniques. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2002 ; 2 (3) pp 163-168.
- Cottencin O. Les traitements du psychotraumatisme. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2009 ; 9 (4) pp 241-244
- Faymonville, M-E & Vanhauzenhuyse. A., (2014). Apprivoiser la douleur avec l'hypnose. *Cerveau et Psycho. L'Essentiel, la Douleur* (17). Paris : Doin. pp 81 – 85
- Janet P. *L'automatisme psychologique* (1889). Paris : Société Pierre Janet Edition, Alcan, 1973
- Lynn Sj, Cardena E. Hypnosis and the treatment of posttraumatic conditions : an evidence-based approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2007 ; 55 (2) : 167-188.
- Shapiro, F. *Eye movement desensitization and reprocessing*. New York : The Guilford Press, 1995

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Mathilde Akian, Psychomotricienne D.E

Alicia Beloucif, Psychomotricienne D.E

Fanny Chedot, Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Laura Dias Da Silva, Psychomotricienne D.E, Experte en Psychomotricité, Maitrise STAPS en neuropsychologie et neurosciences du mouvement : exercice, performance, santé.

Océane Moreira, Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Corine Hamard Maurin, Étudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Floriane Vallée, Psychomotricienne D.E