

« Syndrome post traumatique : diagnostic, traitement, thérapie chimiques et non chimiques, place des TCC »

Mardi 02,02,2016



Dr DERYNCK Flavie Psychiatre
CUMP SAMU 13/ Zonale Sud est

Historique, notion de traumatisme psychique

- Oppenheim, 1888 – Les accidents de chemin de fer et la névrose traumatique.
- La psychiatrie militaire de l'avant.
- Les séquelles de la guerre du Viêt-Nam.
- Le PTSD : Post Traumatic Stress Disorder.
- Les syndromes psycho traumatiques.
- Les attentats de 1995 => Création des CUMP en 1997.

Approche clinique de la pathologie psycho traumatique



SOMMAIRE

- Notion de victimologie
- Stress et trauma : deux entités distinctes
- Le traumatisme
 - Réactions immédiates
 - Réactions post-immédiates
 - Réactions différées
- Particularités chez l'enfant et l'adolescent

Notion de victimologie

Classification des victimes :

- Victimes directes :
 - Toute personne exposée à un événement traumatique.
 - **Risque de traumatisme.**
- Victimes indirectes :
 - Proches d'une victime directe mais qui n'ont pas vécu la réalité de l'évènement.
 - **Moins de risque traumatique.**
- Victimes « secondaires » :
 - Sauveteurs, personnes ayant pris en charge les victimes.
 - **Risque traumatique + burn out (épuisement)**

Notion de victimologie

Modalités de prise en charge :

- Victimes directes :
Gestion du stress et prévention du trauma
Defusing, débriefing technique et psychologique
- Victimes indirectes :
Gestion du stress (groupes de parole, entretiens).
- Victimes « secondaires » :
Débriefing technique débriefing psychologique.

SOMMAIRE

- Notion de victimologie
- Stress et trauma : deux entités distinctes
- Le traumatisme
 - Réactions immédiates
 - Réactions post-immédiates
 - Réactions différées
- Particularités chez l'enfant et l'adolescent

Stress et trauma : deux entités distinctes

Le **STRESS**

est une réaction bio-physiologique

- Réflexe à l'agression ou à la menace,
- qui peut être adaptatif (salvateur) ou dépassé (pathologique).

Il y a des stress non traumatiques

Indispensable à la survie,
il permet de s'adapter
à une modification de
l'environnement

et des stress traumatiques.

(sidération, agitation,
fuite panique,
action automatique...)

Le **TRAUMA**

est un bouleversement
psychique ou somatique

- Confrontation inopinée avec le réel de la mort,
- Effraction de l'enveloppe psychique,
- Débordement des défenses du Moi.

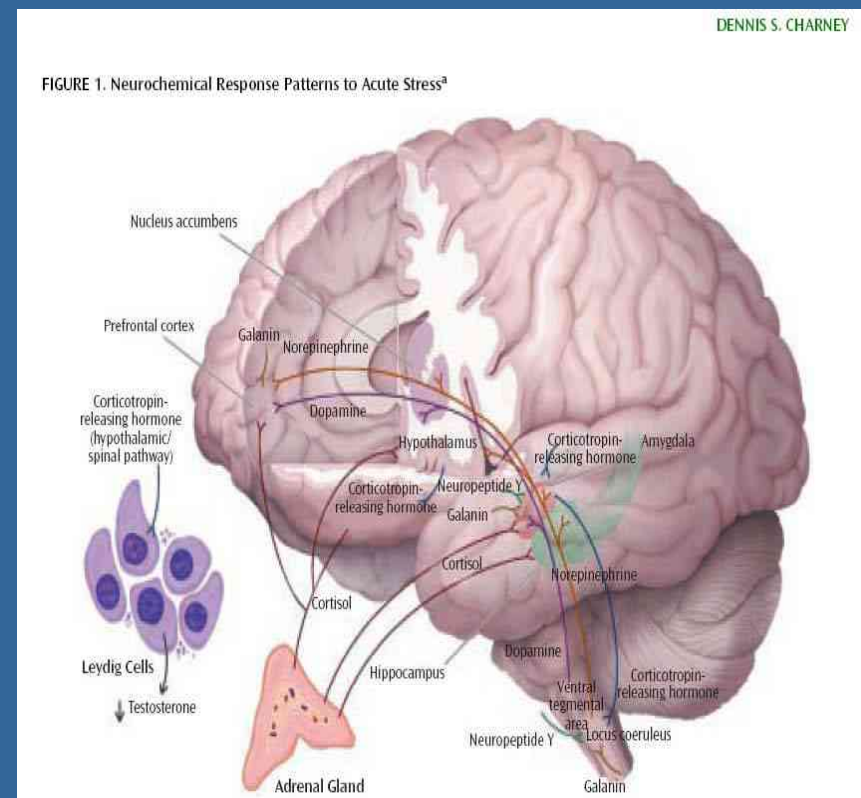
Il peut exercer ses effets nocifs en différé

Le traumatisme psychique
peut-être à l'origine de troubles
à distance de l'évènement
qui nécessiteront des soins
médico-psychologiques.

Dépassement des circuits d'intégration

- Activation de l'axe hypothalamo hypophyso surrénalien **sécrétion adrénaline et NA en aigu et cortisol**
- Activation système nerveux autonome (**sympathique**) entraînant des réactions telles que augmentation de la fréquence cardiaque, respiratoire,
- Traitement de l'information:
 1. organe sensoriel → thalamus et Activation amygdale / système limbique: centre émotions – circuit court
 2. Activation cortex, puis modulation de la réponse amygdalienne – circuit long

Dans PTSD: hyperactivation du circuit court sans modulation par cortex



SOMMAIRE

- Notion de victimologie
- Stress et trauma : deux entités distinctes
- Le traumatisme
 - Réactions immédiates
 - Réactions post-immédiates
 - Réactions différées
- Particularités chez l'enfant et l'adolescent

Le traumatisme

Blessure psychique

- Evènement soudain et violent, imprévisible et nouveau : surprend le sujet.
- Agresse ou menace brutalement l'intégrité mentale et/ou physique du sujet.
- Le confronte **au réel** de la mort avec une effraction de ses défenses psychiques.
- **Or** : aucune « représentation psychique » :
 - Le réel de la mort n'est pas représenté dans l'inconscient du sujet.
 - Barrois : « *on sait ce que c'est qu'un cadavre mais on ne sait pas ce que c'est que la mort* ».
- Les possibilités :
 - Vaine tentative de **déni** ou de **refoulement** → **conduites d'évitement ou dissociation**.
 - Tentative vouée à **l'échec d'inscription** dans le psychisme → **symptômes de répétition** traumatique.

Le traumatisme

Blessure psychique

- Un « affect » majeur : l'effroi : sentiment de vide, de blanc, absence de mot pour « penser » la situation.
- Le trauma est toujours vécu, perçu ou ressenti par le sujet, pas de traumatisme « raconté ».
- Généralement bref, mais peut se prolonger (inondations, prise d'otage, impossibilité d'évacuation...).
- Une réaction de stress aigu (comportement de « survie ») survient et peut éventuellement se poursuivre sur un mode adaptatif ou dépassé.

Le traumatisme

Blessure psychique

- **C'est un bouleversement psychologique qui peut exercer ses effets nocifs en différé (au terme d'une période de latence).**
- La réponse du sujet dépend :
 - de l'exposition à l'évènement,
 - des trauma antérieurs / antécédents psychiatriques,
 - de la qualité des défenses du Moi,
 - du soutien de l'entourage.

Le traumatisme

Typologie des évènements traumatiques

- Accidents sur la Voie Publique,
- Catastrophe naturelle ou technologique,
- Agression – Hold-up – Prise d’otage,
- Viol – Torture,
- Maltraitance – Violence familiale,
- Témoignage de meurtre, de violence sur autrui,
- Découverte de cadavres, restes humains,
- Perte brutale d’un être cher,
- Rescapé indemne, responsable de la mort d’une autre personne,
- Perte de tous ses biens...

Le traumatisme

Une idée reçue à combattre

- Ce n'est pas la gravité « réelle » d'un événement stressant qui va déterminer la manière dont un sujet va y faire face, mais le sens qu'il lui attribuera.
- Face à un événement potentiellement grave, on ne peut pas déterminer s'il y aura un traumatisme pour une personne donnée.
- La réaction initiale sera une réaction de stress dans tous les cas.

Le traumatisme

Réactions immédiates (de quelques heures à un jour)

- **A - REACTIONS DE STRESS ADAPTE**

- Utile, salvatrice,
- Focalise l'attention,
- Mobilise les capacités mentales,
- Incite à l'action,
- MAIS épuisante et grevée de symptômes gênants (surtout neuro-végétatifs).

- **B - REACTIONS DE STRESS DEPASSE**

4 formes :

Sidération

Agitation

Fuite panique

Action automatique

- **C - REACTIONS FRANCHEMENT PATHOLOGIQUES**

- Névrotiques : anxieuses, phobiques, hystériques,
- Psychotiques : confusionnelles, délirantes, mélancoliques.

Le traumatisme

Réactions immédiates (Réactions de stress adapté)

- Réactions émotionnelles « normales » :
 - Crises de pleurs,
 - Colère,
 - Sentiment d'impuissance,
 - Sentiment d'incompréhension,
 - Sentiment de culpabilité, culpabilité du survivant = culpabilité d'être en vie « pourquoi ce n'est pas moi qui suis mort...? ». Syndrome de Lazare.
 - Etonnement, prostration.

Le traumatisme

Réactions immédiates (Le deuil)

- Deuil : processus normal et incontournable après une perte.
- Processus évoluant par « vague » :
 - Phase de choc, de sidération, de déni,
 - Phase de fuite et de recherche,
 - Phase de déstructuration,
 - Phase de restructuration.

Le traumatisme

Réactions immédiates (Le deuil)

Phase de choc, de sidération, de déni :

- La non reconnaissance = « protection psychique » = inutile de vouloir forcer les choses,
- Anesthésie des émotions,
- Le besoin de voir pour croire (problème posé suivant l'état du corps : potentiellement traumatisant),
- L'hyperactivité protectrice,
- Episodes de décharge émotionnelles = soupapes de sécurité.

Le traumatisme

Réactions immédiates (Le deuil)

Remarques :

- A une personne correspond un deuil,
- Le deuil du présent peut réactiver les deuils du passé,
- Nature de la relation avec la personne décédée,
- Circonstances de la mort :
 - Absence de prédictibilité rend la signification du décès difficile à appréhender,
 - Recherche du détail révélateur = porte ouverte à la culpabilité.

Le traumatisme

Réactions immédiates (Réactions de stress dépassé)

- Signes de stress dépassé patents :
 - sidération, mutisme, personnes hébétées,
 - agitation, agressivité, revendication, adhésivité,
 - confusion, trouble du contact, de la conscience, désorientation,
 - automatisme,
 - troubles thymiques aigus,
 - asthénie, angoisse, troubles somatoformes,
 - terrain vulnérables (âge, terrain somatique...).

Le traumatisme

Réactions post-immédiates (du 2ème au 30ème jour)

- **A - ou bien le RETOUR PROGRESSIF A LA NORMALE :**
 - Effacement des symptômes de stress,
 - Souvenir de l'agression moins obsédant,
 - Reprise des occupations habituelles,
 - Emallé parfois de **DECHARGES EMOTIVES DIFFEREES** : libération de la tension accumulée et non évacuée :
 - crises de larmes, agitation, prostration,
 - irritabilité, altercations,
 - débâcles neurovégétatives (sueurs, nausées, pertes d'urine).
 - Ce sont des abréactions procurant de l'apaisement, elles sont en général sans suite et n'empêchent pas le retour à la normale.
- **B – ou bien l'ENTREE DANS LA NEVROSE TRAUMATIQUE :**
 - Temps de latence (de méditation, de contemplation, de rumination) variable :
 - chacun a sa vitesse pour improviser de nouvelles défenses,
 - dépend de la conjoncture (autres tâches plus urgentes, cocon hospitalier différant la reprise d'autonomie).
 - Apparition des premières reviviscences (hallucinations, cauchemars), perplexité et repli sur soi ou au contraire euphorie exagérée.

Le traumatisme

Réactions post-immédiates (ESA)

L'Etat de Stress Aigu : DSM-IV :

- Exposition à un évènement traumatique,
- Menace vitale de soi et/ou des autres,
- Sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur.

Le traumatisme

Réactions post-immédiates (ESA)

Durant ou après l'évènement T :

- Torpeur, détachement, absence de réactivité émotionnelle,
- Réduction de la conscience de son environnement,
- Impression de déréalisation, de dépersonnalisation,
- Amnésie dissociative.

Le traumatisme

Réactions post-immédiates (ESA)

Dissociation péri traumatique :

- **Dépersonnalisation** : sentiment de perte de repères par rapport à l'environnement,
- **Déréalisation** : sentiment d'irréalité du Monde,
- **Amnésie dissociative** : incapacité à se souvenir de certains aspects de l'événement.

Le traumatisme

Réactions post-immédiates (ESA)

- Evènement constamment revécu : images, pensées, rêves, illusion, **flashback**, souffrance lors d'une exposition à ce qui peut rappeler l'évènement...,
- **Evitement** persistant des stimuli rappelant le traumatisme : pensées, émotions, conversations, activités, endroits, personnes...,

Le traumatisme

Réactions post-immédiates (ESA)

- Symptômes anxieux persistants,
- Activation neurovégétative : hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice...,
- Trouble du sommeil, irritabilité, trouble de la concentration,
- Détresse cliniquement significative et/ou altération du fonctionnement social, professionnel.

Le traumatisme

Réactions post-immédiates (ESA)

- La perturbation dure au moins 2 jours et au plus 4 semaines,
- Elle survient dans les 4 semaines suivant l'évènement T,
- Absence d'autres causes : alcool, drogues, médicaments, pathologies générales, troubles psychotiques brefs...

Le traumatisme

Réactions différées (au-delà d'un mois)

SYNDROME PSYCHOTRAUMATIQUE

Tableau clinique à trois volets :

- **1 – SYNDROME DE RÉPÉTITION**
Reviviscences hallucinatoires, souvenirs intrusifs, vécus et agir comme si l'événement revenait, cauchemars de répétition.
- **2 – SYMPTÔMES NON SPÉCIFIQUES**
 - Asthénie, anxiété,
 - Phobies, conversions hystériques, rituels protecteurs,
 - Plaintes somatiques et troubles psychosomatiques,
 - Troubles des conduites (tabagisme, alcoolisme...).
- **3 – ALTÉRATION DE LA PERSONNALITÉ** (le sujet se sent changé)
 - Etat d'alerte, sursauts, résistance à l'endormissement,
 - Impression de monde lointain, démotivation, avenir bouché,
 - Impression de n'être ni aimé ni soutenu, exigence d'affection, incapacité d'aimer les autres, irritabilité, agression, retrait social...
- Evolution chronique, avec des relances (anniversaires, procès).

Le traumatisme

Réactions différées (PTSD - DSM-IV)

Symptômes cardinaux :

- Syndrome de répétition ou de reviviscence +++,
- Syndrome d'évitement,
- Hyperactivité neurovégétative.

Le traumatisme

Réactions différées (PTSD)

Syndrome de Stress Post-Traumatique (PTSD) :

- Concept réducteur en rapport à l'ensemble des symptômes / syndromes et troubles psycho traumatiques.
- Seul trouble présent dans les nosographies anglo saxonnes.
- Nombreux symptômes associés spécifiques ou non :
 - Anxieux, dépressifs,
 - Dissociatifs,
 - Modification de personnalité...

Le traumatisme

Réactions différées (PTSD)

- Prévalence sur vie entière

(après exposition événement traumatique)

- 10% des femmes,
- 5% des hommes.

- Facteurs de risque :

- Sexe féminin,
- ATCD de traumatismes,
- Catastrophe naturelle,
- Évènements de vie négatifs juste avant le traumatisme,
- Dépression,
- Trouble de la personnalité,
- Intensité de la culpabilité,
- Difficulté à parler de ce qui s'est passé,
- Manque de soutien social,
- Dissociation péritraumatique.

Le traumatisme

Réactions différées (PTSD)

- Prédicibilité : la personne, qui, dans les suites immédiates extériorise davantage de signes de souffrances psychiques n'est pas obligatoirement celle qui a le plus de risque de PTSD ou de séquelles.
- Facteurs étiologiques :

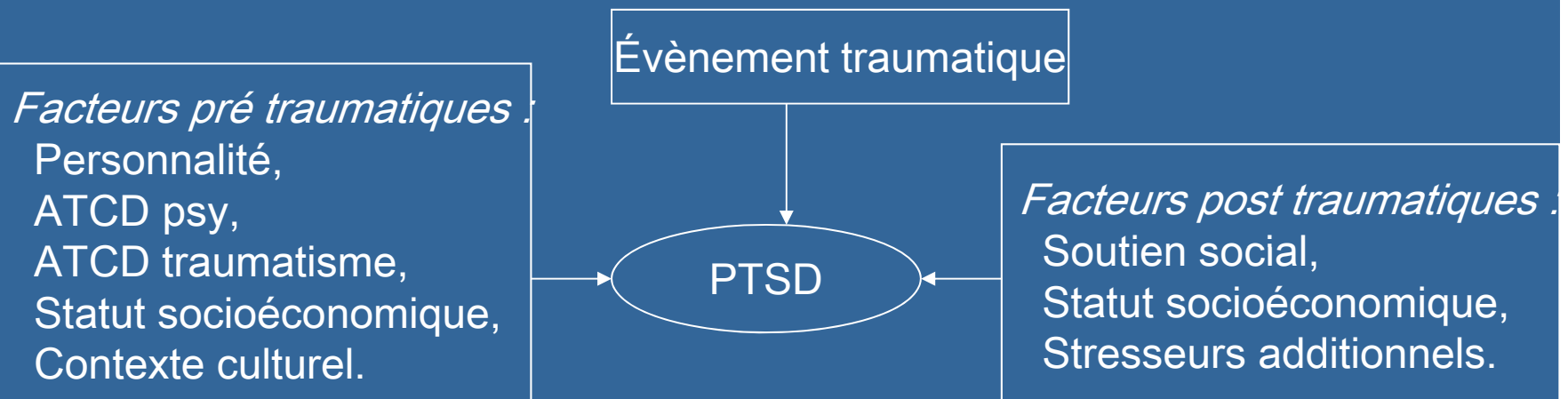


Tableau des équivalences de diagnostic entre la réalité clinique, le système DSM-IV et la CIM-10 (L. Crocq, 1998)

	TABLEAUX CLINIQUES	DIAGNOSTIC DSM-IV	DIAGNOSTIC CIM-10
PATHOLOGIE IMMEDIATE <i>Quelques minutes à 1 jour</i>	Stress dépassé <i>Réaction névropathique</i> <i>Réaction psychotique</i>		Réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0)
PATHOLOGIE POST-IMMEDIATE <i>2 jours à 1 mois</i>	Décharge différée Queue de stress Latence d'une névrose traumatique	Etat de stress aigu (308.3) PTSD forme « aiguë » (309.81) <i>(entre 1 et 3 mois)</i>	Etat de stress post-traumatique transitoire (F43.1) (si < 1 mois)
PATHOLOGIE CHRONICISEE <i>> 1 mois</i>	Névrose traumatique <i>Transitoire</i> <i>Durable (au long cours)</i>	PTSD forme « aiguë » (309.81) <i>(si de 1 à 3 mois)</i> PTSD forme « chronique » (309.81) (> 3 mois)	Etat de stress post-traumatique durable (F43.1) (si de 1 mois à 2 ans) Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) (> 2 ans)

Modalités évolutives

Trauma



Semaines

Mois

Années

SOMMAIRE

- Notion de victimologie
- Stress et trauma : deux entités distinctes
- Le traumatisme
 - Réactions immédiates
 - Réactions post-immédiates
 - Réactions différées
- Particularités chez l'enfant et l'adolescent

Particularités chez l'enfant et l'adolescent

- Vulnérables au trauma au même titre que adultes ; voire plus
- Imaginaire de la mort chez l'enfant peut être pire que celui chez l'adultes
- Même noyau sémiologique

Réaction immédiate chez l'enfant

- Rarement stress adapté :
++ si accompagné d'adulte (obéit aux consignes, se sent protégé par adulte)
- Le plus souvent stress dépassé
 - Inhibition (sidération stupeur, immobilité, mutisme)
 - Agitation (turbulence motrice, logorrhée intarissable, agressivité)

Réaction immédiate chez l'enfant

- Fuite (angoisse panique qui ne sera même pas réduite lorsque l'enfant trouvera un abri)
- Comportement désorganisé ou automatique (poursuit une activité inadaptée au contexte, propos incohérents et état d'indifférence avec imperméabilité)
- Réactions franchement pathologiques (état confusionnels ou confuso-oniriques suivis d'amnésie, crises d'angoisse massive et attitudes phobiques avec recherche +++ de réassurance)

Période post immédiate chez l'enfant

- Même modèle que chez l'adulte (J2 à J30)
 - Régression symptômes
 - Persistance symptômes de stress et apparition syndrome psychotraumatique (déréalisation et dissociation ++)
- A détecter particulièrement :

Période post immédiate chez l'enfant

- Manifestations d'angoisse de séparation: comportements d'agrippement à l'adulte, peur de rester seul, peur du noir, refus anxieux de dormir seul, crainte d'être abandonné.
- État psychique de peur: diurne et nocturne, voire terreur, surveillance vigilante de l'environnement, sursaut, résistance à l'endormissement
- Phobies précoces: se rapportant à ce qui évoque l'évènement
- Épisodes de déréalisation et dépersonnalisation: ne reconnaît plus les lieux ou adultes familiers, répond à ^côté.
- Plaintes somatiques diverses: vertiges, maux de tête, dos, ventre...)

Syndromes différés et chroniques de l'enfant

- Apparaît souvent tout de suite après la réaction immédiate (rareté du temps de latence)

- **Syndrome de répétition**

Remise en acte de l'évènement selon des scénarios où l'enfant se donne un rôle actif, jeux et dessins répétitifs sans dimension de plaisir, sur le thème du trauma.

Cauchemars moins fréquents que chez l'adulte, thème non spécifique

Syndromes différés et chroniques de l'enfant

- **Syndrome d'évitement**

Des indices internes (pensées, sentiments), ou externes (activités, situations). Phobies en lien direct ou pas avec le trauma fréquentes et tenaces (rester seul, noir...). Amnésie psychogène rare chez l'enfant; plutôt distorsion mnésique des faits et perceptions

- **Réactivité générale émoussée**

Retrait, silences, réduction des intérêts (jeu), perte de confiance dans les adultes

Syndromes différés et chroniques de l'enfant

- **Hyperactivité neurovégétative**

Troubles somato-instinctuels (sommeil, alimentation, contrôle sphinctérien): difficultés d'endormissement, réveils multiples, terreurs nocturnes, cauchemars; grignotage anxieux ou anorexie rebelle; réapparition d'énurésie ou encoprésie nocturne ou diurne

Irritabilité, colère, agressivité

Hypervigilance, attitude d'alerte, réactions de sursaut

Syndromes différés et chroniques de l'enfant

- Symptômes non spécifiques

Troubles de l'attention, de l'acquisition mnésique, distractibilité en milieu familial et scolaire

Troubles anxieux : anxiété de séparation +++ (besoin d'avoir ses parents dans son champ de vision, veut dormir dans leur chambre), phobies simples, trouble panique, TAG

Trouble de l'humeur : état dépressif ou trouble dysthymique (culpabilité du survivant)

Syndromes différés et chroniques de l'enfant

Troubles du comportement: fréquents.

- Enfant jeune ou âge scolaire: manifestations régressives (pouce, parler bébé, troubles sphinctériens secondaires, attitudes d'opposition, refus d'obéissance, accès de colère
- Adolescent: agressivité dans les propos et attitudes, fugue, auto agressivité

Plaintes pour douleurs (céphalées, dorsalgies, douleurs abdo...) psychogènes; conversions somatiques (aphonie, bégaiement, paresthésies, paralysie, troubles de l'équilibre)

Manifestations psychosomatiques: dermato (eczéma, psoriasis, urticaire), digestives (colique, ulcère de stress).

Décompensation de pathologie préexistante (asthme, diabète...)

Quelle attitude adopter ?

- **Guidance parentale : Que dire aux enfants ? Quoi faire ? :**
 - Ne rien cacher et ne pas les couper totalement de leur milieu familial,
 - Faire preuve de discernement,
 - Etre suffisamment fort (sécurité) et suffisamment humain,
 - Participation aux obsèques en tenant compte du désir de l'enfant, en le préparant, pas forcément en assistant aux obsèques.
- **L'enfant en deuil : quelques repères... :**
 - Jusqu'à 5 ans : pas de notion du caractère permanent de la mort / pensée magique et égocentrisme.
 - Mort définitive : 6 / 7ans.

Eléments de prise en charge de la pathologie psycho traumatique



Phase immédiate,
post immédiate,
différée

SOMMAIRE

- Prise en charge immédiate
 - Defusing
 - Pharmacologie
- Prise en charge post immédiate
 - Débriefing psychologique ou IPPI
- Prise en charge à moyen et long terme
 - Pharmacologie
 - Psychothérapie
- Accompagnement associations de victimes

Prise en charge immédiate

Defusing

- Soin psychique d'urgence (premières heures),
- « Déchocage immédiat » ou « désamorçage »,
- **Objectif** : la verbalisation émotionnelle immédiate dans un cadre physique et psychique sécurisant et contenant permet d'ordonner sa parole et sa pensée.
- Deux fonctions selon LEBIGOT :
 - **Fonction d'accueil** : réintégrer la victime au monde des vivants, les extraire de leur néant,
 - **Fonction d'interlocution** : permettre qu'une parole adressée à un autre émerge.

Prise en charge immédiate

Defusing

Psychopathologies rencontrées = réactions immédiates post-traumatiques.

- **Stress adapté** :
Manifestations neurovégétatives.
- **Stress dépassé** :
 - Sidération,
 - Excitation,
 - Fuite panique,
 - Comportements automatiques,
- **Réactions psychiatriques franches** : épisode confusionnel, délire, attaque de panique, états secondaires hystériques.

Prise en charge immédiate

Defusing

Remarques :

- Sémiologie réactionnelle ou sémiologie ancienne réactivée dans le contexte traumatique ?,
- Sujet non demandeur car pas en état de formuler une demande,
- Ecoute empathique mais non directive,
- Trauma : rencontre avec le réel de la mort, différence stress / trauma,
- Confusion des types d'intervention dans le secours psychologique : aide médico-psychologique et soutien psychosocial.

Prise en charge immédiate

Defusing

Chercher les signes d'une effraction traumatique :

- Impossibilité de transformer ses images et éprouvés sensoriels en mots,
- Persistance d'un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation, vécu automatique (perte du sens du réel et du présent),
- Persistance de réactions de sursauts au bruit,
- Apparition précoce des premières reviviscences,
- Impossibilité d'envisager l'avenir immédiat et de penser à autre chose que l'événement,
- Sidération de la volonté,
- Vécu d'abandon ou d'impuissance intense,
- Effroi, horreur.

Prise en charge immédiate

Defusing

Quelques « Techniques » d'entretien :

- **Recontextualiser** : associer ce que dit le patient aux conditions de survenue, dans le sens du vécu du patient : Situation, émotion, pensée.
Ex : « Quel a été le moment le plus difficile pour vous ?, Qu'est ce que vous avez ressenti à ce moment là ?, Qu'est ce que vous vous êtes dit à vous-même ?, Qu'est ce que cette situation signifie pour vous ? ».
- **Renforcement empathique centré sur la personne** : reconnaître la souffrance et la réalité du patient.
Ex : « Je comprends, vous avez vécu quelque chose terrible..., Je comprends que c'est difficile pour vous de ne pas avoir... ».
- **Réassurance** :
Ex : « C'est fini maintenant..., Les symptômes que vous me décrivez sont normaux, ce sont des symptômes de stress, ce qui n'est pas normal c'est ce que vous avez vécu... ».

Prise en charge immédiate

Defusing

Effets Bénéfiques :

- Assurer une présence calme, empathique, rassurante, sécurisante, protectrice,
- Contenir et normaliser les réactions immédiates,
- Fonction cathartique : diminuer la tension émotionnelle, partage des expériences, expression des inquiétudes immédiates,
- Dépister et évaluer la nécessité de mettre en place une procédure de soutien plus importante,
- Informer.

Prise en charge immédiate

Defusing

Pièges du defusing :

- Ne pas sous-estimer,
- Proposer et ne pas harceler,
- Ne pas surmédiquer et expliquer les buts du traitement :
 - Symptomatique,
 - Pour éviter le cercle vicieux (« si vous ne dormez pas vous allez vous sentir encore plus irritable... »),
 - Eviter les benzodiazépines.
- Ne pas dédramatiser,
- Ne pas déculpabiliser,
- Ne pas vouloir trop faire parler ou trop parler, respecter les silences.

Prise en charge immédiate

Defusing (intervention psycho-thérapeutique dans l'immédiat)

Objectifs :

- soulager la souffrance psychique de la victime
- la rassurer
- modérer ses réactions de stress
- l'aider à assumer l'événement
- repérer les sujets à suivre

Répond à des besoins urgents de la victime :

- de se sentir en sécurité
- d'être protégée et accompagnée
- d'exprimer son expérience (pour l'identifier)
- de décharger son émotion

Ses moyens :

- assurer une présence et une aide
- inviter à la verbalisation de l'expérience vécue
- offrir une écoute empathique et directive
- informer sur les réactions normales et pathologiques
- inciter à reprendre le cours de la vie

A un effet réducteur sur :

- le vécu de déréalisation, de dépersonnalisation, d'arrêt du temps
- l'incompréhension de l'événement
- l'impression d'absence de secours et d'abandon
- la peur de ses propres réactions
- le sentiment de culpabilité

Le thérapeute remet à la victime (ou à son entourage) une note d'information sur le stress et les symptômes éventuels à venir, avec indication des lieux de consultation en cas de besoin, et invite à participer à un débriefing dans la semaine suivante.

Prise en charge immédiate

Pharmacologie

Objectifs : assurer un accueil thérapeutique bref et un repérage des réactions de stress dépassé :

Réconfort et Protection, Facilitation de la verbalisation (sans insister), éventuellement dans un cadre collectif.

La médication n'est pas au centre des soins

Hydroxyzine (Atarax®) +++

- En cas d'anxiété +++ : benzodiazépine à demi vie brève ou intermédiaire (prudence)
 - Prescription prudente, ponctuelle et contrôlée, adjuvante ou sur des symptômes spécifiques,
 - Aucun ou peu de bénéfices à attendre sur l'ensemble des composantes du PTSD curatif / préventif (*Ducrocq, 2001; Ballenger, 2004; Schoenfeld, 2004*),
 - Éventuellement : cyamémazine (Tercian®).
- En cas d'insomnie : zolpidem (Stilnox®) ou zopiclone (Imovane®) voire neuroleptique.

SOMMAIRE

- Prise en charge immédiate
 - Defusing
 - Pharmacologie
- Prise en charge post immédiate
 - Débriefing psychologique ou IPPI
- Prise en charge à moyen et long terme
 - Pharmacologie
 - Psychothérapie
- Accompagnement associations de victimes

Prise en charge post immédiate

Débriefing psychologique

- Consigne : décrire minutieusement sa vision et sa participation, en respectant l'ordre chronologique, priorité aux faits sur les sentiments.
- Effet : constitution d'une reconstruction objective de la bataille, qui efface l'aspect absurde et incompréhensible de l'événement.
- Renforce l'appartenance au groupe,
- Valorise le rôle du combattant,
- Evacue les émotions et les frustrations,
- Oriente vers la **verbalisation** plutôt que vers le passage à l'acte.

Prise en charge post immédiate

Débriefing psychologique

- Individuel ou collectif.
- Plusieurs types, le plus utilisé :
« A la française » : Crocq, Lebigot, de Clercq :
Principes :
 - Verbalisation du vécu (énonciation) plutôt que récit,
 - Visée cathartique (soulagement éclairé),
 - La réalité objective commune n'a pas de prise sur le vécu,
 - Proscrire la « dédramatisation » et la « déculpabilisation ».

Prise en charge post immédiate

Débriefing psychologique

10 objectifs à atteindre (L. CROCQ, 1995) :

- 1 – Ménager un espace-temps intermédiaire,
- 2 – Conforter la personne (non abandonnée, mais autonome),
- 3 – Inciter à la verbalisation du vécu (visée cathartique),
- 4 – Informer (oral et écrit) sur les symptômes et les lieux de consultation,
- 5 – Faciliter l'identification du sujet aux autres,
- 6 – Renforcer la cohésion du groupe (en évitant les dérives),
- 7 – Aider à réduire les sentiments d'impuissance et d'échec,
- 8 – Préparer le sujet à affronter sa famille et son entourage,
- 9 – Repérer les sujets fragiles (et, en à parte, leur proposer un soutien),
- 10 – Inviter le sujet à mettre un point final à son aventure.

Prise en charge post immédiate

IPPI

- Intervention Psychothérapeutique Post Immédiate – 2004
- Débriefing ; traite du stress
IPPI : traite du trauma
- Quand?
Dans les 48 à 72h jusqu'à 10 jours
Individuelle (1h à 1h30) ou groupale (2 à 3h)
Dans milieu professionnel : débriefing technique auparavant

Prise en charge post immédiate

IPPI

- Où?

Lieu fermé, calme et neutre

Personne n'entre ou ne sort durant la séance

- Qui? *Les participants*

Groupe constitué + exposition homogène au trauma

→ personnes en AT ++

Participation exclusive des blessés psychiques

→ familles et autorités traités à part

Entre 3 et 15 participants (temps de parole)

Prise en charge post immédiate

IPPI

- *Qui? Les animateurs*

- Psychiatre, psychologue, infirmier formés en psychotraumatologie, connaissance théorie IPPI, expérience animation groupe
- Étrangers à l'évènement, extérieurs à l'institution (au mieux)
- Au moins 2 :
 - un meneur garant cadre et du déroulé
 - un coanimateur attentif au contenu et dimensions individuelles

- *Comment ?*

- Engagement de tout le groupe, sur toute la durée de la séance
- Confidentialité pour animateurs et participants
- Volontariat
- Chacun parle de soi, pour soi

Prise en charge post immédiate

IPPI

- Contenu et Objectifs

Amorce de processus thérapeutique, vise à atténuer les effets potentiellement traumatiques d'un évnt par l'expression et la mise en commun de vécus subjectifs et individuels

Chacun s'exprime sur son vécu personnel: mettre en mots des sensations, émotions, pensées, comportements ressentis pdt l'évt. L'objectif n'est pas d'obtenir un récit rationnel des fait ou une version collective.

Écoute neutre et bienveillante: sans jugement ni interprétation, sans déculpabiliser, banaliser ou dédramatiser.

→ Repérer les sujets fragiles

Prise en charge post immédiate

IPPI - Déroulement

- Introduction

Se présenter

Rappel du cadre d'intervention (récit évt, origine de la demande)

Énoncer les règles et objectifs:

- Permettre d'exprimer un ressenti individuel dans une situation de groupe
- Caractère non obligatoire
- Confidentialité et absence de jugement
- Durée de la séance et engagement du groupe
- Déroulement en 3 temps
- Premier tour de table où chacun se présente

Prise en charge post immédiate IPPI - Déroulement

- 1^{ère} phase: vécu de l'évènement

Le meneur invite les participants à exprimer la façon dont ils ont vécu l'évt: émotions, pensées, images, comportements, troubles immédiats

Abréaction non directement recherchée; contenue, accompagnée

Chaque participant retrouve une place de sujet, acteur de sa propre parole, accueillie et soutenue par le groupe: prend bcp de temps +++

Tout le monde doit s'exprimer

Prise en charge post immédiate IPPI - Déroulement

- 2^{ème} phase : depuis l'évènement

Symptômes apparus depuis l'évènement

Le meneur n'en fait pas une phase d'information théorique, mais se sert de l'expérience de chacun pour montrer la diversité et la variabilité interindividuelle des troubles + leur caractère habituel après un évènement traumatique

Repérage par les animateurs des personnes « à risque » à qui il pourra être proposé un suivi plus intensif

Prise en charge post immédiate

IPPI - Déroulement

- 3^{ème} phase : orientation vers l'avenir

Permet aux participants de s'orienter vers l'avenir avec une question ouverte : « qu'est ce que vous pensez que cet évènement va changer dans votre vie? »

Occasion pour certains de se projeter et faire part des éventuels effets bénéfiques de l'évènement : souligner et valider la possibilité d'aménagements positifs

Faire prendre conscience que l'évènement devra nécessairement prendre une place dans leur histoire personnelle

Prise en charge post immédiate

IPPI - Déroulement

- Conclusion de l'IPPI

Mettre un terme à la réunion

Éventuellement reformuler les moments forts de la séance, souligner les effets de groupe (cohésion, soutien, difficultés, partage d'expérience et d'émotions), et inviter chacun à retrouver sa place en dehors de ce groupe

Organisation suite des soins: se mettre à disposition pour autre rdv individuel ou collectif

S'assurer que chacun est en état de rentrer

SOMMAIRE

- Déploiement sur place : organisation et logistique
- Prise en charge immédiate
 - Defusing
 - Pharmacologie
- Prise en charge post immédiate
 - Débriefing psychologique ou IPPI
- Prise en charge à moyen et long terme
 - Pharmacologie
 - Psychothérapie
- Accompagnement associations de victimes

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie

Pourquoi traiter :

- Trouble fréquent,
- Trouble repérable,
- Trouble handicapant :
 - Souffrance individuelle,
 - Retentissement global,
 - Cout financier...
- Fréquemment comorbide
- Suicidogène
- Tend à chronicisation
- Favorise accès aux prises en charge psychologiques

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie

Qui traiter et quand ? :

- Trouble constitué,
- Repérage trace traumatique ?,
- Après 1 mois :
 - (Ré)apparition symptômes,
 - Persistance symptômes.
- Y compris après temps de latence.

Comment traiter ? :

- Molécule sûre,
- Molécule efficace,
- Molécule bien tolérée,

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie

Buts du traitement :

- Réduire les symptômes cibles,
- Réduire les symptômes associés,
- Réduire la comorbidité,
- Réduire :
 - L'impact...
 - Les complications...
 - Le handicap...
 - ... liés au trauma,
- Contrôler les réactions biologiques et physiologiques du stress,
- Aider le patient à :
 - Contrôler son impulsivité,
 - Rétablir son insertion sociale.
- Favoriser l'accès aux soins.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie

Les pièges à éviter :

- Systématiser une approche médicamenteuse non ciblée :
 - En ne respectant pas les stratégies spontanées d'adaptation / d'élaboration et donc le délai...,
 - En faisant croire que la molécule va « gommer le trauma de la mémoire »,
 - En laissant le patient interpréter la prescription comme un « échec à faire face » pour lui,
 - Sans information pédagogique au patient / entourage.
- Ne pas associer une démarche psychothérapique.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie (Antidépresseurs ISRS)

Sertaline Zoloft® :

- > au placebo sur des critères CAPS (60% vs 38%).
- Efficacité sur les 3 clusters :
 - Évitement,
 - Hyperarousal,
 - Reviviscences.
- Efficace dans la prévention des rechutes :
 - 6.4 plus de rechutes sous placebo.
- Bien tolérée.
- Semble plus efficace chez les femmes que chez les hommes.
- AMM aux USA.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie (Antidépresseurs ISRS)

Fluoxétine Prozac[®] :

- > au placebo sur des critères CAPS (59% vs 19%).
- Plus efficace quand prescrit tôt après le trauma.
- Efficacité plus marquée sur les clusters :
 - Évitement,
 - Hyperarousal.
- Plus efficace chez les civils vs vétérans.
- Persistance de l'amélioration à 6 mois.
- Peu d'action sur les symptômes dissociatifs.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie (Antidépresseurs ISRS)

Paroxétine Deroxat[®] :

- > au placebo sur des critères CAPS.
- Efficacité sur les 3 clusters :
 - Évitement,
 - Hyperarousal,
 - Reviviscences.
- Efficacité indépendante de l'ancienneté du trouble.
- Bien tolérée.
- Semble aussi efficace chez les femmes que chez les hommes.
- Tout type de trauma.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie (Antidépresseurs IRSNA et autres)

Venlafaxine Effexor[®] :

(Smajkic, 2001)

- Etudes de cas.
- Réfugiés bosniaques.
- Intéressants sur sujets résistants aux autres stratégies.
- Mais ES +++.

Mirtazapine Norset[®] :

(Davidson, 2003)

- RCT 8 semaines chez 30 patients.
- Efficacité sur les 3 clusters :
 - Évitement,
 - Hyperarousal,
 - Reviviscences.
- Bonne réponse 65% vs 22%.
- Considérée comme de première intention par guidelines UK.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie (Sur certains symptômes cibles)

ANTIPSYCHOTIQUES :

Olanzapine Zyprexa[®],
Rispéridone Risperdal[®] :

- En adjonction aux ISRS.
- Face à des troubles :
 - Chroniques et résistants (anciens combattants),
 - Marqués par des troubles massifs du comportement.

ANTICONVULSIVANTS :

- Molécules antikingling :
 - Stabilisation de la réactivité neuronale aux stressors environnementaux,
 - Agressolytiques.
- Efficaces seuls ou associés :
 - Niveau d'anxiété,
 - Hyperarousal,
 - Troubles des conduites associés,
- Troubles des conduites.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie

Stratégie thérapeutique :

- Traitement « de fond » : antidépresseur
 - **ISRS en 1^{ère} intention,**
 - Puis IRSNA, Tricycliques, IMAO....,
 - Intérêt des anticonvulsivants ou antipsychotiques sur des troubles associés.
- Traitement symptomatique :
 - Insomnie,
 - Angoisse,

Prescription de courte durée selon molécule.

Prise en charge à moyen et long terme

Pharmacologie

Stratégie thérapeutique :

- Phase de stabilisation = 2 à 3 mois.
Début de TT pas avant 1 mois.
- Phase d'entretien = 12 mois.
Schéma idem troubles de l'humeur.
- Phase d'interruption = ???.
À adapter individuellement.
- Récidive, rechute...
 - Reprendre le TT
 - Changer de classe ?

- Les psychothérapies

- La psychanalyse a permis de mieux comprendre cette souffrance (*L'Effroi des hommes*, film Cl. Barrois)
- Les TCC: idem pour les phobies: conditionnement,
 - habitude, flooding, immersion ou mentalisation, atténuation des réponses physiologiques, et maîtrise des images mentales, des émotions et des conduites,
 - conditionnement opérant, renforcement positif,
 - Pour le trauma: exposition aux images mentales
 - Modification cognitive et comportementale
 - Relaxation +++
- L'EMDR, HTSMA (Hypnose Thérapie spécifique et Mouvement Alternatif), MATHS (D. Megglé)
- L'hypnose
- sophrologie

Prise en charge à moyen et long terme Psychothérapie (TCC)

Présentation des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

Inspirée des travaux de Sylvie Molenda

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

I - Evaluation des troubles :

- Des symptômes de stress aigu (si trauma a lieu moins de 4 semaines avant le 1^{er} RDV),
- Des symptômes de PTSD (à partir de 4 semaines après l'événement traumatique).

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

II - Psycho-éducation sur le stress et le trauma :

- Le stress :
 - Au niveau cardiovasculaire : augmentation du rythme cardiaque,
 - Au niveau respiratoire : souffle court, hyperventilation,
 - Au niveau musculaire : tension musculaire,
 - Au niveau cutané : transpiration, sueurs, horripilation,
 - Au niveau digestif : spasmes, maux d'estomac.
- Sur le plan psychologique : hyperéveil, hypervigilance, mobilisation d'énergie...

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

II - Psycho-éducation sur le stress et le trauma :

- **Explication du stress adapté :**
 - Le stress = phénomène normal et inévitable,
 - Lorsqu'il est adapté, il nous permet de maîtriser la situation et de l'affronter, il peut être précieux dans certaines circonstances.
- **Explication du stress dépassé : (ex : Crash + Mc Do)**
 - Réaction de sidération,
 - Réaction d'agitation incoordonnée,
 - Réaction de fuite panique,
 - Action automatique.

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

II - Psycho-éducation sur le stress et le trauma :

- **Explication de la dissociation péritraumatique : mécanisme de défense**

Altération des fonctions de l'identité ou de la perception de l'environnement (dépersonnalisation, irréalité de l'événement, perception altérée de l'environnement = déréalisation, se sentir déconnecté, confus).

- **Emotions possibles en péritraumatique :**

Peur, colère, frustration, révolte aux sentiments de culpabilité, de honte et de tristesse, résignation, impuissance, sentiment d'abandon, de solitude, d'humiliation.

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

III – Stratégies d'apaisement :

- **La respiration abdominale** de Barlow et Craske :
Vise à ralentir la respiration et à contrer l'hyperventilation.
- **La relaxation musculaire progressive** de Jacobson :
Permet de réduire la tension musculaire du corps. Pour arriver à ce résultat : induction d'une tension par une contraction musculaire et relâchement de cette tension.
- A faire entre les consultations tous les jours.

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

IV- Exposition prolongée en imagination :

- Lorsqu'il y a des reviviscences, cela signifie que l'événement n'a pas été digéré émotionnellement.
- Pour favoriser cette digestion et la disparition de ces symptômes, la verbalisation du récit traumatique est importante. Cette stratégie empêche également l'évitement.
- **Déroulement : Décrire l'événement vécu.**

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

V- Restructuration cognitive :

- **Travailler sur les pensées associées à la détresse** (tableau situation / émotions / pensées / comportement),
- **Pensées automatiques et attributions causales**
- **Questionnement socratique**
Quelles sont les preuves appuyant ou réfutant cette pensée ?,
Pourrait-il y avoir une autre façon d'interpréter les mêmes faits ?
Quelles seraient les conséquences ?
- **Reconnaissance des distorsions cognitives :**
L'inférence arbitraire, la personnalisation, le raisonnement émotionnel, l'attention sélective, la sur-généralisation, la dramatisation, le raisonnement dichotomique, la maximalisation ou la minimisation, l'étiquetage, les « je dois » ou « il faut »...

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (TCC)

VI - Exposition graduelle in vivo :

- L'exposition graduelle in vivo a pour objectif de vous permettre de constater :
 - Se trouver dans une situation objectivement sécuritaire similaire à la situation traumatique n'est nullement dangereux et n'a pas les conséquences aussi tragiques et dramatiques qu'on peut imaginer,
 - L'anxiété ne demeure pas indéfiniment présente dans la situation de peur mais plutôt qu'elle décroît même s'il n'y a pas d'évitement,
 - Ressentir de l'anxiété est certes très inconfortable mais n'est pas dangereux et n'amène aucune perte de contrôle.
- Elle vise enfin à favoriser une expérience *d'habituation* au cours de laquelle la situation redoutée perd de son pouvoir anxiogène.

La **pyramide des besoins** = *hiérarchie des besoins*, une théorie de la motivation élaborée à partir des observations réalisées dans les années 1940 par le psychologue Abraham Maslow.

Besoin d'accomplissement de soi

Besoins d'estime (confiance et respect de soi, reconnaissance et appréciation des autres)

**Besoins d'appartenance et d'amour
(affection des autres)**

**Besoins de sécurité
(environnement stable et prévisible, sans anxiété ni crise)**

**Besoins physiologiques
(faim, soif, sexualité, respiration, sommeil, élimination)**

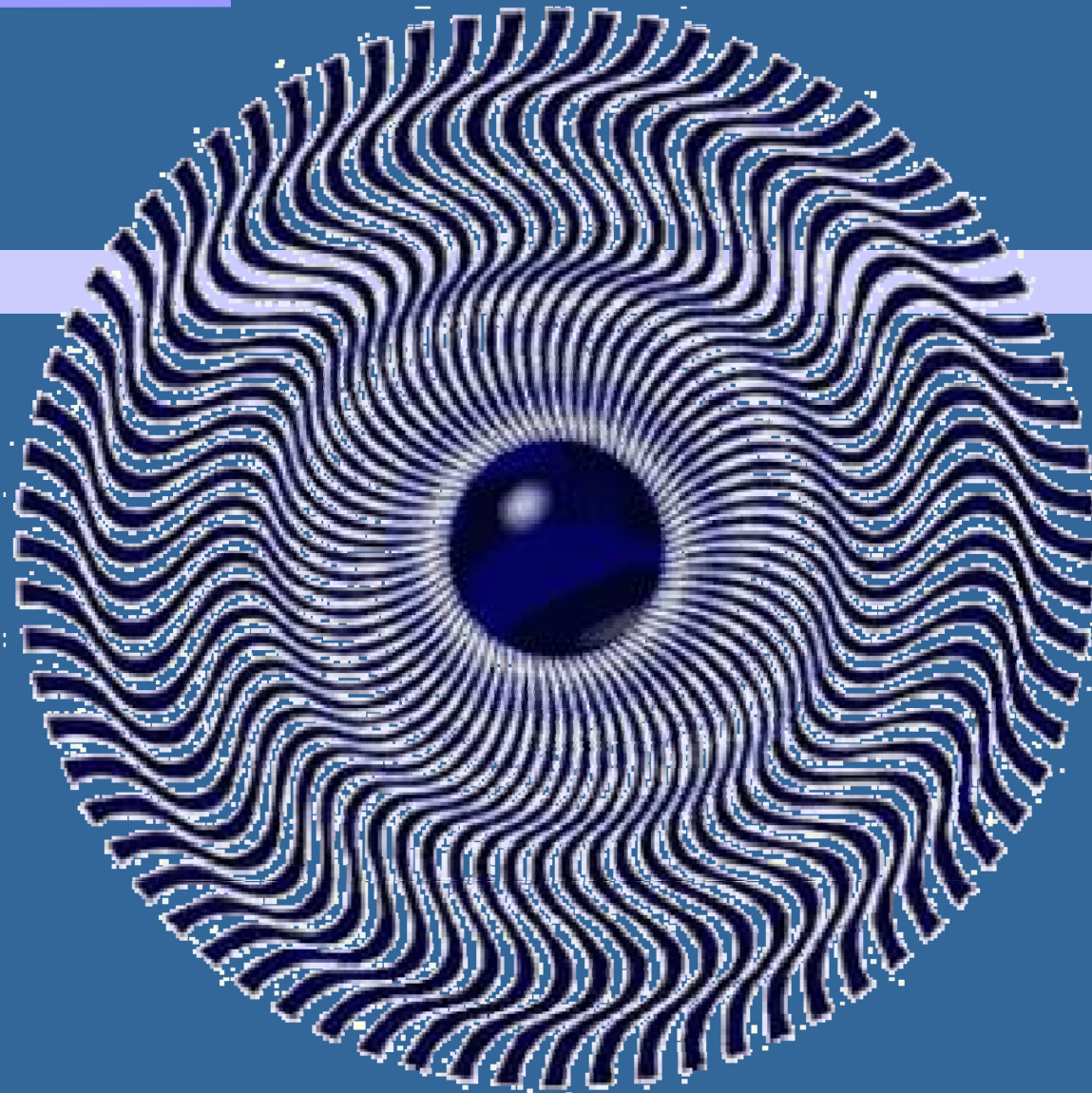
Les autres éléments de la prise en charge

- Les certificats médicaux
 - Certificat initiaux constats, l'ITT, l'IPP
 - L'accident de travail
 - Les soins
 - La consolidation... souvent avec séquelles anxieuses dépressives traumatique chronique
- La ré-intégration socio-familiale, « le retour parmi les vivants »
- Le discours social de l'histoire traumatique

Accompagnement associations de victimes

- Suivi psychologique : court, moyen ou long terme,
- Disponibilité et mobilité,
- Suivi social,
- Accompagnement juridique,

- PAS de suivi psychiatrique.
- Les certificats initiaux



Hypnose et Psycho Trauma



La dissociation

- **Dissociation:** une partie de la personne est ici, l'autre fixée au traumatisme:
- **Distorsion temporelle:**
 - Le temps arrêté, suspendu
- L'évènement « enclavé » dans le fil de biographie échappe au processus *d'intégration* habituel



Sortir du PTSD = Sortir d'une Transe Pathologique

- La personne reste dans une hypnose négative dont elle ne peut sortir
- L'événement, du fait son intensité et/ou de sa qualité, a paralysé le mécanisme de sortie de transe
- L'hypnose thérapeutique une réponse adaptée
- Elle permet de sortir de cette transe pathologique, en restaurant le mécanisme naturel de sortie de la transe

Le syndrome psycho-traumatique

- *Syndrome de reviviscence*
 - le sujet revit sans cesse l'événement: ce n'est pas un souvenir
 - il voit, entend, sent et ressent
 - il est dedans, comme quand c'est arrivé
 - en fait, ça arrive à nouveau
 - c'est une reviviscence hypnotique
 - mais il y est contraint: il n'est pas libre

- ***Réactions de sursaut et atteintes Neurovégétatives***

- au moindre bruit
- il cherche à s'arracher à sa reviviscence, à se déprendre de sa transe pathologique en s'aidant de ces bruits

- ***Complications*** à terme, comme autant de tentatives de soulagement:

- alcool,
- drogues,
- comportements antisociaux

La ré-association

- Objectif thérapeutique = réassocier
- Recadrer
- Réintégrer l'évènement dans un processus normal de traitement cognitif et émotionnel
- **Renommer**
- Se réapproprier l'évènement
- Faire accepter le changement
 - Tirer une leçon, se sentir renforcé, plus riche de l'expérience

L'hypnose

- Outil de choix
- Dissocier pour mieux réassocier
- Séparer l'émotion du souvenir

Utiliser l'hallucination positive

L'hypermnésie + suggestions

Pour réparer puis

L'amnésie

Remettre le fil du temps

- Rupture: un avant / un après
- Différent avant/après, plus fort?,
- Les métaphores
 - l'arbre, les pierres jetées,
- Restaurer réparer la « solution de continuité »
- Revivre le présent
- Finir l'action interrompue
- Projeter sur l'avenir du positif, tirer une leçon
- Ranger pour oublier et ne plus y penser

La safe place le lieu sur



- Toujours en début de séance
- Toujours en fin de séance
- Puis
- Réassocier le sujet
- Le faire revenir bouger scanner le corps

Les métaphores

L'écran de TV

Projection du film

- Mettre en transe
- Installer le sujet face à une TV
- Hallucination positive lieu de sécurité
- Travailler l'hallucination: un lieu
 - Familier: Détails VAKOG
 - De Sécurité: contrôle
- Recadrer le temps, les limites:
 - Le titre, le générique, la fin...

REMARQUES

- Neutralité Bienveillante de l'attitude du thérapeute
- La réussite est attendue avec confiance: Il est évident pour le thérapeute que le résultat sera au rendez-vous: il est tranquille, y compris lors des manifestations émotionnelles et cathartiques
- Il est répétitif (pour les MA), sans états d'âme: on recommence, on recommence, on recommence

...

- ne pas laisser le sujet partir dans de longs monologues, lui demander sa réponse *en quelques mots*: il le coupe au besoin et le remet sur l'objectif, le recadre, répète les mots clés, en propose pour résumer...
- Si le sujet ferme les yeux, les mouvements alternatifs sont effectués en tapotant sur les genoux G et D, sur les épaules, dans le creux de l'oreille petits froissements...

- Ne pas avoir peur de prendre pour cible la plus atroce, la pire: c'est celle-là qu'il faut traiter
- Et ce n'est pas dangereux
- Il n'est pas rare que le traitement d'un trauma en fasse découvrir un second ou un troisième derrière
- Les traiter comme le premier
- On continue les MA

Après une séance ... le langage qui donne espoir et optimisme

...informer le sujet qu'il pourra avoir **trois** sortes de réactions par la suite:

(Dominique Megglé)

- (1/) des moments de bonne et saine fatigue, *comme s'il avait bêché un jardin toute la journée, parce qu'en très peu de temps son cerveau a beaucoup travaillé*
- (2/) ou de pleine forme, *comme il y a longtemps qu'il ne s'était senti en forme*
- (3/) ou une alternance de l'une et l'autre
- (3bis/) ou rien de spécial

...Donnons

**nos informations médicales
de façon thérapeutique et
non pathogène... le langage thérapeutique**

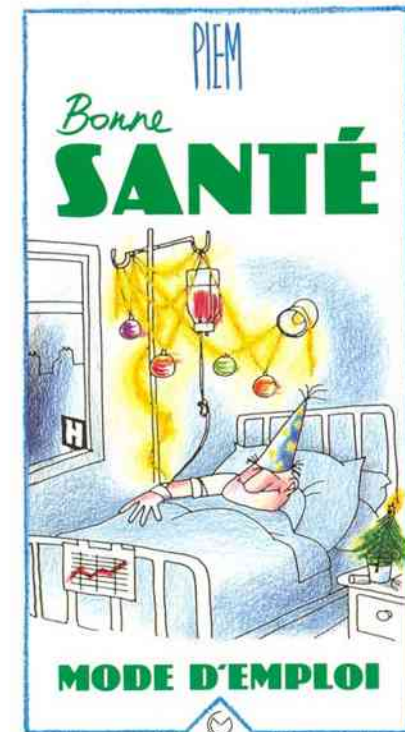
- **C'est une suggestion semi-ouverte**
- Elle couvre toutes les catégories d'une classe de réponses
- Elle suggère d'aller bien après la séance en en donnant toutes les manières possibles
- Elle écarte toute possibilité d'aller mal après la séance
- Pourtant, elle n'a l'air d'être et n'est qu'une simple information scientifique donnée par un professionnel

« Dans tout message, il y a...
une information
et
une injonction »

(Bateson)

« Il y a la pathologie iatrogène
et, plus important,
il y a la santé iatrogène »

(Erickson)



le cherche midi éditeur

Exemple de création de pathologie iatrogène

- *« Si, après la séance, vous avez des angoisses trop fortes, incontrôlables, en cas d'urgence, sachez que vous pouvez me joindre à toute heure du jour ou de la nuit, voici mon numéro de portable, n'hésitez pas »*
- *« Vous pouvez avoir des flash qui reviennent, des angoisses la nuit, des cauchemars, ne vous inquiétez pas c'est normal »*
- *« ça risque d'être dur, on sait tous que c'est très angoissant... »*

le trauma = dissociation temporelle



- Travailler sur le temps
 - Arrêt brutal = Restaurer la continuité
 - Distorsion = redonner le cours normal des choses, les repères
- Dissociation = métaphore de la projection
 - projection vidéo sur un écran monter un film, le visionner et le changer
 - Modifier les prises de vues, le cameraman
 - Le monteur, le preneur de son
 - Le scénariste: Renommer, les titres, les sous titres
 - Récrire l'histoire et la suite jusqu'au ici et maintenant

L'hypnose = dissociation

La projection / le spectateur

- Face à un mur blanc ou vide
- Induction hypnotique + lévitation
- La safe place
- Signaling
- Indiquer au sujet que:
 - « dès que son lcs sera prêt, il va voir un film comme au cinéma ou sur l'écran d'une TV »
 - il verra le film mais n'en aura pas les émotions
 - tout se passera sur l'écran, dans le film, à l'intérieur de la TV
 - seuls les personnages dans le film auront les émotions
 - il est un simple spectateur de loin dans son fauteuil en sécurité





Reprendre la contrôle de la pensée
et initier le changement
redonner la maitrise

- Demander au sujet de modifier des détails de la scène par exemple:
 - changer la couleur des murs de la pièce,
 - Ouvrir une fenêtre,
 - ou une nappe sur la table,
 - donner un coup de ménage
 - Changer le scénario

Parentalisation ou tiers protecteur réparation, restauration

- Le changement de scénario au-delà de la scène traumatique ré-écrire l'histoire de l'acteur sans le traumatisme, « épuration »
- travail de protection, sécurisation...
 - *monter dans le film, rejoindre l'enfant*
 - *aller le consoler,*
 - *le prendre dans ses bras,*
 - *lui dire ce qu'il a besoin d'entendre,*
 - *que personne ne lui a jamais dit*
 - *et qu'il a tellement besoin d'entendre*
 - *et qui mieux que vous peut le faire, dites-moi?*

Fin de séance

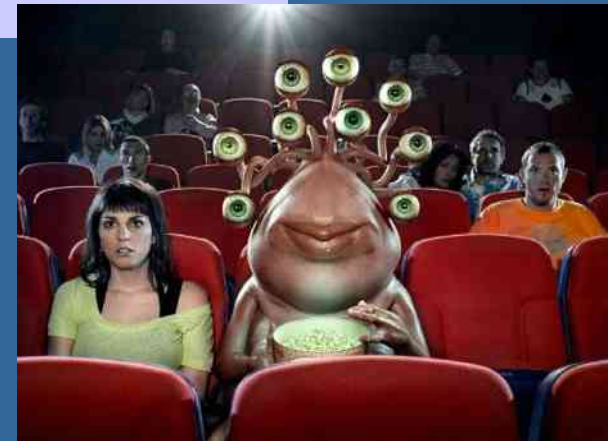
- Retour
- Après la case safe place
- Amnésie structurée ou suggérée directement ou indirectement
- Réveil

REMARQUES

- Le patient traumatisé n'a aucun problème pour halluciner le trauma → Il le fait déjà, mais au-dedans de lui
- L'amener à agir dessus+++
- En projetant le trauma **hors** de lui, dissocier les émotions
- Toute action mentale, quelle qu'elle soit, est en elle-même thérapeutique, le sort de l'impuissance traumatique et ehtame le processus de guérison
- Libère les processus naturels d'intégration, de mémorisation, de réparation...et d'amnésie naturelle

Si la dissociation projective est insuffisante à détacher les émotions

- La Double dissociation
 - visuelle (projection)
 - +
 - cénesthésique (dé-corporation)
- Induction+ lévitation + souvenir agréable
- Suggérer au sujet de **flotter** au dessus de lui-même et d'en haut de se voir en bas dans le fauteuil (très hypnogène+++)
 - « Celui d'en bas celui d'en haut »



critique de film → critique de spectateur de film

- Annoncer qu'il va y avoir bientôt un film que celui d'en bas va voir quand il va ouvrir les yeux
- Et lui demander de se préparer à regarder comment celui d'en bas va regarder le film et de prêter attention à ses commentaires
- Et de se préparer à commenter lui-même la situation en bas: le film en bas et les réactions de son spectateur en bas

Qu'est ce que le critique du spectateur pense du spectateur qui est en train de penser quelque chose du film... confusionnant...

- *Signaling* pour acquiescement et pause de préparation mentale
- *Que voit et que dit le « gus » d'en bas ? Et vous, « le gus d'en haut » que voyez-vous, qu'en pensez vous ?*
 - (*« qu'est ce que vous pensez de vous-même? »*)
- En fin de travail, réassocier celui d'en haut avec celui d'en bas +++



L'Eye Movement Desensibilisation Reprogrammation EMDR

Au confluent de Palo Alto et des TCC, Francine Shapiro crée l'**EMDR** et ça marche très bien

- Une thérapie surprenante par les mouvements oculaires alternatifs
- pour laquelle elle a reçu le Prix Freud
- Un protocole rigoureux, avec des échelles +++ comme dans les TCC

En fait, l'EMDR = une hypnose très protocolisée

on demande au sujet de faire simultanément deux tâches impossibles à faire simultanément:

- Se concentrer sur la « cible » (l'événement traumatique)
- Et suivre le doigt des yeux
 - Confusion + dissociation

Et on le demande le plus tranquillement du monde, comme une évidence naturelle, indiscutable...



On charge tranquillement le sujet de plusieurs tâches simultanées impossibles à faire simultanément

L'esprit conscient décroche, les mécanismes réparateurs de l'inconscient se mettent en route ...
hypnose...

Les protocoles

- EMDR: le protocole complet de Shapiro, avec des exemples dans Megglé D., *Les Thérapies brèves*, Retz, Bruxelles, 2011
- HTSMA (Bardot),
- MATH (Doutrelugne, Térakowski):
 - jonction avec la thérapie brève solutionniste et l'hypnose

Traitement en 1 à plusieurs séances, 1 séance en 8 phases

- Anamnèse, entretien préalable
- Lieu sûr, safe place
- sécuriser stabiliser

- Préparation, information sur le protocole, alliance, « pré-talk »

- Évaluation: image la plus perturbante, Cogniton Négatives, CPositive, échelle VOC, émotions, échelle SUD, localisation Corporelle

- Désensibilisation: le patient revit l'événement traumatisant tout en effectuant un MO de droite à gauche, guidé par le thérapeute (ou autres SBA)

- Après chaque série de MO (20-30) il décrit ses pensées, puis le processus continue jusqu'à disparition des éléments négatifs , évaluation des échelles

- Après la **désensibilisation** => **retraitement** en associant à l'événement une cognition positive choisie par le patient (phase d'installation)
- Fin: Scanner du corps
- Clôture/débriefing

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (EMDR)

Historique :

- Découverte par hasard en **1987** par **Francine Shapiro** => thèse de doctorat.
- **1er article en 1989** : EMD (Eye Movement Desensitization) puis EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).
- **Efficacité prouvée** : 77 à 90% de rémission de l'ESPT en 3 à 8 séances de 90 min.
=> validation par l'**APA** en 2004 (même efficacité que TCC), par l'**INSERM** (2004).
- 1ères formations organisées à Paris en **1994**, puis fondation d'EMDR-France en 2002 (Dr David Servan-Schreiber). Formations pour psychiatres, psychologues et chercheurs.
- Mécanismes d'action non élucidés.

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (EMDR)

Méthode :

- Traitement en 1 à plusieurs séances, en 8 phases (dont évaluation : VOC et SUD, désensibilisation, installation, scanner du corps).
- **Principe :** le patient revit l'événement traumatisant tout en effectuant un mouvement des yeux de droite à gauche, guidé par le thérapeute (aussi tapotements ou stimulations acoustiques bilatérales alternées).

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (EMDR)

Méthode :

- Après chaque série de MO (20-30), le patient décrit ses pensées, puis le processus continue jusqu'à disparition des éléments négatifs.
- Après la désensibilisation => retraitement en associant à l'événement une cognition positive choisie par le patient.

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (EMDR)

Principe :

- **Système de traitement de l'information adaptatif (Shapiro) :**

Info du traumatisme stockée de manière fragmentée, car TIA ne fonctionnerait pas correctement, mais serait activé par MO.

- **REM** comme dans le sommeil paradoxal (Stickgold) => EMDR augmenterait le flux d'info du cortex vers l'hippocampe.

Prise en charge à moyen et long terme

Psychothérapie (EMDR)

Principe :

- **Réflexe d'orientation (Armstrong & Vaughan) :**
EMDR provoque une réaction d'orientation s'opposant à la réaction au souvenir traumatique.
- **Attention double (controversée),**
- **Déséquilibre dans l'activation des hémisphères (Nicosia).**

Quelques réactions du patient

- Assez rapidement, sensations physiques de plus en plus pénibles (gorge, poitrine, ventre, bas-ventre)
- Bouscèlement d'images mentales en rapport évident ou non avec le trauma
- Émotions
 - de tristesse, de culpabilité, de haine, de colère envers agresseur

Puis...

- Indifférence soudaine alors que les sensations se calment: « *C'est drôle, ça ne me fait plus rien* »
- Point de vue nouveau sur l'évènement: *Quel pauvre type, il devait sûrement avoir un problème, c'est pas de chance d'être tombé sur lui... »*
- Le trauma devient petit à petit un mauvais souvenir qu'il peut ré-évoquer tranquillement
- Ou bien, confusion, troubles cognitif attentionnel: il n'arrive plus du tout à de fixer dessus: comme si il lui échappait

Bibliographie les livres

- Aissani Tarik, Szerman Stéphane, « j'arrête de fumer sans grossir », édition Marabout, Italie 2005.
- André Christophe. « Méditer jour après jours » Edition l'Iconoclaste. Paris.
- Arcas Gérald, « Guérir le corps par l'hypnose et l'autohypnose », Édition Sand, Paris 1997.
- Bandler Richard, Grinder John. « le recadrage. Transformer la perception de la réalité avec la PNL » Dunod-InterEdition, Paris 1999.
- Bandler Richard, Grinder John « Transe-Formation ». Dunod-InterEdition, Paris 2005.
- Bartoli Lise « se libérer par l'hypnose. Dix exercices d'auto-hypnose à tester pour aller mieux ». Edition Payot et Rivage, collection Petite Bibliothèque Payot, Paris 2010.
- Benhaïm Jean Marc, « l'hypnose médicale » Edition Med Line, Paris 2003, Co-auteurs : Dr Araoz, professeur de psychologie Long Island ; Dr Sandrine Auclair, médecin généraliste, centre de la douleur, Clermont Ferrand ; Jacqueline Beaulieu, journaliste ; Dr Benhaim, médecin centre de traitement et d'évaluation de la douleur hôpital Ambroise Paré (Boulogne) ; Eric Bonvin, psychiatre, Lausanne ; Dr Didier Bouhassira, neurologue INSERM, centre de la douleur, hôpital Ambroise Paré, Boulogne; Dr Bruno Dubos, psychiatre rennes ; Dr Eric Mairlot, neuropsychiatre Bruxelles ; Marie Claude Mignon, Psychologue Paris, Pierre Rainville, neuropsychologue Université de Montréal ; Dr François Roustan, psychologue, Paris ; Dr Johan Vanderliden, psychologue Louvain et Kortenberg, Belgique.
- Bertel Laurent. « l'essentiel de la PNL » Edition Jouvence. Genève 2009.
- Bioy Antoine, « L'hypnose ». Edition InterEditions, Paris 2007.
- Breton Philippe « convaincre sans manipuler » Edition La Découverte, Paris 2008.
- Chapelle Frédéric, Monié Benoit, Poinot Rollon, Rusinek Stéphane, Willard Marc, « L'aide mémoire des Thérapies Comportementales et Cognitives » Editions Dunod, Paris, 2011.
- Chapiro Francine, « manuel d'EMDR . Principes, protocoles, procédures. » Dunod-InterEditions, Paris, 2007. Version original "EMDR second edition, basic, principles, protocols, and procedures." The Guilford Press, USA.
- Chertok Léon, « Mémoires les résistances d'un psy. » éditions Odile Jacob, Paris, 2006.
- Erickson Milton H. « L'hypnose thérapeutique. Quatre conférences. Edition ESF, Issy-les-Moulineaux, 1986.
- Erickson Milton H., Rossi Ernest, « l'homme de février. Évolution de la conscience en hypnothérapie » Editions Satas, Bruxelles, 2002.
- Edgette John H., Sasson Edgette Janet. « Manuel de phénomènes hypnotiques en psychothérapie. » Edition SATAS collection Le Germe, Bruxelles, 2001.

Bibliographie les livres

- Godin Jean, « la Nouvelle Hypnose : vocabulaire, principes et méthode » Edition Albin Michel, collections Idées, Paris 1992.
- Gordon David, « Contes et métaphores thérapeutiques. Apprendre à raconter des histoires qui font du bien », Editions Dunod-InterEditions, Paris 2006.
- Guilmaine Claudette. « Contes à l'usage des parents et autres adultes soucieux du bonheur des enfants » Editions du CRAM, Montréal, 2012.
- Joussellin Charles « Hypnose sur ordonnance. Pratiques et applications médicales. » Edition Ellebore, Paris 1995.
- Malarewicz Jacques Antoine, « Cours d'hypnose clinique. Etudes Ericksonniennes. » Edition ESF, 1990, Issy-les-Moulineaux, 4^e édition 2006.
- Megglé Dominique, « les thérapies brèves, les méthodes efficaces qui bouleversent la psychothérapie », Edition Presses de la Renaissance, Paris 2002
- Nardone Giorgio, Verbitz Tiziana, Milanese Roberta, "Manger beaucoup, à la folle, pas du tout.", Ed. Seuil, 2004. Edition originale, « Le prigionieri del cibo », Editeur Ponte alle Grazie, Milan 1999.
- O'Hanlon W.H., Hexum A.L., « Thérapies hors du commun. L'œuvre clinique complète de docteur MILTON H. ERICKSON » Editions Satas, Bruxelles 1998.
- Olness K., Kohen Daniel P., traduction française Catherine Hache "Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant", édition Le Germe, Satas, Bruxelles 2006, version originale : « hypnosis and hypnotherapy with children », édition The Guilford Press. New York.
- Robles Teresa « Réviser le passé pour construire l'avenir », Edition Satas, Bruxelles 2005.
- Roques Jacques « Guérir avec l'EMDR. Traitement, théorie, témoignages. » Edition du Seuil Couleurspsy, France janvier 2007.
- Rossi Ernest « Ernest Rossi en pratique », CD séminaires 8.9.10 octobre 2005, Emergences Rennes, 2005.
- Salem Gérard, Bonvin Eric, « Soigner par l'hypnose » Edition Eselvier Masson. Issy-Les-Molineaux, 2012.
- Virost Claude, Bernard Frank, « hypnose, douleurs aiguës et anesthésie », Edition Arnette. Wolters Kluwer, 2010.
- White Michael, Epstein David, « les moyens narratifs au service de la thérapie. » Editions Satas, Collection le Germe. Bruxelles 2003.
- Zeig Jeffrey K., « Un séminaire avec Milton Erickson », Editions Satas, Bruxelles 1997 pour la traduction française, version originale : « A teaching seminar with Milton Erickson » édition Brunner/mazel, New York 1980.
- Zeig Jeffrey K., traduction française Robert F. « La technique d'Erickson », édition Hommes et groupes éditeurs, Paris 1985, version originale : « Experiencing Erickson » édition Brunner- Mazel, New York, 1985.

Bibliographie Articles

- Oakley A David, Halligan Peter W, « Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience » Trends in cognitive sciences vol13n°6. may, 2009.
- Faymonville M-E, Boly M, Steven L., « Functional neuroanatomy of hypnotic state » Journal of physiology, Paris, 99,2006, 463-469.
- Terhune DB, Cardeña E, Lindgren M “Differential frontal-parietal phase synchrony during hypnosis as a function of hypnotic suggestibility”. Psychophysiology 2011 Oct;48(10):1444-7.
- L. Crocq et al. “les thérapies par l’hypnose dans les armées, quelques jalons dans l’histoire”, Annales médico-Psychologiques, 171 (2013) 662-666
- Bachelart et al. “L’hypnose ericksonnienne et sa pratique dans le traum psychique”, Annales Médico-Psychologiques, 171 (2013) 667-670
- Lynn SJ et al. Post-traumatic stress disorder: cognitive hypnotherapy, mindfulness, and acceptance-based treatment approaches. American Journal of clinical hypnosis, 2012 Apr;54(4):311-30.
- Abramowitz EG et al. « Use of hypnosis in the treatment of combat post traumatic stress disorder (PTSD) » Harefuah 2013 Aug;152(8):490-3, 497.