

Les Psycho-traumatismes en service de psychiatrie générale ?

Fréquence, particularité clinique et
prise en charge ...

Dr E. RAPPARD . LEYME

Traumas en psychiatrie générale

- Sensibilisation depuis plusieurs années ++
- Publications récentes (*information psychiatrique* mars et avril 2018)
- Publication Du Dr Fossard dans l' *Information psychiatrique : Mars 2018*
 - Une étude sur 300 patients
 - Toutes unités confondues Temps plein , HJA, CATTP, CMP ...
 - Cherche si exposé à un traumatisme?

Les Traumatisme : Quelques chiffres (Fossard 2018)

- Population générale : 30% de traumatismes
- Population psychiatrique : 72%
- Dont 74% exposés entre 3 et 6 fois (psychotraumatisme complexe) (2/3 F; 1/3 H)
- Harcèlement, agressions physiques ou sexuelles , deuil violent , sentiment de mort imminente ...)
- 1 patient sur 3 avant l'âge de 12 ans

Reprise d'une année d'hospitalisation à LEYME:

- mai 2017 à mai 2018
- 282 séjours (hors perm>48 h)
- 226 séjours concernant des patient avec traumatismes (T et ttt)
- Soit 80% des séjours sur une année
- Dont une dizaine de patients réhospitalisés pour plusieurs séjours (réhospitalisation en lien avec ces traumatismes).

Definition du traumatisme:

- Le traumatisme comporte 2 dimensions:
- La première visible , « objectivable » qui résulte de l'effraction, dans l'espace corporel ou psychique mobilisant l'*effroi* , le *hors-sens*, le *hors-mot* , il résulte de la *proximité avec la mort* : nous sommes dans le « en trop » , non mobilisable par l'appareil psychique .
- L'autre versant , contient un élément en négatif : une séparation , un deuil , une perte de statut professionnel , une rupture affective ..
- Il peut également s'agir de l'abandon , le « laisser tomber » de la part d'une équipe (georges Jovelet)

Les capacités d'intégration psychique peuvent être débordées par :

Un traumatisme Unique (T)

Des traumatismes moindres (t) mais répétés

Victime directe ou témoin (violences intrafamiliales +++)

Les attachements inséculres ou désorganisés (AD) dans l'enfance ...(*Giovanni Liotti*)

Pour les rechercher :

- **Entretien d'accueil** : *« y a-t-il des éléments de votre vie récente ou passé que vous considérez comme ayant pu être traumatiques? »*
- *« Quels sont les 3 pires traumatismes de votre vie? »*
- Parfois évoqués en période de crise ou sous « toxiques » puis « tus » (*Ne pas les oublier ...faire savoir que l'on a entendu même si on ne pourra y revenir que plus tard*)
- Biographie , génogramme , ligne du temps
- Recherche « active » si cauchemars , lésions auto-infligées , indifférence affective ...

Tableau clinique ?

- Exceptionnellement hospitalisés directement pour le trauma (ESPT simple sont rares à l'hôpital)
- Pluralité des tableaux cliniques +++
- Plutôt TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique) « Complexe » (voir poster)
- Problème / « dissociation traumatique » et ses conséquences cliniques qui complexifie les tableaux .

- En psychiatrie hospitalière : tableau de TSPT complexe
(ICD 11 , ancien DESNOS du DSM 4R)
(Voir poster pour critères cliniques)
- ou remaniement de la personnalité
(Trouble de la personnalité post
traumatique TPPT)
- Bcp de dg différents souvent portés au dossier .

TSPT Complexe

- Entité dont la définition n'est pas totalement consensuelle.
- Regroupe les symptômes classiques d'un TSPT (flashs backs , cauchemars, hyper vigilance) mais aussi des symptômes de
 - Perturbation des affects
 - Perturbation de la relation à soi et aux autres
 - Plus grande part de symptômes « dissociatifs »

ESPT complexe: critères cliniques (Roth et coll 1997)

- Symptômes de l'ESPT simple (flashes backs, cauchemars, reviviscences, hypervigilance...) +
 - Altération dans la régulation des affects et impulsions
 - Altération dans l'attention ou la conscience
 - Altération de l'auto perception
 - Altération dans la perception de l'auteur de l'agression (non requis)
 - Altération dans la relation avec les autres
 - Somatisations
 - Altération dans le système des sens

(voir poster)

Patients Pluri traumatisés (TTT ou ttt)

Victimes de traumatismes sévères et répétés
ayant commencé dans l'enfance.

Pour Giovanni Liotti (2017) élève de Bowlby ,
les Attachements désorganisés ou insécures
donnent des tableaux de TSPT complexes

Bcp de diagnostics différentiels ... ou de comorbidité...

- Trouble limite de la personnalité
- Trouble bipolaire cycle rapide ou type 2
- Trouble schizodysthymique
- Crise psychogène non épileptique
- Hystérie
- Somatisations
- Psychose (entre 46 et 67% trauma allégués)

Quel intérêt à la reconnaissance du traumatisme ?

- Éclaire sur les échecs ou la moins bonne efficacité des traitement médicamenteux ...
- Les errances diagnostiques
- Explique les ruptures thérapeutiques et la multiplicité des PEC antérieures
- Nombreuses ré-hospitalisations
- Hospitalisations plus longues ...et parfois « hachées » (schémas attachement, abus/confiance , phobie attachement)



Permet au soignant de mieux :

- Comprendre Inaffectivité et froideur (liées à la Dissociation Traumatique)
- Adapter la Distance thérapeutique :
 - Phobie de l'attachement
 - identifications douloureuses
- Donner du sens aux symptômes automutilations, crises de colère ... (DT)
- Prendre du temps pour installer la Confiance

Peut on ne pas les prendre en considération ?

- Reproduirait le refus de savoir, (dédi , exclusion, abandon)
- Validerait les « schémas » du patient et re-traumatiserait .
- La situation « mondiale » actuelle sur les violences sexuelles réduit le vécu de honte et permet moins difficilement de dire

Qu'en faire?

- Le patient nous fait « confiance » en nous « confiant » son histoire traumatique ...
- Le travail sera probablement plus long et plus complexe
- Nécessitera plusieurs « approches » simultanées ou consécutives ...
- Demandera du temps

Qui et que traiter ?

- En dehors des ESPT simples (svt en externe)
- Uniquement si le patient est d'accord car c'est un travail douloureux et difficile.
- Parfois traumatismes trop anciens ou trop nombreux ...
- Patients très ou trop « fragiles » ...
- Difficile quand Abuseur présent dans l'entourage
- Plus difficile quand personnalité très remaniée (TPPT) ou ESPT complexe.

La boîte de pandore?

- Souvent traumas ttt puis traumas T
- Traumas crus « digérés » qui ne le sont pas ... (traumas révélés au fur et à mesure du W)
- Conflit de loyauté / agresseurs encore vivants et vieilliss (enfance) (culpabilité à dénoncer)
- Levée d'amnésie au cours du travail ...

Recommandations de l'ISTSS

(international society for traumatic stress studies)

- TSPT simple et TSPT complexe sont deux entités différentes
- Les traitements recommandés dans le TSPT simple peuvent ne pas être efficaces dans le TSPT complexe
- Les patients souffrant de TSPT complexe ne sont pas suffisamment stables en début de prise en charge pour tolérer les interventions centrées sur le trauma (mais ne fait pas consensus)

En pratique , sur le terrain:

- La « préférence patient » est centrale dans ce processus de soins . Informer et attendre son accord pour « quand » et « comment » travailler ..
- Doit tenir compte de l'offre de soins parfois insuffisantes (thérapeutes formés ou non , temps d'attente, offre publique ou privée)
- De ce que le thérapeute se sent en capacité de faire à ce moment là? (*travail difficile pour patient et thérapeute*)

Symptômes post traumatiques et possibilités thérapeutiques:

- EMDR
- Travail sur les états du moi
- Hypnose
- Thérapie des Schémas , TCC (OS) ou (CT)
- Thérapie dialectique (*Marsha Linehan*)
- Thérapies sensori-motrices (*Pat Ogden*)
- Intégration des Cycles de la Vie (Peggy Pace) (ICV)

Symptômes post traumatiques et possibilités thérapeutiques: (D'après C.Hingray et P.Haim, stratégies thérapeutiques des traumas , PUF , 2018)

Intentions	Répétitions, flashs backs, cauchemars, désintérêt , anhédonie, tristesse	Thérapies d'exposition
Actions	Sentiment d'impuissance, évitement, dissociation psychique , Dysrégulation émotionnelle	Exercices d'ancrage dans l'ici et maintenant, mindfulness, TCC,
Relations	Hypervigilance, méfiance, schémas cognitifs relationnels perturbés, désintérêt d'autrui , repli sur soi, perte de confiance en soi	Thérapie systémique , des schémas , dialectique , narrative
Corps	Hyperréactivité neurovégétative, dissociation somatoforme, automutilations, troubles addictifs, troubles alimentaires et sexuels	Hypnose, relaxation, biofeed back

Quel type de PEC à l'hôpital :

- Écoute et « accueil » de l'indiscible .
- Expérimenter une relation « sécurisée »
- Traiter les comorbidités .
- Apprentissage de techniques de stabilisation émotionnelle et de « renforcement du moi »
- Travail sur le traumatisme lui-même

Le travail dans l'unité :

- Renforcer les défenses psychiques :
 - Donner du contrôle : psychoéducation, consensus sur le rythme et les modalités du ttt.
 - Apprendre à stabiliser le corps (apprentissage de techniques psychocorporelles à s'approprier)
 - Apprendre à repérer et tolérer les émotions pour moins se « dissocier »
- Travail sur les schémas cognitifs
- Débuter le travail sur le traumatisme si adapté...
- S'engager sur un soutien long terme (ré-hospitalisations fréquentes)

Qui ?

- Équipe au sens large ...
- Référent infirmier indispensable (lien de confiance , souvent verbalisation initiale en entretien infirmier repris par la suite)
- Parfois 2 référents si vécu abandonnique ou relation antérieure d'emprise .

L'ESPOIR :

- Dépister ou « flairer » les traumatismes dès les consultations en pédo-psychiatrie et les suivre ++++
- Mieux reconnaître les psychotraumatismes (plus complexe que le « simple » ESPT)
- Favoriser les soins en CMP et hôpitaux de jour par des techniques dédiées (éviter les ruptures et poursuivre le travail après le séjour hospitalier)
- Se former à la prise en charge des traumas

Psychose et traumatisme

Psychose ou psycho-traumatisme?

- Pour Louis Crocq: La réaction à un traumatisme peut être une psychose chronique à la condition d'une « structure pré psychotique »
- Pour P.Bessoles (2012): « L'immutabilité (caractère, état de ce qui ne peut changer dans sa nature) traumatique touche l'identité du sujet et entraîne des états pseudo-schizophréniques prolongés .

- On retrouverait entre 11 et 67% de TSPT dans les psychoses .
- Certains auteurs considèrent q'un tiers à un quart des psychotiques adultes aurait pour cause *les violences subies dans l'enfance , atteintes physiques psychiques , sévices sexuels uniques ou répétés.*

Le trauma comme voie d'entrée possible dans la psychose ?

- C'est l' *Erlebnis* des phénoménologues (notion de l'immédiateté avec laquelle l'expérience est vécue avant toute interprétation ou médiation et d'autre part elle indique la trace psychique de cette expérience)

Pour Jovelet les déclencheurs peuvent être :

- Une agression physique ou psychique
- La rencontre avec un partenaire sexuel
- La confrontation à un « autre » de la réalité
- La place de père ou de mère
- Une séparation
- Un échec, une réussite (amenant à un rôle social non assumé)

Pour J.P Gandelet « psychose et trauma : de la poule et de l'œuf ... » *stress et trauma* (2007)

- Les psychotiques auraient une vulnérabilité accrue aux traumatismes , la structure psychotique fragilisant le rapport à la réalité .
- Le PTSD est sous détecté et sous diagnostiqué chez les sujets psychotiques avec des implications cliniques et thérapeutiques délétères.

HYPOTHESE

- Pourrait il y avoir un continuum Trouble de la personnalité, Psychotraumatisme , psychose ?
- En lien avec une + ou – grande capacité d'intégration ?
- Qui dépendrait de nos expériences relationnelles infantiles et des expériences rencontrées
- « Capital intégratif » ?

*MERCI
DE
VOTRE
ATTENTION.*



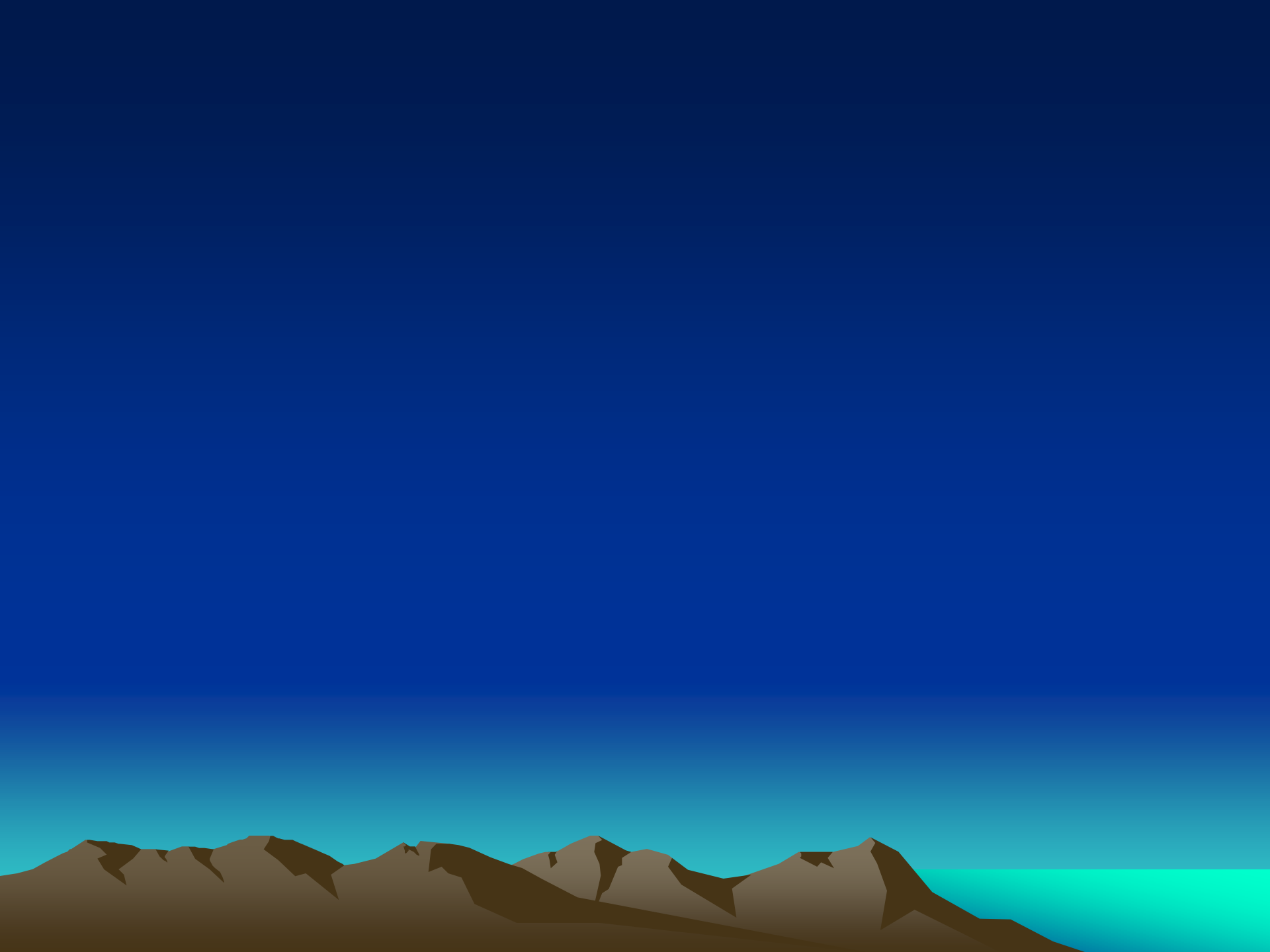


Illustration :

- 3 cas cliniques :
 - Mme D. 58 ans
 - Mlle P. 20 ans
 - Mme C. 75 ans

Mme D... 58 ans

- Orienté CMP pour « trouble anxio dépressif atypique »
- Travail sur un deuil brutal d'un ami (évoqué comme espt simple)
- Puis deuil du père alors qu'elle hospitalisée en médecine pour syncopes à répétition)
- Puis décès amour de jeunesse.....
- Levée d'amnésie sur T : Viol en réunion à 18 ans avec avortement traumatique par la suite
- Régulièrement réhospitalisée pour « idées suicidaires, augmentation des « flashs backs et cauchemars » lors de deuils ou séparation dans son entourage
- Actuellement stable .

Mlle P. 20 ans

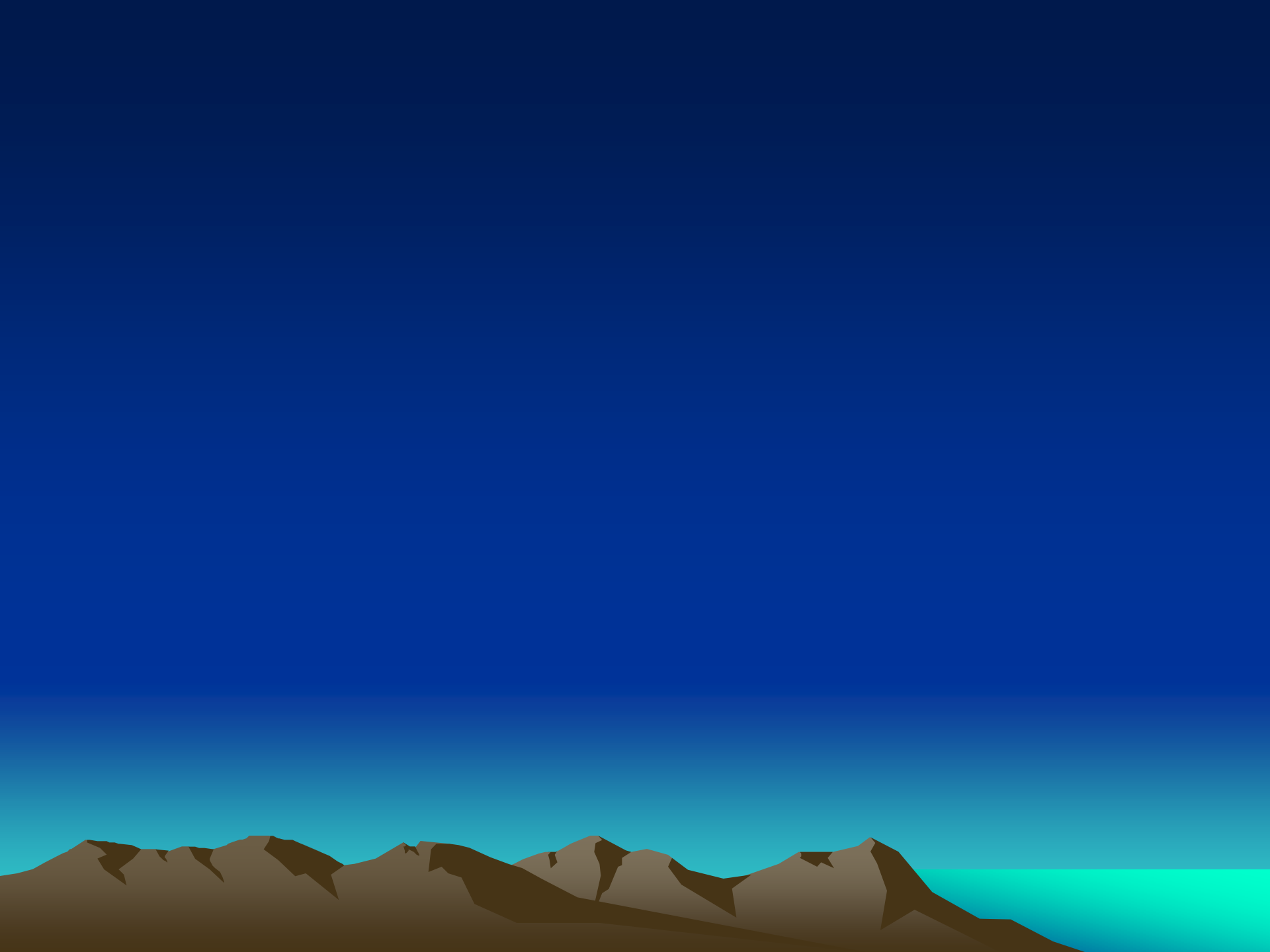
- Adressée pour « Angoisses phobiques (arrêt de son travail) TCA et scarifications »
- MEE de traumatismes puis puis puis puis ...
- (violence /couple puis harcèlement scolaire , maladie mère , négligence paternelle qui semble être le « traumatisme » principal)
- Hospitalisation TP puis séquentielles

Mme C , 75 ans

- Hospitalisée pour EDM mélancolique avec traits « hystériques »
- Plusieurs échecs médicamenteux puis mise sous tricycliques , TR et AP
- Amélioration relative ...
- Verbalisation spontanée (venue dans le bureau infirmier à la relève) d'un inceste lorsqu'elle avait 7 ans....

- Amélioration quasi spectaculaire après verbalisation jusqu'à reprise de vie à l'extérieur , normo-thymique à 3 ans de sa sortie...traitement médicamenteux maintenu.

*MERCI
DE
VOTRE
ATTENTION.*



Bibliographie

- *Exposition psychotraumatique en psychiatrie adulte* : O. Fossard et coll. L'information psychiatrique , vol 94,n°3, mars 2018
- *Psychothérapie des traumatismes complexes* : O.Piefort-Marin , Luise Reddeman , Satas, 2016
- *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* Joanna Smith : Dunod 2016
- *Les psychotraumatismes* : Cyril Tarquinio, sebastien Montel : Dunod .2014



Quelles technique

- Hypoactivation du cortex préfrontal gauche au niveau de l'aire de Broca dans le TSPT-----> Techniques Verbales sont inaccessibles au patient et inconstantes
- Désactivation des zones impliquées dans l'inhibition émotionnelle et l'expression des émotions----->Techniques qui favorisent la régulation des émotions
(Psychothérapies dites « émotionnelles »)



Pour raccourcir les sejours hospitaliers

- Travail qu'il faut accepter comme étant long , fragmentaire et difficile
- Relais à l'extérieur (HDJ,CMP)
- Former les thérapeutes psychiatres infirmiers ou psychologues au psychotraumatisme
- Favoriser l'accès aux thérapies non verbales



- Groupes de parole (*type 12 étapes*) non recommandés (risque interactionnel avec reproduction des schémas et retraumatisation)
- (hors groupes d'agresseurs et abuseurs sexuels expérimentés (cf Coutanceau et Smith))
- Prise en charge en petits groupes ou individuel : chronophage (processus de changement)



A developper ?

- Techniques émotionnelles et de stabilisation: Hypnose , relaxation , pleine conscience, thérapie des schémas .
- Travail sur les traumas : EMDR (tr dissociatifs) Hypnose ,TCC, ICV (integration des cycles de la vie)



Critères du TSPT complexe

