

« Adaptation, mesure et évaluation en santé.

Approches interdisciplinaires » - Equipe EPSAM, Metz, France

<https://apemac.univ-lorraine.fr/>

Evaluation et prise en charge du psychotraumatisme

EMDR & ICV : psychothérapies du traumatisme psychique

EVALUATION

Types de traumatismes

Terr (1991) distingue 2 types de traumatismes :

- Type I : traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un début net et une fin claire (e.g, une agression, un accident, un incendie)
- Type II : lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période (e.g, la violence intrafamiliale, les abus sexuels et les faits de guerre)

Classification de Terr

	Caractéristiques cliniques communes	Spécificité événement Traumatique dans l'enfance	Spécificités cliniques
TYPE I	<ul style="list-style-type: none"> - Flashbacks - Répétition de la scène traumatique - Peurs spécifiques de la scène traumatique - Perturbations du fonctionnement relationnel 	Isolé, soudain	<ul style="list-style-type: none"> - Souvenirs traumatiques détaillés et accessibles - Cognitions négatives en lien avec la scène traumatique et des conduites d'évitement - Altérations perceptives (fausses-reconnaisances, hallucinations visuelles, distorsions de la perception du temps)
TYPE II		Répété et/ou prolongé	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes dissociatifs - Identification à l'agresseur, tendances auto agressives - Indifférence affective et rage

Types de traumatismes

Hermann (1992) reprends les travaux de Terr:

- Type I → TRAUMATISME SIMPLE
- Type II → TRAUMATISME COMPLEXE

La dénomination traumatisme simple ou complexe ne fait pas référence à un trouble mais à un type d'exposition.

Trouble Stress Post Traumatique (DSM-5)

- A. **Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une** (ou de plusieurs) **des façons suivantes** : Victime, témoin, rapporté par un proche, exposition répétées (travail)
- B. **Symptômes envahissants** (souvenirs répétitifs, cauchemars, flashback...)
- C. **Symptômes d'évitement**: éviter les rappels internes (pensées) ou externes (lieu) de l'événement
- D. **Altérations cognitives et émotionnelles** : amnésie, émotions négatives persistantes, détachement, diminution d'intérêt
- E. **Altérations de l'éveil et de la réactivité** : Hyper vigilance, défaut de concentration, troubles du sommeil

Trouble Stress Post Traumatique Complexe (CIM-11)

3 clusters de symptômes TSPT :

- ré-expérience
- évitement
- sentiment persistant de menace

3 clusters pour la dimension complexe, nommée Perturbation dans l'Organisation de Soi (POS)

- dérégulation affective
- concept de soi négatif
- perturbations interpersonnelles

Récit traumatique

Pour travailler sur le récit traumatique il est important de comprendre que tout ne peut être verbalisé et qu'il est nécessaire de trouver des formes d'accompagnements qui peuvent permettre d'entendre ce qui est racontable mais aussi ce qui est indicible.

Des protocoles nous permettent d'accéder à tous ces éléments en respectant le rythme du patient au travers des thérapies EMDR et/ou ICV.

PRISE EN CHARGE

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

=

Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires

Découverte en 1987 aux Etats-Unis par Francine Shapiro, membre du Mental Research Institute de Palo Alto.

S'appuyant sur les facultés du cerveau pour transformer les informations à l'origine d'un traumatisme, l'EMDR permet de libérer le patient de sa souffrance et de dépasser ses blocages. Cette thérapie repose sur la stimulation alternée de chaque côté du corps par des mouvements oculaires, alors même que la personne se reconnecte à l'événement traumatisant.

Dr Christophe Marx, "*L'EMDR*", Eyrolles, novembre 2013

EMDR : hypothèses de base

- **Similitude avec la phase de sommeil paradoxal (REM)** : Stickgold, 1998, 2002.

Phase REM transfert matériel faiblement associatif

Néocortex → Hippocampe = acétylcholine

Autres phases sommeil transfert matériel fortement associatif

Hippocampe → Néocortex

Ce double transfert permet la relaxation des souvenirs spécifiques et permet ainsi la formation de souvenirs sémantiques affectivement affaiblis.

PTSD → perturbation du sommeil et du mécanisme acétylcholinergique
diminution de la relaxation des associations fortes

EMDR → production d'acétylcholine plus élevée

→ stimulation flux d'information du cortex vers l'hippocampe (semblable sommeil paradoxal)

EMDR : hypothèses de base

- **Lien avec la Mémoire de Travail** : Van den Hout et al 2011 ; de Jongh et al, 2013

Le fait de se remémorer un souvenir dépend de la mémoire de travail dont la capacité est limitée.

Le fait d'ajouter une tâche supplémentaire durant la remémoration (penser au souvenir et suivre les doigts) sature la capacité limitée de la mémoire de travail : le souvenir a moins d'espace dans la mémoire de travail et est affaiblit.

Cela entraîne une diminution de la vivacité et de la charge émotionnelle du souvenir qui va être reconsolidé ainsi.

EMDR : L'attention bifocale ou attention duale

Importance de maintenir une attention double pour garantir une efficacité et une bonne tolérance :

« un pied dans le passé, un pied dans le présent »

Il y a une alternance de l'attention durant la phase de stimulation entre une perception intérieure et une perception extérieure.

La « réalité intérieure » du passé s'opposerait alors à la « réalité extérieure » du présent.

Ainsi, un patient qui reste trop concentré sur le présent sans parvenir à se concentrer sur l'événement traumatique et les cognitions/émotions/sensations qui s'y rattachent ne parviendra pas à avancer dans le processus.

A contrario, un patient qui aurait « les deux pieds dans le passé » peut présenter des symptômes dissociatifs.

EMDR

L'information traumatique est stockée dans le système limbique avant d'être transféré vers le néocortex (ondes lentes) et le cortex cingulaire antérieur (phase REM)

Les SBA reproduisent les ondes lentes du cerveau 1 à 3 htz (EEG)

Les SBA en EMDR reproduisent les conditions neurophysiologiques favorables pour l'intégration des mémoires épisodiques dans le cortex associatif

Les informations deviennent « adaptées » en mémoire sémantique, permettant également une forme de résilience traumatique pour le patient ayant surmonté son traumatisme.

Marco Pagani

EMDR

L'EMDR permettrait :

- d'accéder au souvenir bloqué et de relancer le traitement adaptatif de l'information
- de décrocher la mémoire traumatique
- de la transférer vers les zones supérieures du cerveau en opérant une désensibilisation émotionnelle

L'EMDR va aider le patient à retraiter une information ancienne qui est encore active et douloureuse au présent. Elle cherche à effacer la douleur de certains souvenirs et à changer les croyances et les comportements inadaptés, liés aux expériences traumatiques passées, qu'elles soient réelles ou imaginaires.

Vivre au présent : Tel pourrait être le but de cette thérapie

EMDR

Le protocole standard se déroule en 8 phases :

- 1- Prise d'histoire
- 2- Préparation
- 3- Evaluation
- 4- Désensibilisation
- 5- Installation
- 6- Scanner corporel
- 7- Clôture – séance complète ou incomplète
- 8- Réévaluation

Narrative

Il existe deux manières de travailler la narrative avec le patient :

- le patient raconte tout ou partie du récit traumatique et le thérapeute accompagne cette narration de SBA continues.
- le thérapeute réalise les SBA tout en racontant l'histoire du patient avec les éléments connus et en lui prêtant son appareil psychique (émotions, ressentis éventuels face au vécu traumatique).

Ce procédé permet d'éviter la suractivation et la retraumatisation.

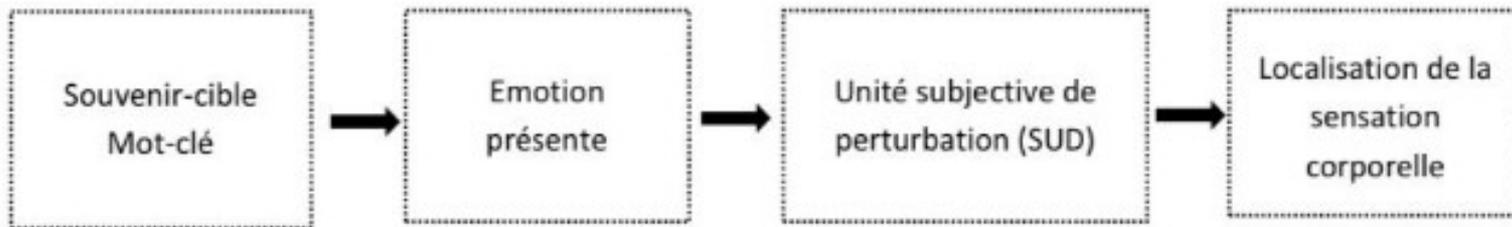
A noter que pour le Type II il est important de ne jamais faire dérouler le récit afin d'empêcher toute suractivation qui pourrait amener à de la dissociation. On retravaille les images intrusives pour pouvoir accéder dans un deuxième temps au récit traumatique qui sera travaillé en narrative.

L'utilisation de la technique du contenant peut permettre de mettre à distance le pire du récit traumatique afin de ne pas s'y confronter en premier lieu.

Protocole à l'aveugle

En cas de traumatisme l'aire de Broca se désactive et il se peut que le patient soit incapable de parler. On peut alors utiliser un protocole permettant au patient d'en dire le moins possible.

- PHASE 2 : stabilisation/ancrage → Travail sur les 5 éléments (Farrell 2016, adapté de Shapiro 2012)
- PHASE 3 : évaluation modifiée du souvenir cible



Protocole à l'aveugle

- PHASE 4 : Désensibilisation
- PHASE 5 : Installation de la cognition positive
- PHASE 6 : Scanner corporel
- PHASE 7 : Clôture

Définition de l'Intégration Cycle de la Vie (ICV)

Thérapie créée par Peggy Pace (2000), basée sur des recherches en neurosciences portant sur l'anxiété, le trauma et l'attachement.

L'ICV permet la « digestion » des émotions du passé en connectant les réseaux neuronaux les uns aux autres, afin de dater les événements passés et faire en sorte que le corps n'y réagisse plus.

L'outil principal de l'ICV est la ligne du temps.

Il existe un ensemble de protocoles spécifiques

La ligne du temps

La Ligne du temps est une liste chronologique de souvenirs de la vie du patient

Années	Age	Souvenirs
1984	6	Ecole du centre
1985	7	Vélo bleu / Sortie au zoo avec Charlie
1986	8	Redoublement
1987	9	Vacances à Paris
1988	10	Séparation de mes parents / Déménagement Cassis
1988	11	Naissance de ma soeur Sylvie / Arrivée de Sasha

Le protocole de Base

- Répétition de la ligne: 24 heures après la naissance jusqu'à aujourd'hui
- Faire des sauts suivant le niveau de dissociation du patient

Le protocole Standard

Protocole pour les patients ayant subi de nombreux traumatismes, souffrant de dissociation, nombreux symptômes de stress.

- Moi Adulte va chercher le Moi Enfant la scène
- Moi Adulte amène le Moi Enfant dans un lieu sûr
- Moi Adulte montre au Moi Enfant que le temps à passé, que l'événement est fini depuis longtemps

Être ensemble dans l'ici et maintenant

Le protocole TSPT

La ligne du temps du trauma est constituée en séance.

Administrée durant la séance, après la construction

Souvent beaucoup de passages de la ligne du temps sont nécessaires

Conclusion

Le traumatisme représente un événement particulier dans la vie de nos patients, il est important d'entendre les silences et d'accueillir les mots avec toute la bienveillance que cela requiert.

L'approche intégrative permet de proposer un suivi pluriel qui respecte l'avancée de la libération de la parole de nos patients.

Quel que soit l'outil, la méthode, la théorie, l'important est de comprendre que le récit traumatique a son propre rythme que l'on ne peut brusquer.