LE TRAUMA PSYCHIQUE

AGNÈS ROUMIER

IADE-PSYCHOLOGUE

31/01/2024

PLAN

1. INTRODUCTION ET DEFINITIONS

Un peu d'histoire

Stress et trauma

2. MECANISMES PHYSIOLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Évènements traumatogènes

Classification des traumatismes

Réponse neurobiologique- SELYE (1954)

Mécanisme psychologique- LEBIGOT(Nov. 2006)

3. SEMIOLOGIE CLINIQUE

Chronologie et évolution: Réactions immédiates et syndrome psycho-traumatique

DSM V: critères diagnostics

PLAN

4. PEC DU TRAUMA PSYCHIQUE

La boite à outils

Les soins standards: DEFUSING-DEBRIEFING (CUMP)

Les soins spécialisés Psychothérapies: TCC-EMDR-Hypnose/ raitements médicamenteux

5. LES DIFFERENTES SITUATIONS DE STRESS ET/OU TRAUMA

Travailler loin de sa base

Le stress au combat

Le réseau de soins

Les CUMP

Le travail en institution

1. INTRODUCTION et DEFINITIONS

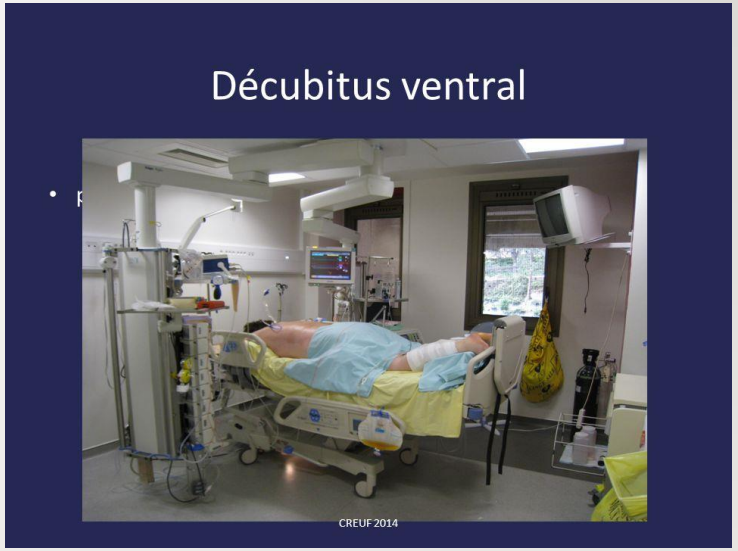
Point de vue étymologique: Blessure

19èS: pathologie chirurgicale et atteintes corporelles:

« *transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion* ».

Extension au phénomènes psychiques : confrontation brutale et soudaine à un évènement menaçant l'intégrité physique et/ou psychique

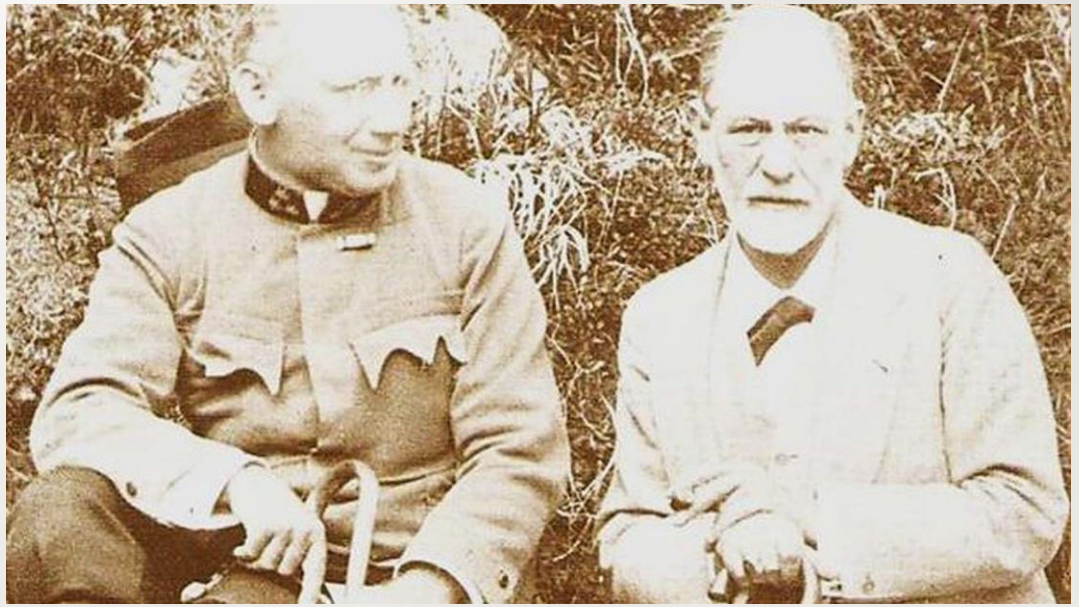
Une question d'histoires



Un peu d'Histoire

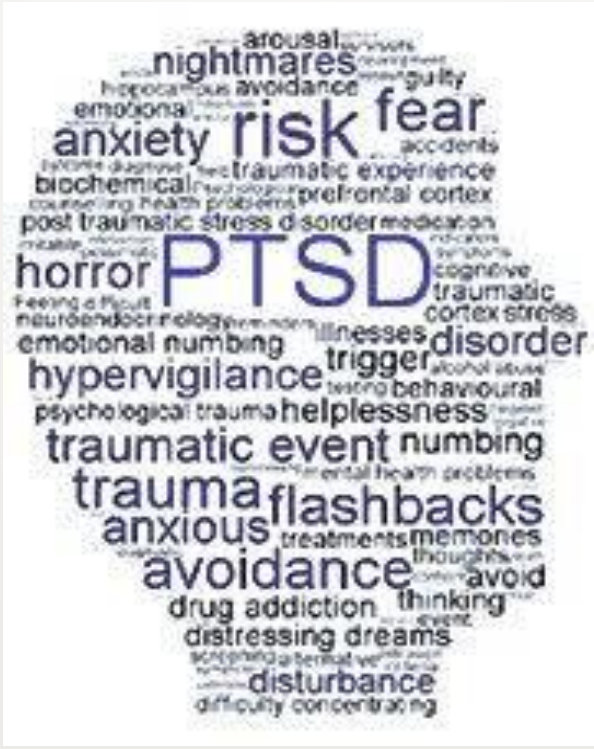
Aux origines de la névrose traumatique

Apport de la psychanalyse

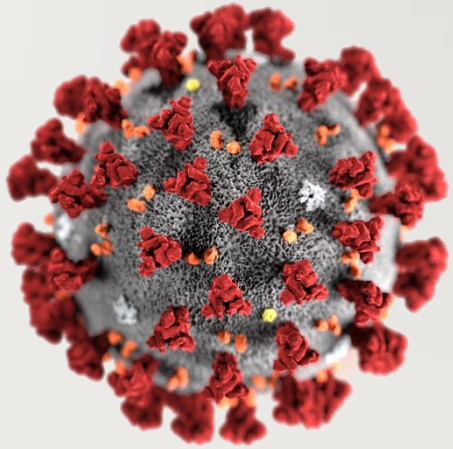


Les guerres et conflits internationaux

Au PTSD



Les nouveaux agresseurs



Le stress

- Qu'est-ce que le stress
- Le « Syndrome Général d'Adaptation » (SELYE, 1963) Conception neurophysiologique
- L. CROCQ (1999): « *le stress est la réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression, une menace ou une situation imprévue* »

Le trauma

- Imprévisibilité
- L'effroi- impuissance- indicible
- Réalité de la mort

- FREUD: « *corps étranger* »

- Successeurs de LACAN

BRIOLE, 1994-LEBIGOT, 2000): « *rencontre avec le réel de la mort* »
BARROIS, 1988: « Rupture de sens »
L. CROCQ (1999): émergence d'un non sens

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Le stress est une usure, le trauma un choc
- Une menace de l'intégrité physique et/ou psychique en lien avec une confrontation au réel de la mort.
- Il s'incruste tel un « corps étranger »

2. MECANISMES PHYSIO-PSYCHOLOGIQUES

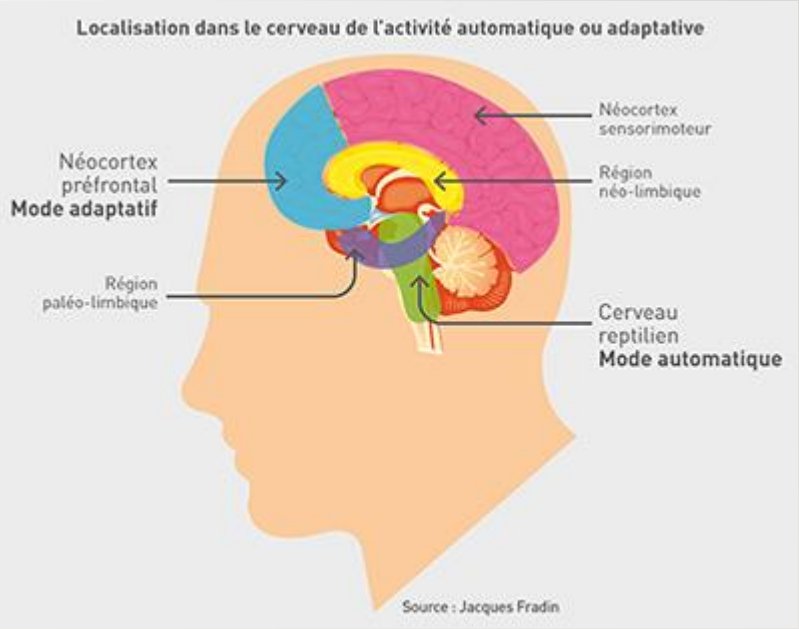
Réponses neurobiologiques: le SGA

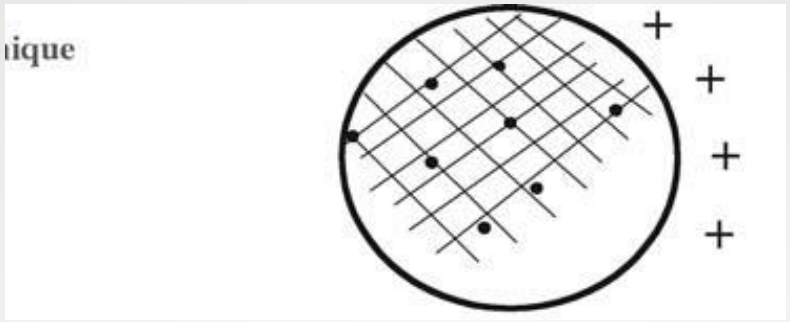
- **La phase d'alarme** dure qq secondes : Activation du SN∑, la glande médullosurrénale.
- **La phase d'adaptation** apparait ds les mns:

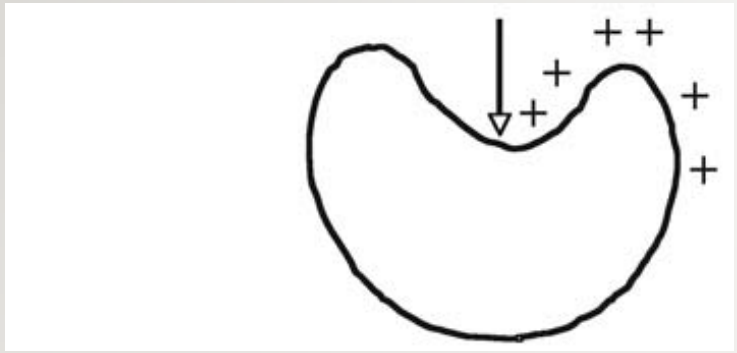
Mise en jeu l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien = Réaction neuro-hormonale → sécrétion de cortisol (↑ la résistance de l'organisme)

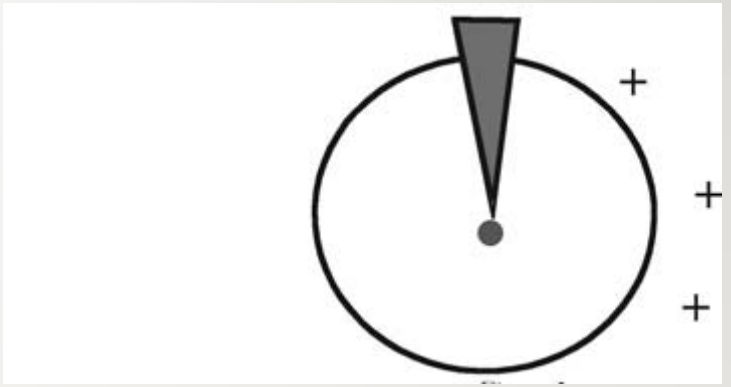
- **La phase d'épuisement** succède à la phase de résistance

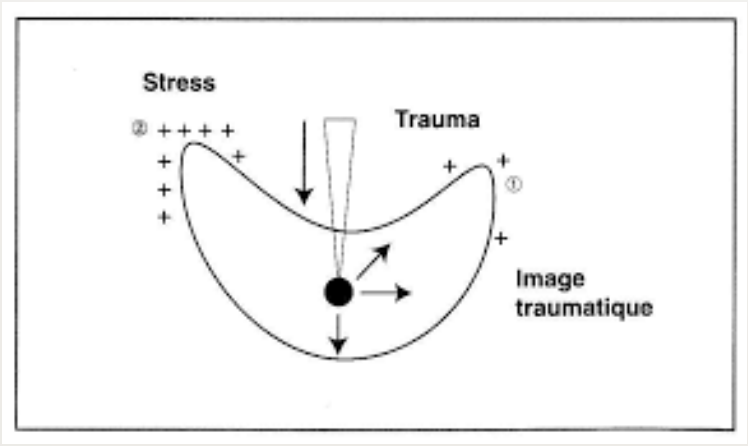
Lorsque la situation de stress se prolonge : l'organisme s'épuise et ne peut plus reconstituer ses réserves d'énergie.











Mécanismes psychologiques

Evènements traumatogènes

Un évènement majeur massif

L'accumulation d'évènements d'importance diverses

Le rappel d'évènements anciens

Classification des traumas

- Les différents types de traumatisme

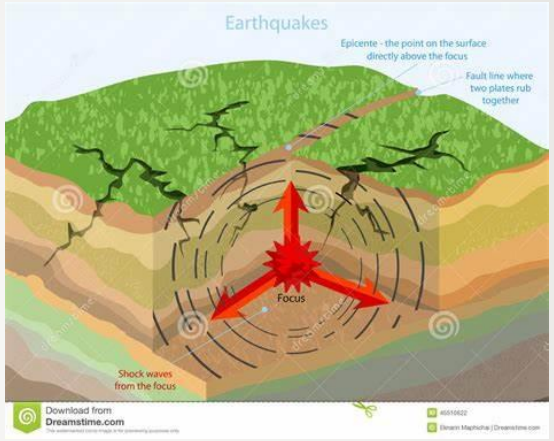
- Traumatisme de Type I = Trauma simple= évènement unique

- Traumatisme de type II = Trauma complexe = victimisation chronique

- Traumatisme de type III = évènements multiples débutant à l'âge précoce (abus)

Traumas directs et indirects

Tremblement de terre
Traumatisation primaire



1ière onde de choc
Traumatisation secondaire

2ième onde de choc
Traumatisation tertiaire

3ième onde de choc
Traumatisation quaternaire?

Le syndrome de Lazare

État d'inhibition → retrait progressif de la vie professionnel et familial

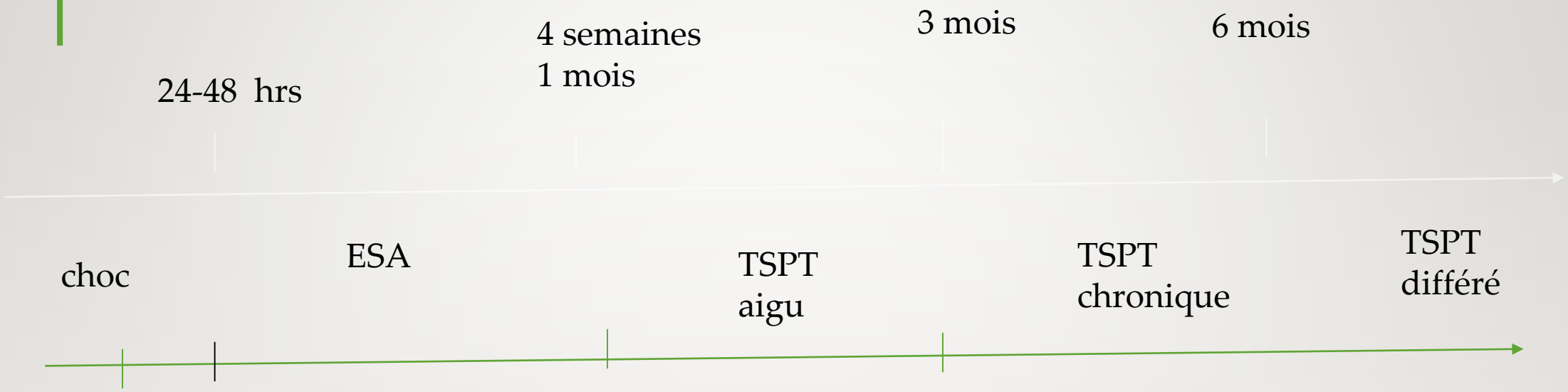
Dérèglement relationnel: mécanismes individuels et inter-individuels

- Plan familial: modification des rapports avec les autres
- Plan professionnel: attitudes de rejet et d'exclusion
- Sentiment de Honte et d'Impuissance

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Le trauma est une maladie psychique conséquente d'un choc traumatique aux répercussions bio-psycho-sociales
- Diversification des typologies (traumas simples-complexes)
- Répercussions sur le sujet, témoin, entourage, intergénérationnelles

3. PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUE



Stress adapté:
psychique-somatique-neurovégétatif-comportemental
Stress dépassé
Sidération-angoisse désordonnée-fuite panique-action automatique

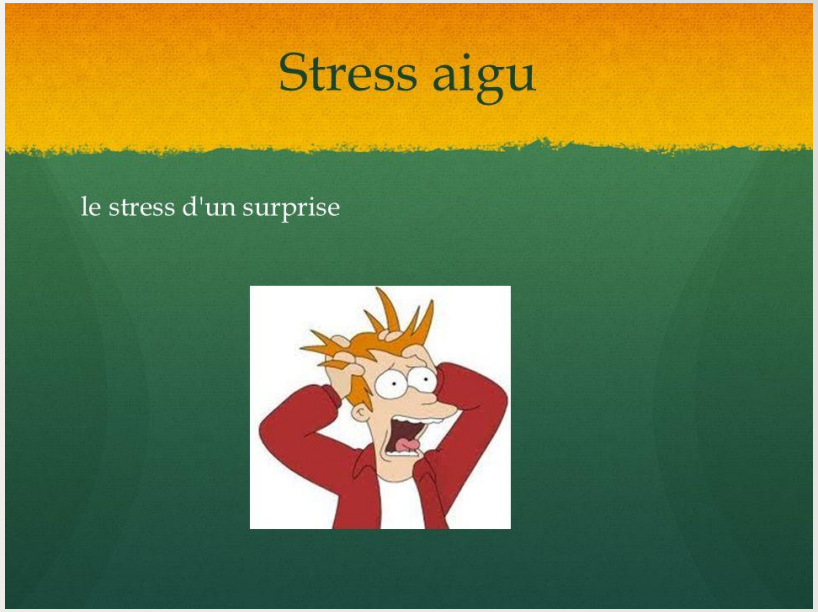
Réactions retardées
stress différé
Stress dépassé tardif
Réactions névrotiques différées

Conséquences psychologiques initiales d'un choc traumatique

- La dissociation traumatique: PDEQ

= confrontation à sa propre mort

→ Etat second, auto-hypnoïde

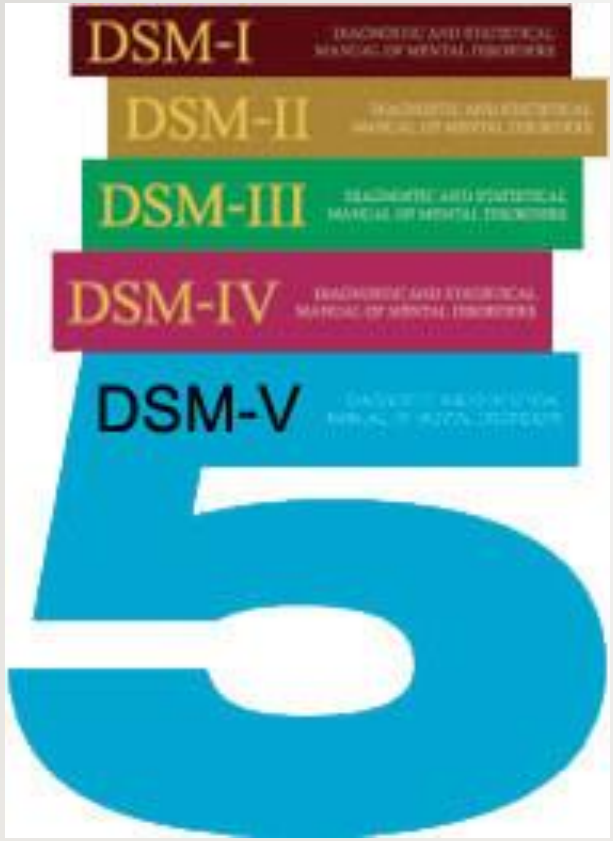


- La détresse péri-traumatique: PDI

= Réaction anxieuse

⇒ Le **stress aigu**

LE DSM V



- Symptomatologie = caractéristiques de 4 types

- La **reviviscence**

- L'**évitement**

- Les **altérations** négatives persistantes dans les **cognitions et l'humeur**

- L'**hyperréactivité**

Critères diagnostics

- A: **Exposition à la mort,** blessures, violence effectives ou potentielles

1- sujet

2-témoin

3- proche (familles-intervenants)

- B: **Symptômes intrusifs** associés à l'évènement (Un ou plusieurs)

1- souvenirs pénibles*

2- Rêves répétitifs

3- Réactions dissociatives (PDEQ)

4- Détresse psychologique(PDI)

5- Réactions physiologiques

- C: **Evitement persistant** (1 ou 2)

1- Efforts pour éviter les souvenirs

2- Evitement pour éviter les flashs-backs

- D: **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** (2 ou plus)

1- Amnésie dissociative*

2- Croyances négatives

3- Dissonance cognitive

4- Etat émotionnel négatif persistant

5- Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités

6- Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres

7- incapacité persistante de ressentir des émotions positives

- E: **Altération** marquée **dans l'activation et la réactivité**

1- Comportement irritable et crises de colère*

2- Comportement imprudent ou autodestructeur

3- Hypervigilance

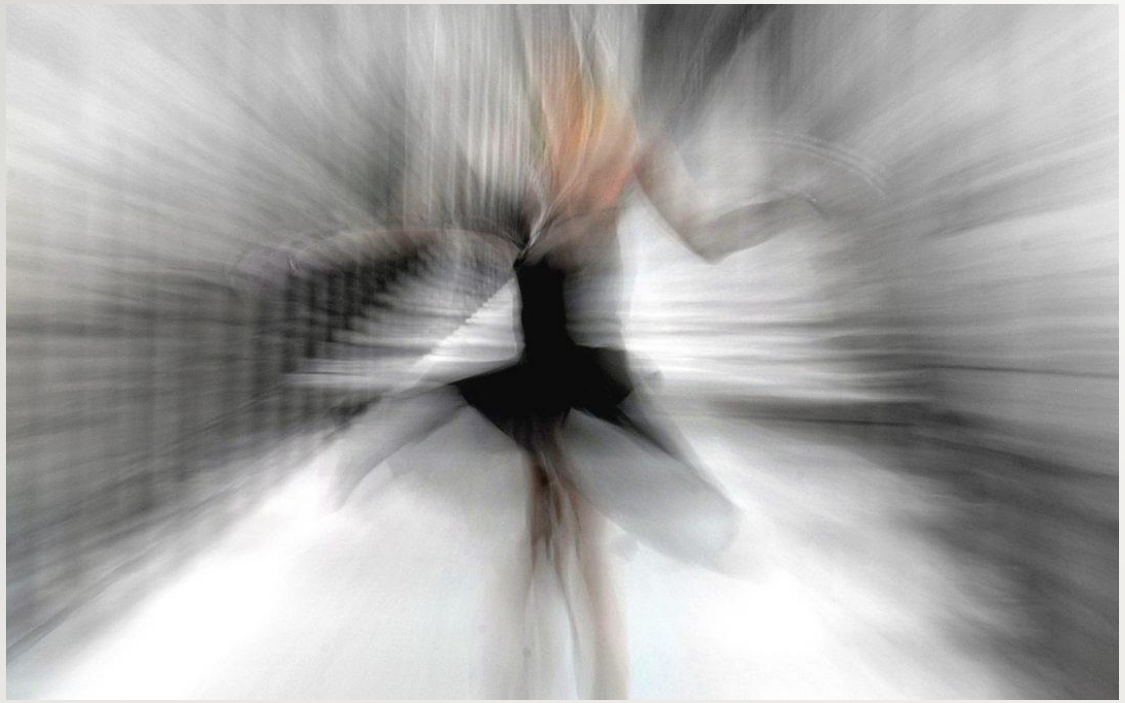
4- Réaction de sursaut exagérée

5- Problèmes de concentration

6- Troubles du sommeil

- F: Durée de la perturbation de plus d'un mois
- G: Souffrance cliniquement significative
- H: Perturbation non imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale

Spécificateurs



- Avec symptômes dissociatifs
- **Dépersonnalisation**
- **Déréalisation**
- Expression retardée

- Diagnostic de Stress Aigu (ESA) si < 1 mois
- TSPT si > 1 mois
- Période de latence

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Symptomatologies multiples avec
- Atteintes physiques: hyperactivité biologique-maladies psychosomatiques…
- Eprouvés émotionnels: Impuissance, Honte, Culpabilité, Sentiment d'abandon…
- Affections psychologiques: troubles anxiodépressifs, psychonévrotiques, troubles de la personnalités…
- troubles des comportements et des conduites …

4. PEC DU TRAUMA PSYCHIQUE

LA BOITE A OUTILS

- Travailler loin de sa base
- Aller à la rencontre des personnes éprouvées
- Offrir de la disponibilité et du temps d'écoute
- Travailler avec les autres

- Les soins standards

Le DEFUSING (IPI) : désamorçage du trop plein d'excitations pulsionnelles

Le DEBRIEFING (IPPI) : un travail de parole: évènements et émotions

- Les soins spécialisés:

- Les psychothérapies: verbalisation et expression des émotions (le catharsis)

→ Les thérapies psychodynamiques

→ La thérapie cognitivo-comportementale

→ L'hypnose

→ EMDR

- Les compléments : médiations corporelles ou mentales : relaxation, gestion de l'anxiété, EFT

- Les pistes pharmacologiques

Antidépresseurs

Anxiolytiques

Neuroleptiques

Thérapies psychodynamiques

Fondement théorique: opposition
- Lien avec vie affective antérieure
- Trauma indépendant du développement psychoaffectif

- Négocier le cadre thérapeutique-
- Etablir une relation de confiance
- Décrypter et réécrire le scénario traumatique

Thérapies Cognitivo-Comportementale

Fondement théorique: conditionnement
Le but: diminuer l'intensité des symptômes (anxiété- évitement)

- Analyse fonctionnelle

- Les Techniques:

Psychoéducation,
Exposition,
Restructuration cognitive,
Gestion de l'anxiété,
Affirmation de soi,
Aides spécifiques

L’hypnose

- LA BASE: Rétablissement d’un sentiment de sécurité et de contrôle.
- La dissociation comme levier thérapeutique

Double dissociation

Faire revivre la situation traumatique de manière atténuée

Transformer les scènes en situation absurdes

EMDR

Les fondements cliniques
La désensibilisation au Traitement Adaptatif de l'Information

- Procédures et modalités

Traitement adaptatif de l'information

Stimulation bilatérale alternée

CE QU'IL FAUT RETENIR

- Prise en charge pluridisciplinaire: médicamenteuse, psychologique, sociale
- L'identification précoce des symptômes permet une PEC précoce et donc une moindre répercussion = prévention
- Faciliter la verbalisation autour de l'évènement
- Importance de l'entourage ds le soutien, la protection dans une juste distance en lien avec les capacités d'écoute des besoins du blessé.

5. LES DIFFERENTES SITUATIONS

Le stress au combat

- Le coût psychologique des combats

- L'usure psychique dû au stress du combat
- La particularité des anciens combattants

- Un travail de prévention
- Avant les OPEX
- Pendant les OPEX
- Au retour des OPEX

LES CUMP

- Dispositif d'urgence crée en 1995 pour les catastrophes collectives

- Composition des équipes

- Déclenché par le SAMU

- PEC et orientation des personnes choquées vers Parcours de soins à l'issue d'une agression en service d'urgence

Le travail en Institution

- Le stress à l'hôpital

- Les urgences-soins intensifs/brulés

→ phase aiguë= état de sidération

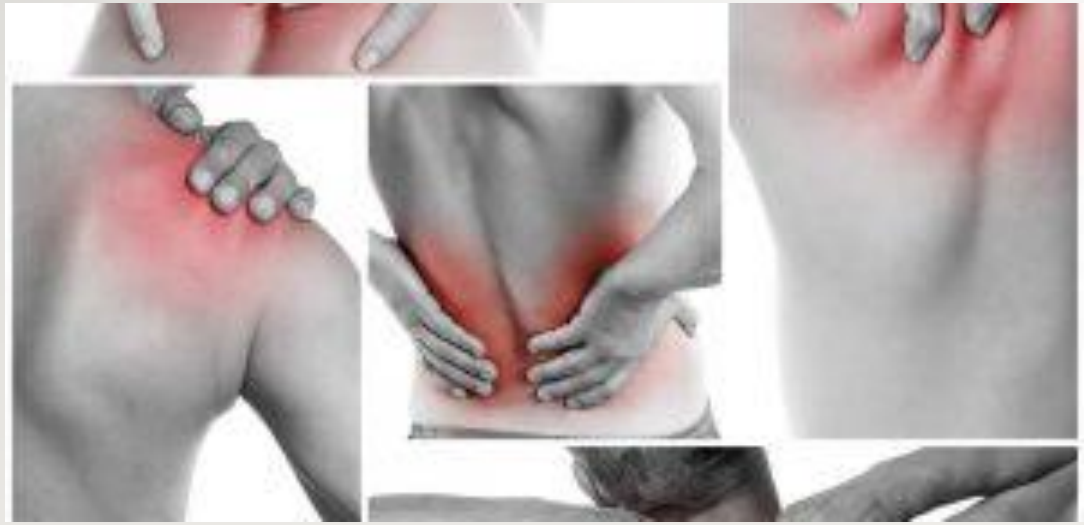
→ Phase intermédiaire = phase dépressive

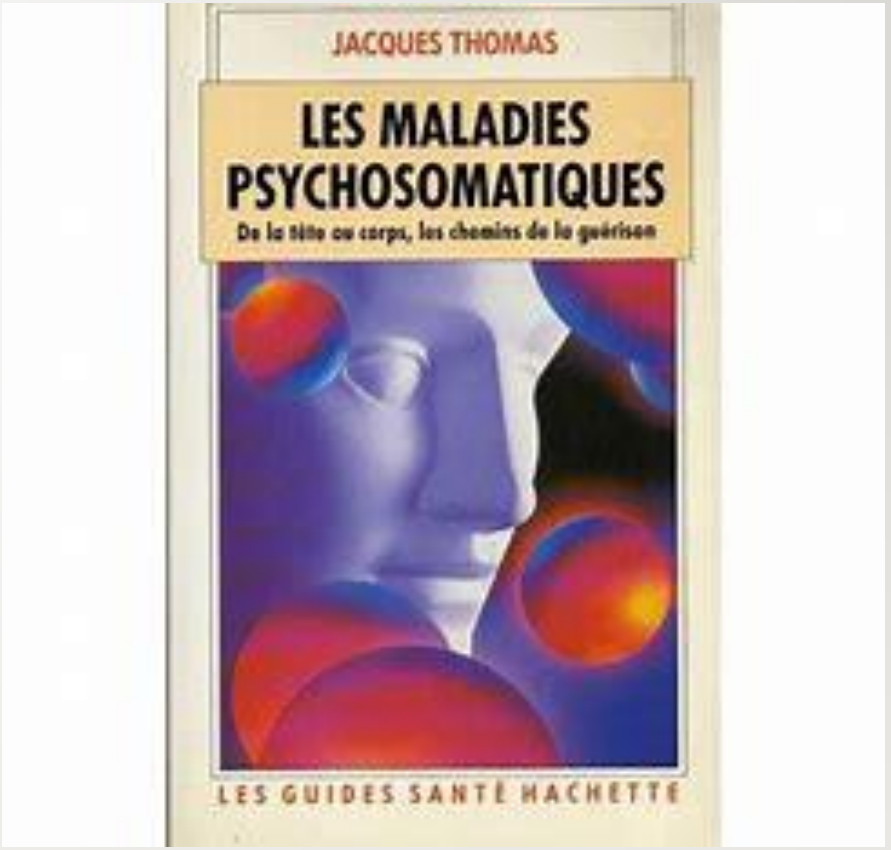
→ Phase tardive = réhabilitation

Travailler avec le malade, Les familles, les soignants

- La psychiatrie de liaison

- Stress –douleur-maladie psychosomatique
- La douleur- Les douleurs
- Affections psychosomatiques





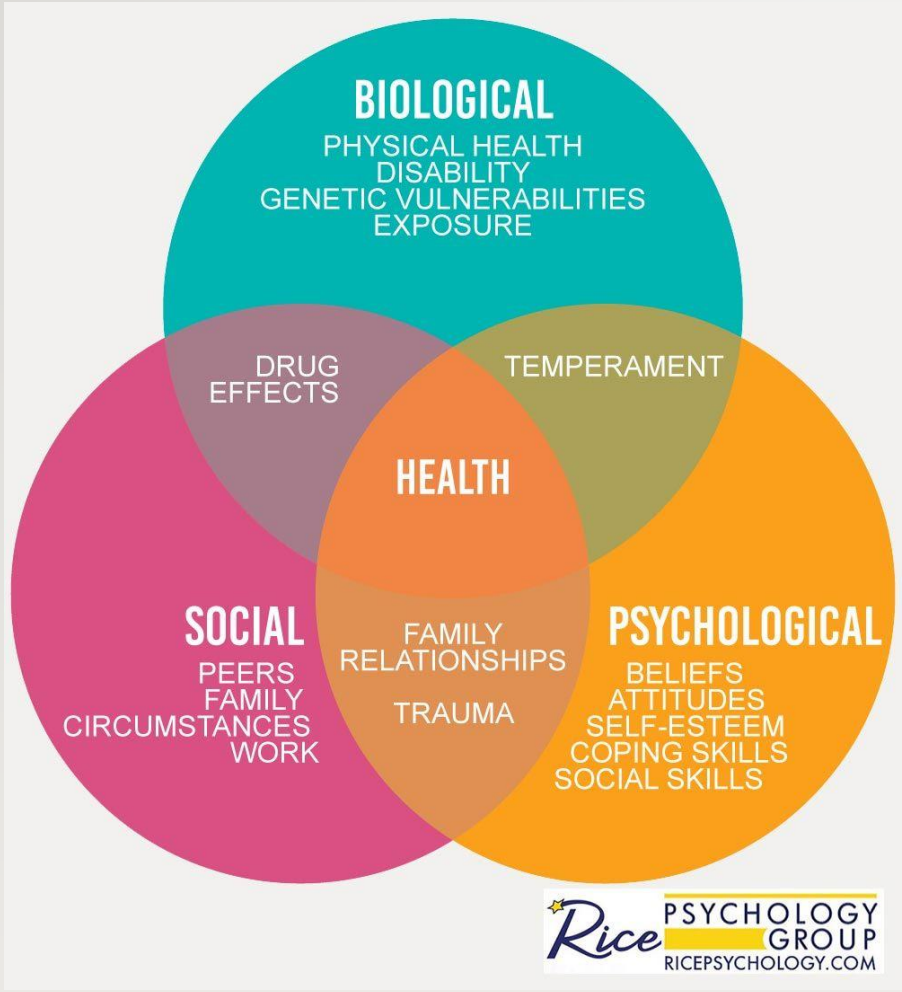
Annonce d’une maladie grave

Face à la fin de vie

Le réseau de soins

- En Urgence: les CUMP
- Les professionnels de santé: IDE-Médecins généralistes
- Services de psychiatrie
- Associations d'aide aux victimes

CE QU'IL FAUT RETENIR



- Les différents terrains d'intervention en font une problématique généralisée
- Un évènement unique pouvant avoir des répercussions à court, moyen et long terme
- Importance de la considération bio-psycho-sociale de la maladie
- Pathologie qui peut toucher n'importe quel individu (fait partie de la condition humaine)

CONCLUSION

- Vers une résurgence sociétale de traumatismes anciens non élaborés?
- Efficacité des différentes techniques
- Peut-on penser (panser) une prévention des TSPT?
- Place de la cohésion groupale