



Centre Régional
Psychotraumatisme
Sud Aquitaine



La psychothérapie du trauma

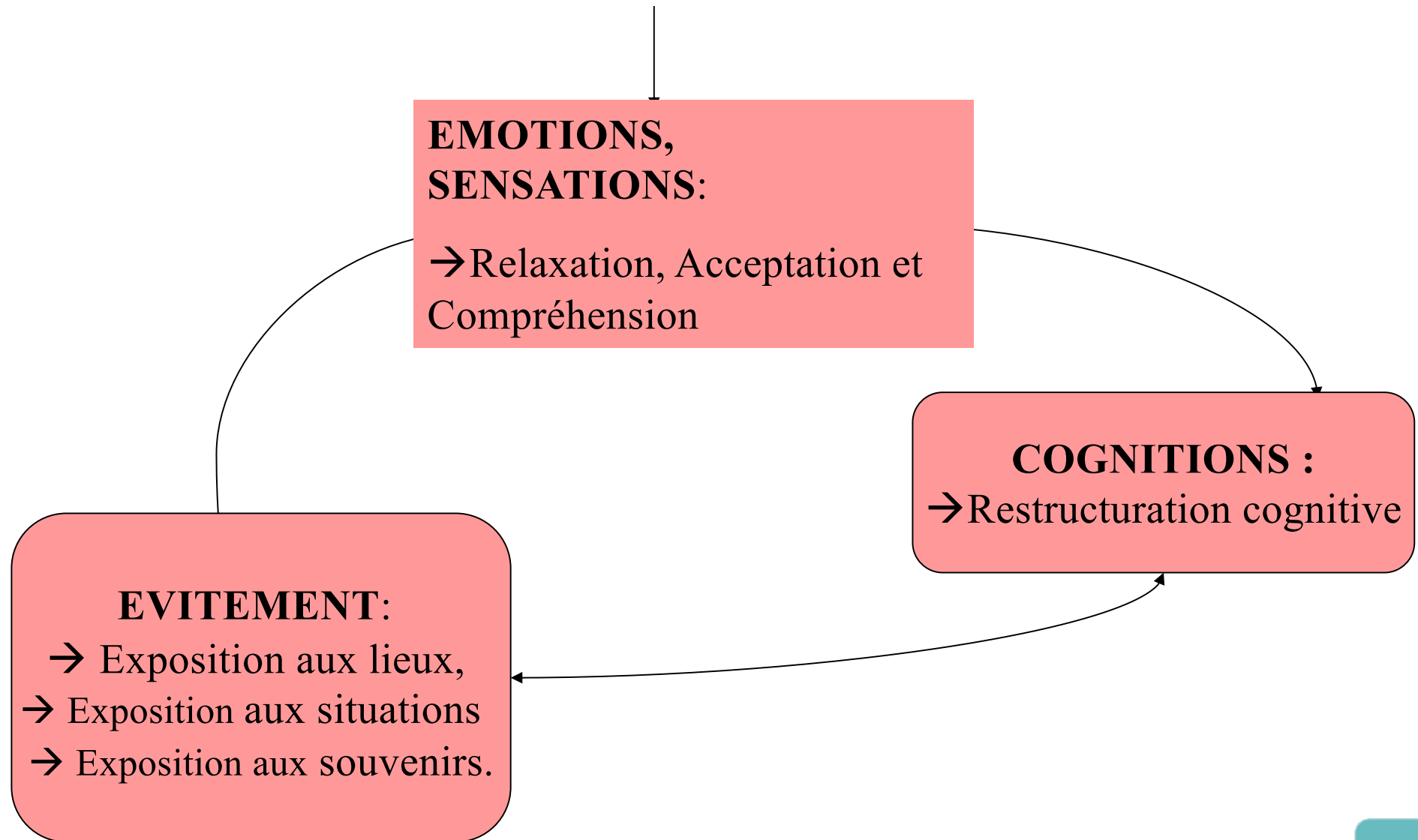
Dr GUILBON, Psychologue CRP SUD NA



La thérapie cognitive comportementale et émotionnelle du TSPT



Les cibles de la TCCE du TSPT



Accueil et Bilan : « Objectifs »

3 à 5 entretiens pour :

Accueil

Alliance thérapeutique

Bilan médical

Psychométrie

Psychoéducation

Présentation des modèles

Analyse fonctionnelle

Vérifier l'engagement



PASSE

ET

Perception de mort, blessure, menace intégrité physique

Peur, horreur, impuissance

MODELE MÉMOIRE
TRAUMATIQUE

Incompréhension, dissociation, colère,
honte, culpabilité

Réactions des proches, sauveteurs, ...
agresseur

DANGER

Reviviscences :
cauchemars,
images, flash-
back

Situations de rappel

« Ça recommence »

soulagement

Evitement

Passage en force

Cpt sécurité

Anxiété

Activation
Neuroveg :
-Sommeil
-Irritabilité
-Tbles cog
-Hypervigilance
-sursauts

Sympt dep :
-perte envie
-
Émoussement
-détachement
- Avenir
bouché

PRESENT

IRCCADE 5-15-10-2021

**Entretien d'Exposition en séance avec
Recueil Emotionnel et Cognitif.
Dr B. Gonzales & B. Lloret.**



Entretien d'Exposition en séance avec recueil émotionnel et cognitif

1ere étape, essentielle et spécifique de la prise en charge.

Pas d'extraction émotionnelle ni de restitution des faits avant le REC.

Le REC permet au patient de décrire à travers la narration, l'ET (vécu émotionnel, cognitif et faits).



Entretien d'Exposition en séance avec recueil émotionnel et cognitif

Cadre adapté et sécurisant.

**Pas d'enseignement théorique, écoute, aide à la
révélation des faits, des émotions et des
cognitions.**

Pas de suggestion, ni d'interprétation.

**Monitoring du niveau émotionnel selon
l'échelle de SUD en discriminant l'émotion
ressentie lors de la révélation des faits.**



La thérapie cognitive



La restructuration cognitive

« Ce ne sont pas les événements qui troublent les êtres humains mais l'idée qu'ils s'en font »

Epictète.



La restructuration cognitive

Une vision réaliste des faits: observer les faits pour ce qu'ils sont et non plus pour ce qu'ils nous font.

Les croyances issues du vécu traumatique induisent des biais qui maintiennent l'insécurité et bloquent l'expo (engagement).

- Culpabilité
- Responsabilité
- Indignité ou vulnérabilité = ne pas se soigner, ne pas guérir.



Les cibles

La Triade Infernale de l'ESPT:

-Prévisibilité : j'aurais dû prévoir, le sentir, ...

-Contrôlabilité : j'aurais dû contrôler, me défendre, fuir, l'arrêter, ...

-Responsabilité : c'est de ma faute (++).



Les cibles

La culpabilité++.

L'incompréhension

La honte (= rejet).

L'insécurité+++

L'abandon.

L'injustice ++.



La thérapie comportementale



Une technique d'exposition : L'Exposition en Visualisation Mentale

Dr B. Gonzalkes & B. Lloret



EVM : Objectifs

Aménagement de l'exposition au vécu du ST ou à la narration.

Objectifs :

Arrêter d'éviter : le patient depuis l'ET, adopte une stratégie l'amenant à maintenir le trouble à travers l'évitement.

Se souvenir différemment : permet d'avoir accès aux souvenirs déchargés de leurs vécus émotionnels à travers leur intégration à la mémoire explicite (mémoire à long terme, réfléchie, pensée après restructuration).



EVM : Objectifs

Couper le lien entre la survenue de l'Événement Traumatique et le maintenant, soit : « laisser le passé dans le passé ».

Apprendre à tolérer et à accepter les émotions accompagnant le vécu de l'événement traumatique.

Redonner du sens au vécu cognitif de l'Événement Traumatique à travers l'intégration de la restructuration cognitive.



Exposition aux situations et indices de rappel



Technique de l'exposition aux situations « de rappel »

- Règles identiques à toute exposition ++
- Liste de situations avec hiérarchie.
- Intégrer les micro-évitements
- Prolongée, complète, graduelle, répétée.
- Préparée +++ (non imposée, prévisible : maintenir le sentiment de contrôle et sans passage en force)

Les autres techniques « optionnelles »



Techniques interpersonnelles et d'aménagement émotionnel

La reprise d'un autocontrôle fait partie intégrante du traitement.

Renforcent le sentiment de contrôle, restaurent le sentiment d'efficacité personnelle, facilitent les techniques d'expositions et aménagent l'hyper activation neurovégétative.

Le contrôle respiratoire, la cohérence cardiaque, la relaxation rapide, training autogène de Schultz et relaxation de type Jacobson, le lieu sûr, l'autohypnose.

L'affirmation de soi

L'autoreparentage

La rescenarisation



L'EMDR

Eye Movement

Desensitization and

Reprocessing



Le Modèle du traitement alternatif de l'information.

L'histoire de l'EMDR débute par une auto observation de Francine Shapiro en Californie.

Le modèle du traitement alternatif de l'information.

La mise en mémoire des informations diverses (émotionnelles, sensorielles, cognitives ou même physiologiques) liées au traumatisme se fait alors de façon « dysfonctionnelle ».

L'EMDR favorise le processus de retraitement de l'information stockée de façon dysfonctionnelle, ainsi que sa désensibilisation et son intégration.



Le protocole de base

Des stimulations bilatérales alternées au centre du processus de retraitement de l'information.

Analogie avec les mouvements oculaires rapides lors du sommeil paradoxal (REM sleep), modification de l'équilibre ortho-parasympathique, facilitation des interactions inter-hémisphériques, double attention, distractibilité cognitive...

Quand deux exercices, rappel d'un souvenir et mouvements oculaires, sont demandés en même temps, la mémoire de travail est saturée et le souvenir devient plus vague, moins émotionnel.

Chaque rappel de souvenir est susceptible de le modifier. Ce dernier est reconsolidé dans la mémoire à long terme sous sa forme ainsi modifiée.

Toute procédure produisant une distractibilité pendant le rappel du souvenir aura pour effet une diminution de la précision et de l'impact émotionnel du souvenir traumatique (Tetris, concentration sur la respiration: *Engelhard, Van Uijen & Van den Hout. The impact of taxing working memory on negative and positive memories. Eur J Psychotraumatol 2010;1(5623):1-8.*)



Le protocole de base

Un protocole en 8 phases ciblant et traitant les effets des événements traumatiques du passé avec leurs conséquences dans le présent, et l'anticipation anxieuse pour le futur.

1 – Histoire du patient : Problème actuel, conceptualisation du cas, cibles traumatiques

2 – Préparation : psychoéducation, lieu « sûr », gestion du stress.

3 – Évaluation : sur le souvenir traumatique cible, Cognition négative et positive, VOC (validation of cognition), émotions SUD (subjective unit of disturbance), ancrage corporel.

4 – Désensibilisation (et retraitement adaptatif) : image sensorielle, cognition, ancrage corporel ; séries de SBA.

5 – Installation de la croyance positive; séries de SBA.

6 – Scanner du corps; SBA.

7 – Clôture en sécurité.

8 – Réévaluation à la séance suivante. Retour à la cible et vérification que tous les liens avec le présent, le passé et le futur sont retraités.



Des protocoles spécifiques

PRECİ - EMDR-Protocol for Recent Critical Incidents (Jarero & Artigas, 2001).

REP - Recent traumatic Event Protocol (F. Shapiro, 1995, 2001).

PROPARRA (Jarero, Amaya, Givaudan & Miranda, 2013).

R-TEP - EMDR-Recent Traumatic Episode Protocol (E. Shapiro & Laub, 2008, 2014).

URG-EMDR - EMDR d'Urgence (Tarquinio, Brennstuhl & Rydberg, 2012, 2015).

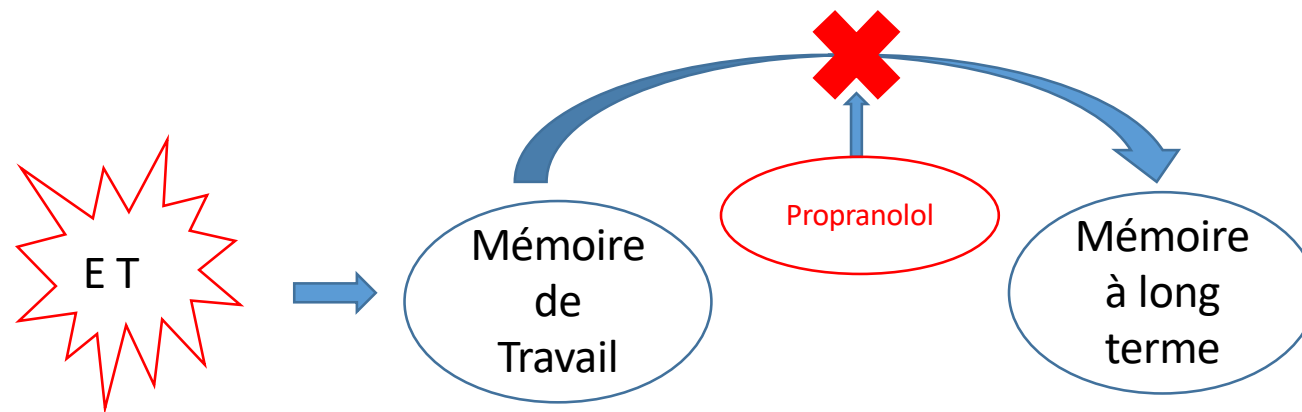


La thérapie de la Reconsolidation *TM* La méthode BrunetTM.



La consolidation et la reconsolidation

La consolidation: processus par le quel le sujet passe pour transférer un évènement de la mémoire de travail a la mémoire a long terme.



Le propranolol bloque le processus de consolidation.

la prise de propranolol dans les heures qui suivent un psychotraumatisme diminue, à 3 mois, les réactions physiologiques observables lors d'un rappel indicé (script-driven imagery) (Pitman et al., 2002).

La prise de propranolol dans les heures qui suivent le trauma diminue, à 2 mois, les symptômes auto-rapportés (Vaiva et al., 2003).



La consolidation et la reconsolidation

Misanin, Miller & Lewis (Nature, 1968): les effets des ECT sur la consolidation et la reconsolidation des souvenir de peur en tache de rappel.

Przybylski & Sara (1997): les effets du blocage des récepteurs NMDA sur l'acquisition d'une tâche spatiale chez le rat (MK-801= deficit 24H plus tard).

Le propranolol (β -bloquant lipophile) interfere sur la synthèse protéique requise pour consolider ou reconsolider un souvenir émotionnel. Besnard et al., 2012; Przybylski et al., 1999.



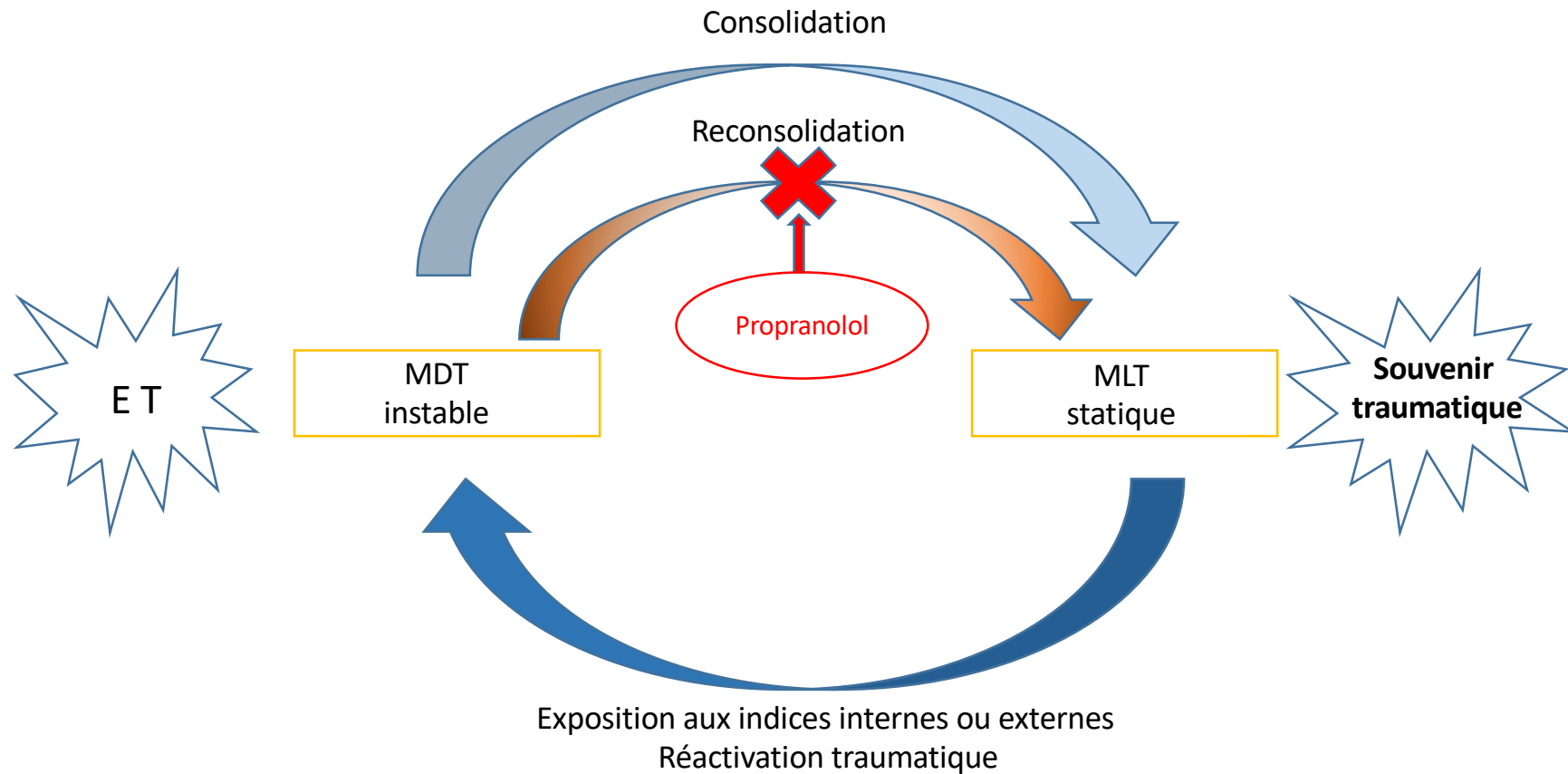
La consolidation et la reconsolidation

La Consolidation: La trace mnésique d'un souvenir est au départ instable. Aussi si une interférence survient dans la phase de consolidation ce souvenir peut être dégradé ou même perdu (Dudai, 1996).

La reconsolidation: La remémoration d'un souvenir consolidé recrée une forme d'instabilité dans la mémoire à court terme et nécessite une nouvelle consolidation pour perdurer (Nader et al., 2000; Przybylski et al., 1997).



La consolidation et la reconsolidation



Les phases du protocole

L'accueil et l'évaluation du patient: Anamnèse, psychométrie, sélection du ou des événements et vérification de l'éligibilité au protocole.

pas de conduites a risque, imputabilité a un ET, validation du médecin pour la prise de propranolol.

Pas de trouble mental grave, de dépendance, de conduite a risque, de trouble neurologique ou de trouble dissociatif et pas de TSPT complexe.

Une évaluation médicale, cardiologue et psychiatre pour valider la posologie et délivrer la prescription.



Les phases du protocole

6 séances conduites sous propranolol (1 heure après la prise du traitement) avec comme objectif de bloquer la reconsolidation.

Séance 1 :

Vérification de la prise et des effets secondaires éventuels, psychoéducation et présentation du protocole, Psychométrie (IES-R, PDEQ, PDI), écriture du récit de l'évènement, contrôle et modifications si besoin et stabilisation (si nécessaire).

Séance 2 à 6:

Vérification de la prise et des effets secondaires éventuels, psychométrie (IES-R), lecture du récit ou mismatch et stabilisation (si nécessaire).

Possibilité de rajout de séances supplémentaires.

Note d'évolution après chaque séance (niveau de détresse a chaque exposition et évolution clinique du / de la patient(e) et suivi a 1 mois (ou plus) post traitement.



MERCI
POUR VOTRE
ATTENTION



Nous contacter



Centre Régional
Psychotraumatisme
Sud Aquitaine

**119, Rue de la Béchade
33000 Bordeaux**

Tél : 05 56 56 35 78

crpsychotrauma@ch-perrens.fr