

Troubles dissociatifs et leurs traitements

Charleroi, le 25 novembre 2011

Plan

- Clinique : les troubles
 - Traumatisme, violence, PTSD
 - Classification
 - Amnésie dissociative
 - Fugue dissociative
 - Dépersonnalisation
 - Trouble dissociatif de l'identité (TDI ou PM)
 - Trouble dissociatif atypique (DDNOS)
- La dissociation
- Les traitements
 - Hospitalier
 - Ambulatoire

Définitions

- Violences : menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même ou contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations
- Violences graves (csq); intentionnelles

Définitions : psychotraumatisme

- Phénomène d'effraction du psychisme et débordement de ses défenses par les excitations violentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur. L. Crocq
- Type 2 : quand l'événement est répété ou durable (maltraitance émotionnelle, physique, abus sexuel, négligence, violences conjugales,....)

Définitions psychotraumatismes

- Non intentionnels :
 - Catastrophes naturelles et industrielles
 - Accidents, incendies
 - Deuils violents, maladie grave
- Intentionnels
 - Violences collectives : d'états, de guerre, génocide
 - Violences extérieures : délinquance, agression, viols, prise d'otages, attentats, homicides,
 - Violences institutionnelles, au travail
 - Violences intrafamiliales : maltraitance, violence conjugale, inceste

Méconnaissance des troubles traumatiques

- 1) méconnaissance des professionnels de la santé
- 2) méconnaissance générale des violences et de leurs conséquences
- 3) déni de reconnaissance

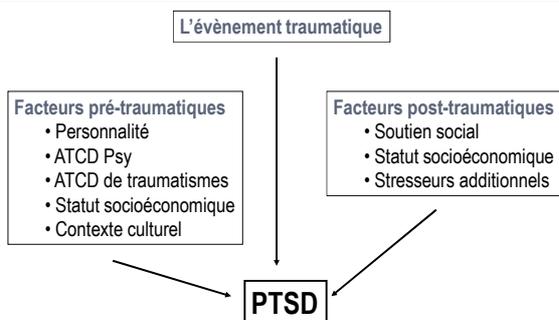
Réalité des troubles traumatiques

- 1° Les troubles sont fréquents
 - Prévalence d'un évé traumatogène : 30 %
 - Psychotraumatismes : 5 % H/ 13,8 % F
 - Prévalence PTSD : 24 % après évé traumatogène
 - Type II les + fréquents
- 2° les causes de type II : violences
 - De guerre/d'état
 - Maltraitance sexuelle & physique enfance
 - Faites aux femmes
 - Sexuelles
 - Au travaaom
- 3° Circonstances de survenue : effraction + intégrité + caractéristiques majeures

Troubles psychiques liés aux traumatismes

- Spécifiques : reviviscence + évitement + hyperactivité neuro-végétative
 - Associés : humeur, anxieux, personnalité, autoagressif
Troubles addictifs : alcool 52 % des hommes et 28 % des femmes + autres substances : hommes 35 % + femmes 35 %
 - Cas particuliers
 - <6 ans
 - >6 ans : tr dissociatifs, scolaires, alimentation, sommeil, ha, anxieux
 - Adolescent : difficultés scolaires, tr relationnel, conduites à risque dissociatives, troubles dissociatifs, alimentation, anx dep
- Les autres conséquences
santé physique
vie personnelle

Facteurs étiologiques du PTSD



Chiffres concernant les enfants

▣ Les chiffres du ministère de la santé français : 1 fille/8 et 1 garçon/10 ont subi des agressions sexuelles avant 18 ans, âge moyen de survenue 9-12 ans, 70% à 80% par des proches

▣ selon l'ODAS (2006) chiffres qui proviennent des signalement forcément très sous-estimés sur 19000 enfants maltraités signalés 24 % ont subis des violences sexuelles

▣ En 99 Lipschitz a trouvé chez les ados hospitalisés une prévalence des agressions sexuelles de 38% avec un âge moyen de survenue de 8 ans et une durée moyenne de 2 à 4 an avec une sous-estimation pour les jeunes enfants

▣ Statistiques de Viols femme information du CFCV (2003, 2004, 2005) : pour 50% des agressions sexuelles les victimes étaient mineures

Adverse Childhood Experiences*	Impact of Trauma and Health Risk Behaviors to Ease the Pain	Long-Term Consequences of Unaddressed Trauma (ACEs)
Abuse of Child <ul style="list-style-type: none"> Recurrent Severe Emotional abuse Recurrent Physical abuse 	Neurobiologic Effects of Trauma <ul style="list-style-type: none"> Disrupted neuro-development Difficulty controlling anger/rage 	Disease and Disability <ul style="list-style-type: none"> Ischemic heart disease Cancer
<ul style="list-style-type: none"> Contact Sexual abuse 	<ul style="list-style-type: none"> Hallucinations Depression Panic reactions Anxiety Multiple (6+) somatic problems Sleep problems Impaired memory Flashbacks Dissociation 	<ul style="list-style-type: none"> Chronic lung disease Chronic emphysema Asthma Liver disease Skeletal fractures Poor self rated health Sexually transmitted disease HIV/AIDS
Trauma in Child's Household Environment <ul style="list-style-type: none"> Substance abuse Parental separation or divorce - Chronically depressed, emotionally disturbed or suicidal household member Mother treated violently Imprisoned household member Loss of parent - (best by death, unless suicide, - worst by abandonment) 	Health Risk Behaviors <ul style="list-style-type: none"> Smoking Severe obesity Physical inactivity Suicide attempts Alcoholism Drug abuse 50+ sex partners Repetition of original trauma Self Injury Eating disorders Perpetrate interpersonal violence 	Social Problems <ul style="list-style-type: none"> Homelessness Prostitution Delinquency, violence, criminal behavior Inability to sustain employment Re-victimization: rape, DV compromised ability to parent Intergenerational transmission of abuse Long-term use of health, behavioral health, correctional, and social services
Neglect of Child <ul style="list-style-type: none"> Abandonment Child's basic physical and/or emotional needs unmet 		

* Above types of ACEs are the "heavy end" of abuse.

Événements de vie de l'enfance

the ACE Study is perhaps the largest scientific research study of its kind, analyzing the relationship between multiple categories of childhood trauma (ACEs), and health and behavioral outcomes later in life.

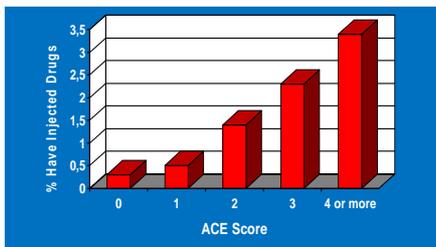
only 1/3 of persons reported no ACEs.
ACE score:
0 33%
1 26%
2 16%
3 10%
4 6%
5 5%
6 6%



Drogues IV et psychotraumatismes infantiles

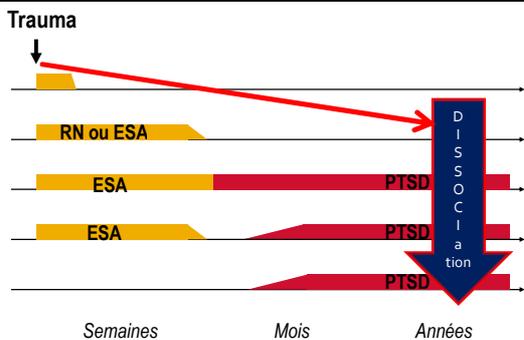
Injected Drug use vs. Intravenous Drug Use
 In Epidemiology, these results are almost unique in their magnitude. For example, a male child with an ACE Score of 6 has a 4,600% increase in the likelihood of later becoming an iv drug user when compared to a male child with an ACE Score of 0.

compared to persons with an ACE score of 0, those with an ACE score of 4 or more were twice as likely to be smokers, 12 times more likely to have attempted suicide, 7 times more likely to be alcoholic, and 10 times more likely to have injected street drugs.

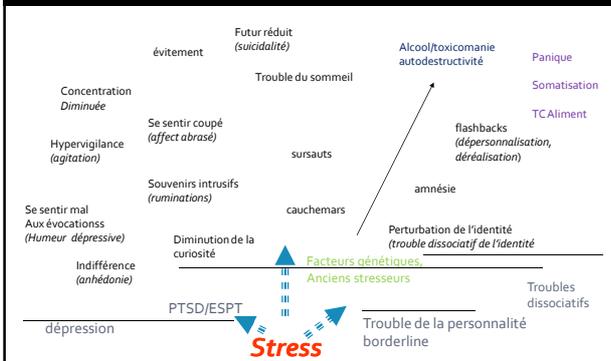


	Putnam et al (1986)	Coons et al 1988	Ross et al 1989	Middleton/Butler 1998
Nombre de cas	100	97	226	62
Abus sexuel	83%	68%	79.2%	87%
Sexualité avec animaux				23%
Sexualité de groupe forcée				31%
Prostitution infantile				11%
Relations sexuelles avec pairs				31%
Photographies pornographiques				13%
Maltraitance	75%	60%	74.9%	85%
Négligence		22%		47%
Séquestration				22%
Abus émotionnel		10%		79%
Abandon		20%		18%
Pauvreté extrême				26%
Menaces de mort par l'abuseur				64%
Prise en otage				2%
Témoin de mort violente	45%	4%		32%
Maltraitance/abus sexuel		96%	88.5%	123%

Modalités évolutives



Stress et Psychopathologie définition - Bremner



Classification

Amnésie dissociative
Fugue dissociative
Dépersonnalisation
Trouble dissociatif de l'identité
Trouble dissociatif atypique

Troubles de conversion
Troubles somatoformes
NEPS
....

AMNESIE DISSOCIATIVE

- Présente une fréquence dans la population générale de 2 à 7%.
- De loin le trouble dissociatif le plus fréquent, lié à la 3^e - 4^e décennie de la vie.
- Apparaît le plus souvent chez des femmes jeunes.
- On peut aussi l'observer chez les vétérans de guerre, survivantes de maltraitance ou d'abus sexuel, camps de concentration, violence génocidaire.

SYNONYME

- AMNESIE PSYCHOGÈNE

ÉTIOLOGIE

- Événements traumatiques (violences, mort de proches, accidentes)
- Situations de stress intense
- Evènement de guerre
- Catastrophe naturelle

TRAITEMENT

- Réversible de manière spontanée
- Dans la majorité des cas, l'amnésie peut être traitée en utilisant des techniques comme l'hypnose, regression ou technique de l'écran.
- Médications pour la comorbidité, antidépresseurs ou anxiolytiques.

CAS



Un homme de 54 ans a subi un accident de moto. Il a enlevé immédiatement le casque, qui a cassé mais qui l'a protégé durant l'accident. On a pu déterminer qu'il n'avait pas subi un traumatisme crânien important.

Le patient n'a pas perdu la connaissance et il a parlé de l'accident à un ami après l'avoir subi. Cependant, il ne se souvient pas de l'accident et des 12 heures antérieures.

Son premier souvenir raconté à un ami, a été le suivant : "Tu as brisé ma moto".

Quand il est revenu au jour suivant à l'hôpital où il avait été examiné, il a reconnu une infirmière et elle lui a dit que tandis qu'elle soignait son genou gauche il n'arrêtait pas de crier. Cette visite à l'hôpital n'a pas rendu le souvenir de l'accident.

Le patient ne se rappelle pas l'accident plusieurs mois après qu'il se soit produit.

FUGUE DISSOCIATIVE (CIE – 10 F44.1)

- **DEFINITION:**
- Combine un manque d'intégration de certains aspects de la **mémoire personnelle** conjugué avec une perte de l' **identité personnelle** et des **automatismes du comportement moteur**.
- Comporte un ou plusieurs épisodes de voyages loin de la maison, brusques, inattendus par rapport aux affirmations.
- Il y a une incapacité de se souvenir de parties ou de la totalité du passé et une perte de l'identité ou l'assomption d' **un nouvelle identité**.
- La majorité des fugues n'impliquent pas l'assomption d' **un nouvelle identité**
- Dans de tels cas, l'individu peut se donner un nouveau nom, choisir un nouveau domicile et se consacrer à des activités sociales complexes, qui sont bien intégrées et ne suggèrent pas l'existence d'un trouble psychique

SYNONYME

- Fugue Psychogène



ETIOLOGIE

- Evénements traumatiques infantiles fréquents (violences, mort dans la famille , accidents)
- Situations très stressantes (deuils, emploi, famille)
- Problèmes de couple (infidélités)

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Taux de prévalence de 0.2% dans la population générale.
- On ignore la Prévalence de la dissociation chez les enfants.
- Début des troubles dissociatifs pendant l'enfance

SYMPTOMES

- Quand l'individu se retrouve dans l'état qui existait avant l'épisode de fugue dissociative, peut apparaître une **amnésie**, pour les événements traumatiques vécus dans le passé (p. ex., à la fin d'une fugue de longue durée, un soldat ne se rappelle pas les événements qui sont survenus durant la guerre, pendant laquelle est mort son meilleur ami).
- Dans ce trouble peuvent apparaître la **dépression**, **dysphorie**, **douleur**, **vengeance**, **sentiments de culpabilité**, **stress psychologique**, **conflits** et **impulsions agressives et suicidaires**.
- Association avec **troubles de l'humeur**, **troubles de stress posttraumatique** ou **troubles de consommation de substances**.



TRAITEMENT

- Dans la majorité des cas, l'amnésie peut être traitée en utilisant des techniques comme l'hypnose : régression ou technique du magnétoscope
- Médicaments pour les comorbidités, antidépresseurs ou anxiolytiques.
- Etape 1 → Evaluation
- Etape 2 → Thérapeute et patient conçoivent un plan de stabilisation
- Etape 3 → Revisiter/retravailler le trauma
- Etape 4 → analyser la période antérieure à l'événement traumatique
- Faire associer sur ce qui est récupéré, en intégrant des caractéristiques personnelles.

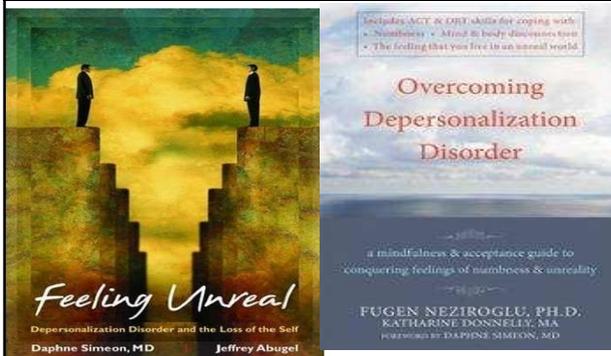
CAS

Un commerçant se retrouve plusieurs fois dans un vol transatlantique entre la Californie et Londres **sans se souvenir qui il était et comment il se retrouvait dans cet avion**. Durant la psychothérapie on a pu déterminer que le patient souffrait d'une **relation extrêmement conflictuelle avec son père riche mais négligent**. Son père était mort très récemment, laissant le patient dans une bonne situation financière mais émotionnellement ambivalente. Le patient **a passé ses années d'enfances à Londres et a reconnu** durant la thérapie que le voyage à Londres paraissait représenter une envie inconsciente de revivre ses années d'enfance et d'être «rééduqué par son père» chose qu'il ne fut jamais capable tant que son père vivait.

Dépersonnalisation :

- Réaction d'indifférence apparente qui survient dans les moments de stress extrême, représentant un mécanisme adaptatif, vécu de manière discontinue
- 50 – 70 % de la population générale auraient vécu des expériences de dépersonnalisation
- Le trouble lui-même concernerait 2% de la population générale (Sierra, 2008)

Dépersonnalisation



Le trouble

- Expérience permanente ou récurrente de sentiments de détachement des processus mentaux ou du corps, comme par observateur
- Crée un distress significatif ou un handicap dans le fonctionnement social, occupationnel ou les deux
- Pendant l'épisode, le test de réalité reste intact; le sujet est conscient que son vécu est inhabituel
- Le trouble n'est pas consécutif à une maladie, à une substance psychoactive ou un effet d'une médication

Déclencheurs du trouble

- Déclencheurs du trouble
- Trauma
- Marijuana
- Dysfonctionnement familial extrême
- Stress extrême et prolongé
- Émotions extrêmes et incontrôlables

Traitement

- Pharmacologique : naltrexone et des comorbidités
- Cognitivo-comportemental
- Mindfulness

Trouble dissociatif de l'IDENTITE

- **DEFINITION:**
- Le TDI reflète un échec de l'intégration de différents aspects de l'identité, la mémoire et la conscience. Chaque personnalité est vécue comme ayant une histoire personnelle, un aspect, une identité y compris des noms différents.
- Généralement, il y a une identité primaire avec le nom de la personne, qui est passive, dépendante, coupable et dépressive.
- Les alters sont hostiles, dominants et autodestructeurs.

SYNONYME



Personnalité Multiple

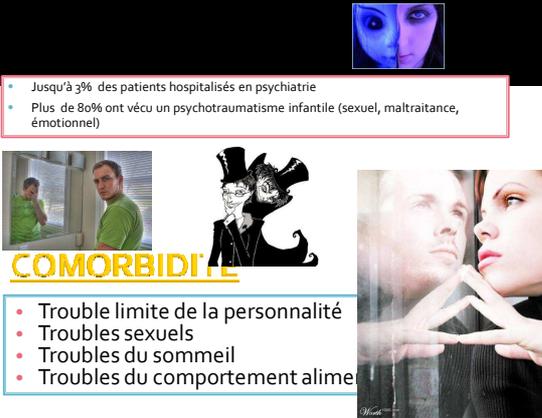
ETIOLOGIE

- Evénements traumatiques (violences)
- **PRESENTATION HABITUELLE :** plusieurs études suggèrent que le trouble de l'identité dissociative est plus fréquent chez les parents du premier degré que dans la population générale.



SYMPTÔMES

- Les personnes avec ce trouble peuvent manifester des symptômes post-traumatiques (p.ex. des flashbacks, des soubresauts) ou un trouble de stress post-traumatique.
- Aussi bien de l'automutilation qu'un comportement suicidaire et agressif.
- Certaines identités manifestent des symptômes de conversion (par exemple des pseudoconvulsions) ou ont des capacités peu habituelles pour supporter la douleur ou d'autres symptômes physiques.



• Jusqu'à 3% des patients hospitalisés en psychiatrie

• Plus de 80% ont vécu un psychotraumatisme infantile (sexuel, maltraitance, émotionnel)

COMORBIDITÉ

- Trouble limite de la personnalité
- Troubles sexuels
- Troubles du sommeil
- Troubles du comportement alimentaire

Critères diagnostiques

- A. Présence de deux ou plusieurs identités ou états de personnalité (chacune avec une présentation propre et relativement persistente de perception, interaction et conception de l'entourage et de soi-même).
- B. Au moins deux de ces identités ou états de personnalité contrôlent de façon récurrente le comportement de l'individu.
- C. Incapacité de se souvenir de l'information personnelle importante, qui est trop grave pour être expliquée par l'oubli ordinaire.
- D. Le trouble n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. Comportement automatique ou chaotique par intoxication alcoolique) ou une maladie somatique (par exemple crises partielles complexes).

Note : chez les enfants, les symptômes ne doivent pas être confondus avec les jeux.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Schizophrénie (résultat de l'évaluation psychologique)
- Trouble amnésique dû à une pathologie médicale.
- Trouble amnésique persistant induit par une substance
- Crises partielles complexes: généralement brèves (de 30 sec à 5 min) et ne présentent pas une structure complexe et résistante. De même, il y est moins habituel de retrouver les antécédents d'abus physiques et sexuels.

***Le diagnostic de trouble de l'identité dissociatif prévaut sur celui d'amnésie dissociative, de fugue dissociative et trouble de dépersonnalisation.**

EVOLUTION

- Le trouble de l'identité dissociatif a un cours clinique fluctuant, tantôt chronique tantôt récurrent.
- Le temps moyen entre l'apparition du premier symptôme et le diagnostic est 6-7 ans.
- Le trouble peut être moins manifeste chez les personnes de moins de 40 ans, mais peut se produire pendant les épisodes de stress, durant les événements traumatiques ou durant l'abus de substances.
- Le trouble de l'identité dissociatif chaque fois avec la plus grande fréquence au cours de l'enfance.

DÉCOUVERTES

- Laboratoire : Les individus avec un trouble de l'identité dissociatif obtiennent des scores élevés aux tests de l'hypnotisabilité et de capacité dissociative.
- Dans les divers états d'identité, on décrit des altérations des fonctions physiologiques (par ex., différences dans l'acuité visuelle et la tolérance à la douleur, symptômes spécifiques de l'asthme, sensibilité aux allergènes et réponse glycémique à l'insuline).
- Découvertes de l'exploration physique et maladies médicales associées : des cicatrices peuvent exister, comme conséquence des autolésions et de la maltraitance.
- Les personnes avec ce trouble peuvent souffrir de migraine ou d'autre type de céphalées, côlon irritable et asthme.

TRAITEMENT

- Psychothérapie (but thérapeutique, hypnose, EMDR, etc)
- Psychopharmacologie: Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, anticonvulsivants.

CAS

- Une patiente avec un trouble de l'identité dissociative qui avait été en traitement pendant plusieurs présente une nouvelle personnalité qui menaçait de déclencher une mort apparemment accidentelle.
- Le thérapeute le dit a cette personnalité son devoir était de partager cette information avec d'autres personnalités. Cette personnalité réplique : «tu ne peux pas le faire. Ce serait violer la confidentialité entre médecin et patient. Ne se fait pas entre personnalités.

Troubles dissociatifs atypiques

- Les symptômes dissociatifs sont prédominants, mais le tableau clinique ne remplit pas les critères complets pour tous les symptômes des troubles dissociatifs
- Syndrome de Ganser : les prisonniers avec une personnalité qui donne des réponses approximatives. 2+2=5 ou parler du passé avec d'autres symptômes, ces symptômes dévoilés sont : amnésie, désordres de la perception.

Trouble dissociatif atypique

- Déréalisation non accompagnée est soumise à la dépersonnalisation
- Etats Dissociatif (lavage de cerveau, réforme de lpensée, "contrôle de l'esprit" dû à une persuasion coercitive par des terroriste ou dans des cultes religieux)
- Transe dissociative dans certaines cultures-dans certaines cultures amok (réaction de rage), possessions, mediums dansles états dissociatifs.

La dissociation

Conception/définition

- Conception de Hillgard pour la dissociation comme emc
- Conception janétienne pour la dissociation structurale
- Conception psychologique pour la dissociation DSM (continuum)
- Conception freudienne pour la dissociation dans la sphère du trauma

Conception/définition

- Conception de Hillgard pour la dissociation comme emc → hypnose
- Conception janétienne pour la dissociation structurale → EMDR
- Conception psychologique pour la dissociation DSM (continuum) → cog
- Conception freudienne pour la dissociation/trauma → variante /cure

Traitement hospitalier

Epidémiologie d'hôpital – US vs GB (2002-2003)

- Combien d'hospitalisés dissociés ?
 - 13 % (DSM-III)
 - 2 % d'admission dans uphg
 - 6 % des admissions (DES systématiques); 0,008%
 - 10 % dans hôpitaux pour réfractaires
- Quel % d'hospitalisation chez dissociés ?
 - 75 %; 84 % (33% hommes); 45 ans (62% 15-59)
 - 85 % dans les 6 mois après l'entrée en ttt; 16217j
 - 15-20 % hospitalisés; 63 % urgence 23.2j

Pourquoi l'hôpital ?

- Intelligents, instables et vulnérables
- Pas de moi critique
- Comportement inconsistant, dysfonctionnel et demandeur
- Alters et symptômes espt
- Masochisme moral, modification cognitive
- Indice diagnostique : modification de cpt

Motif d'admission

- Impulsions suicidaires et/ou TS
- Automutilations
- Dépression
- Menaces de violence

Admissions pour TDI

1. Gestes ou impulsions suicidaires
2. Anxiété ou dépression liées à l'émergence d'un alter
3. Fugue
4. Comportement inapproprié des alters
5. Événements dans la thérapie
6. Problèmes logistiques dans l'ambulatoire

Hospitalisations et phases de traitement *

- Organiser la thérapie : faire le diagnostic; évaluation multidisciplinaire, encouragement au traitement
- Interventions préliminaires : soutien et mise en perspective car matériel T
- Histoire et géographie : déstabilisation par exploration du matériel

Hospitalisations et phases de traitement *

- Métabolisation du trauma : phase de décompensation par disparition des défenses précédentes
- Sur le chemin de l'intégration : trop intellectuel et abréaction
- 7,8 & 9 : pas d'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation

- Buts
 - Force du moi
 - Personnalité
 - Résilience des personnalités
 - Soutien social
- Mais il reste souvent impossible de préciser les buts définitifs avant le début...*

Les 5 types d'admissions

- 1. Jours à 2 semaines : planifiée ou urgente
- 2. 2 à 6 semaines : débordement
- 3. 6 semaines – 3 mois : t personnalité
- 4. 3 à 6 mois : phase de comorbidité grave
- 5. > 6mois : instabilité constante

Brève de crise (j1 à j14)

- Planifiée :
- matériel spécifique menaçant l'équilibre
 - procédures spéciales
 - stabilisation après intégration laborieuse
 - approche d'alters qui risquent de blesser
- Urgence :
- épisode de comportement dysfonctionnel abrupt
 - décompensation aiguë chez patient solide

Débordement (2 à 6 semaines)

- Menaces sur la sécurité par le matériel;
- Conflit d'alters qui menacent le patient;
- Impulsion à adopter un comportement qui suscite le rejet
- Symptômes pseudo-psychotiques excessifs
- Switch trop rapide
- Déstabilisation dans la fusion

Personnalité difficile – 6 à 12 w

- Switch chaotique, persistant
- Tendances autodestructrices prononcées
- Troubles alimentaires
- N'importe quel événement affecte plusieurs alters

Comorbidité grave- 3 à 6 mois

- Psychopathologie grave, profonde, résistante
- Switch incessant avec résistance au traitement
- Instabilité constante dysfonctionnelle tout le temps

Patients sévères > 6mois

- Patients sévèrement décompensés avec des manifestations exacerbées de tous les symptômes précédemment cités

Lignes de conduite de l'hospit : premiers pas

1. Amener les alters problématiques sous la domination de la sécurité
2. Contenir ou analyser le matériel réputé difficile à gérer et qui déstabilise ou menace de déstabiliser le patient
3. Aider le patient à gérer avec ses préoccupations ou le rejet qui le stresse
4. Augmenter les capacités d'adaptation eu égard à la classe d'événements déstabilisants qui ont nécessité les soins hospitaliers

Lignes de conduite de l'hospit : premiers pas

- 5. Avoir de l'attention pour la comorbidité
- 6. Neutraliser les phénomènes déclencheurs qui ont pu déstabiliser le patient
- 7. Anticiper et s'occuper des choses qui peuvent perturber le contrôle et la prévention
- 8. Ramener le patient à sa phase de thérapie*

Pour faire avec un patient D...1

- 1. Contrat : entrée, coopération, sortie
- 2. Anticiper l'effet du diagnostic sur l'équipe et le milieu
- 3. Prédire le clivage de l'équipe; anticiper les crises, ne pas laisser l'équipe sans soutien ni abandonnée
- 4. Discuter les réactions probables et les réactions appropriées

Pour faire avec un patient D...2

- 5. Chambre seul (pour gérer ses crises)
- 6. Expliciter les règles avec une infirmière
- 7. Seulement le nom de la carte d'identité
- 8. Efforts d'adaptation pour les alters
- 9. L'équipe ne doit pas « suivre » les alters
- 10. Le psy est le dépositaire des alters
- 11. Chacun fait de son mieux

Questions spéciales

- Coopération avec le psy de l'ambulatoire
 - Coordination, territoire respectif, style
- Le patient et l'administration de l'hôpital
 - Recadrage=reproches; limites=punition
 - Attention/limites/liens
- Les disponibilités de l'institution
 - Inclusion/exclusion du groupe et autres activités
- Au cours du traitement
 - 3 x 1/3; du temps pour les symptômes

Traitement ambulatoire

Traitement ambulatoire

- Principes généraux
- Psychothérapie psychodynamique individuelle pour les TDI
- Interventions de groupe pour traumas complexes
- Point de vue de l'hypnose
- Point de vue cognitiviste
- pharmacologie

Principes généraux

- Alliance thérapeutique
- Phase spécifique
- Phase classique

Types de phase pour TDI

- | | | |
|---|---|--|
| <p>Braun, 1986</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Développer la confiance 2. Faire/partager le D 3. Communiquer avec chaque personnalité 4. Acceptation du D 5. Récollecter Hx | <p>Putnam, 1989</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faire 2. Interventions initiales 3. Stabilisation initiale 4. Metabolisation du trauma 5. Développement de la Communication/cooperation | <p>Kluft, 1991</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etablir le D 2. Intervention préliminaire 3. Collecter l'H et faire la cartographie 4. Contrat 5. Mise en route de l'integration/resolution |
|---|---|--|

Phases du traitement (2)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6. Travail avec chaque alter <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6. Metabolisation du trauma ▪ 7. Procédures spéciales <ul style="list-style-type: none"> ▪ 7. Résolution et integration ▪ 8. Développement de l'interpersonnalité <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8. Développement de la post-i personne | <ol style="list-style-type: none"> 6. Intégration/résolution 7. Apprendre de nouvelles habitudes 8. Confirmer les acquis et poursuivre les attitudes de communication 8. Confirmer les acquis et poursuivre les attitudes de communication |
|---|--|

Phases du traitement (fin)

- 9. Aller au bout de la résolution/intégration
- 10. Développer de nouveaux comportements et de nouvelles habitudes
- 11. Construire un réseau de connaissances et de soutien social
- 12. Solidifier les gains
- 13. Follow-up

■ 9. Follow-up

DMI 1 à 5

1. Alliance thérapeutique

- 5 : patient reconnaît tout, accepte de travailler le matériel T > 80%; règles OK
- 4 : accès à presque tous les alters; travail > 60 %; rares transgressions du cadre
- 3 : déni +/- 25 %, évitement régulier; transgressions régulières et modérées
- 2 : refuse l'accès à plusieurs alters; évitement massif; transgressions fréquentes
- 1 : déni intense; alters rarement accessibles. Refus de parler de périodes de la vie; pas de respect du cadre
- 0 : hostilité généralisée au travail thérapeutique

Interventions de groupe

- Session : unique/indéfinie, fermée/ouverte, homogène/hétérogène.
- Mode : face-à-face mais internet
- Thérapie de groupe de soutien
- Groupes psychodynamiques
- Groupes CC

Groupe pour les survivants asi

- Soutien : catalyse et contenant pour l'exploration des émotions et croyances
- « famille substitutive » : soutien et expériences réparatrices d'attachement émotionnel
- Identification : recevoir/donner de l'empathie
- Observation : interaction et dynamiques parmi les membres

Points difficiles

- Traumatisme et lien ou équation personnelle
- Sens extrême du dommage personnel
- Impossibilité de supporter des difficultés
- Agressivité et hostilité vis-à-vis des autres
- Incapacité de retenue et d'empathie
- Instabilité dissociative pendant les groupes
- Contagion des souvenirs et des émotions
- Actualisation traumatique

PTSD et Dissociation Alcool/drogues : explication

- PTSD : hommes + 51.9 % vs 24.75
- Femmes : +27.9 % vs 10.55 à un moment
- Causes
 - Théorie HR : D+ avant, prédispose PTSD
 - Théorie automéd : diminution hypervigilance
 - Théorie susceptibilité : évé devient ptsd via D+
 - Théorie vulnérabilité partagée : évé donne les 2

PTSD et dissociation alcool/drogues : solution ?

- Seeking-safety (vet) : tcc
- Travail sur les différentes hypothèses
- Le modèle trauma-dissociation est postulé comme hypothèse de travail
- Conséquences : orientation dans l'interprétation du transfert, etc...
- Nécessité de prendre en compte la présence ou non d'un état-limite
- Les conduites addictives non liées aux toxiques peuvent être assimilées

Psychopharmacologie

- 63,3 % BDZ, 59,5 % sédatifs non-bdz (non)
- 68,9 % AD (ser)
- 54,5 % antipsychotiques (ris)
- 22 % Li (px)
- 12.1 % ECT
- Anti E lamotrigine, DPK
- Amytal vs H

CONCLUSIONS

- Les troubles dissociatifs constituent un défi parmi les troubles psychiatriques.
- Le défaut d'intégration de la mémoire, de l'identité, la perception et la conscience qui s'observe dans ces troubles produit une symptomatologie qui illustre les problèmes fondamentaux de l'organisation du processus psychique.
- Les phénomènes dissociatifs se produisent fréquemment pendant ou à partir d'un psychotraumatisme, mais peuvent représenter un modèle défensif transitoire ou chronique.
- Les troubles dissociatifs généralement peuvent se traiter et constituent un domaine où la modalité principale de traitement est la psychothérapie; mais d'autres formes de traitement – spécialement des pathologies comorbides peuvent être utiles.
- Les troubles dissociatifs sont omniprésents dans le monde entier, même si leur présentation peut prendre des formes différents. Comme ils peuvent être traités, il est essentiel de les dépister....