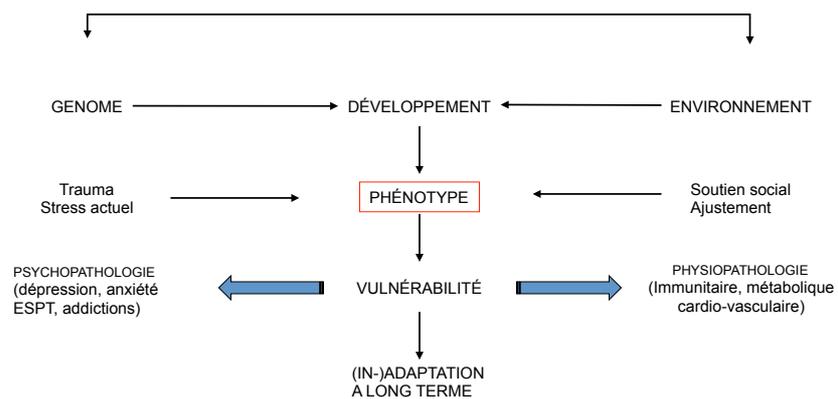


Approches psychothérapeutiques du stress et des troubles psychosomatiques

Jean-Michel THURIN
DU Stress, traumatisme et pathologies

**DÉFINIR LES INTERVENTIONS PSYCHOTHÉRAPIQUES EN
RELATION AVEC L'ÉTENDUE ET LA CAUSE DES TROUBLES**

Modèle développemental simplifié



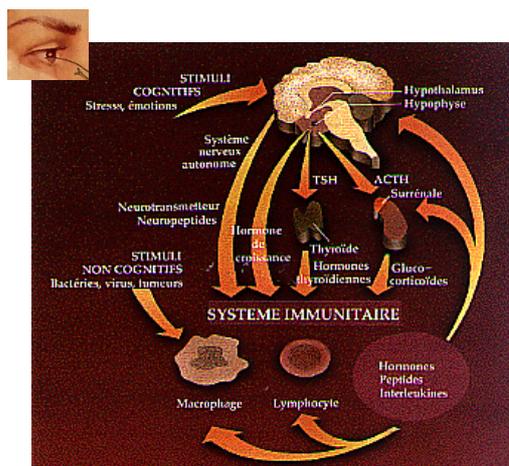
D'après Plotsky et Ladd (2000) cité par Heim et Nemeroff

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

Stress cognitifs et non cognitifs

- Stress cognitifs
 - « Événements » impliquant le SNC
- Stress non cognitifs
 - (traumatismes et blessures physiques, infections ou inflammations)



15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

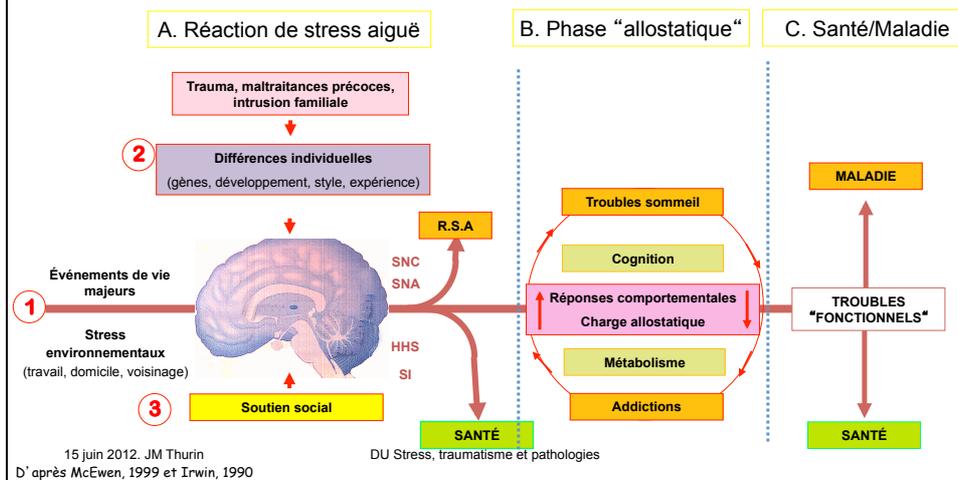
Variété quantitative des stress

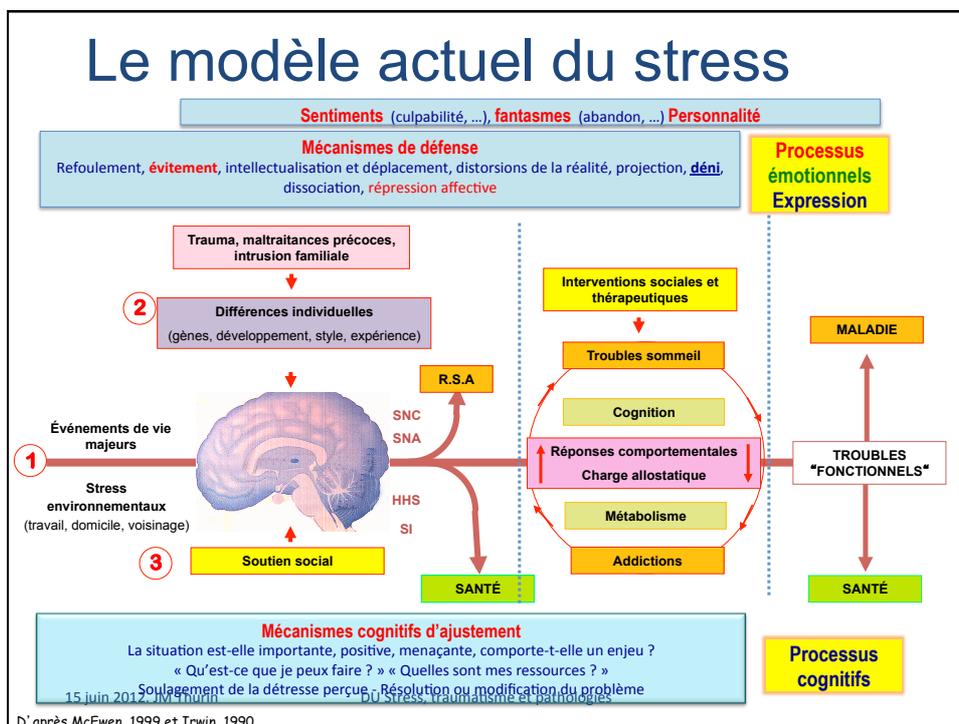
	Syst. sympathique et endocrinien	immunitaire
Événements stressants aigus (quelques minutes, saut en parachute, exercice dialogue ou de mathématiques)	sympathique	<i>Stimulent</i> immunité naturelle , (Polynucléaires, macrophages, cellules NK, dendritiques) <i>réduisent</i> un peu immunité spécifique (lymphocytes T et B)
Stress courts (examens, ...)	sympathique + neuroendocrinien	<i>Suppriment</i> immunité spécifique cellulaire (Th1) inflammatoire tout en <i>préservant</i> immunité spécifique humorale (Th2) anti-infl
Stress de confinement et isolement Stress aigu d'événements majeurs (deuil, traumatismes annonce cancer)	Neuroendocrinien + sympathique Cortisol ↑ (deuil) Cortisol ↓ (ESPT)	Réduisent activité NK, Hyper activation sympathique <i>Libèrent</i> réactions inflammatoires (ESPT)
Stress les plus chroniques (changement identités et rôles sociaux, soignants) Effets émotionnels long terme Expériences traumatiques graves (abus sexuel, torture, ...)	Neuroendocrinien Cortisol ↑ Sympathique ↓	Réduisent globalement activité NK ↑ = réduction H sexuelles ↓ = Inflammation activité NK + sympathique + fact risque

9/12/2011 Mécanismes d'ajustement au stress. JM Thurin 2011 5

Le modèle classique du stress

- Prend en compte les durées longues, les différences individuelles et les réponses de l'entourage





Quatre tableaux principaux

- Cause actuelle modérée : Réaction de stress « simple »
- Cause actuelle importante: Réaction « post traumatique » aigue -> symptômes psy, relationnels, psychophysiologiques ...
- Cause actuelle durable ou causes anciennes + conséquences associées (relations interpersonnelles, soucis professionnels, stress chronique (insécurité, bruit, santé d'un proche, émotions) --> somatisations niveau 1: troubles fonctionnels, dépression, addiction
- Causes anciennes + conséquences associées → vulnérabilité ++ + facteurs déclenchants -> réaction +++
 ---> somatisations niveau 2 : Troubles lésionnels (dermatologiques, cardio-vasculaires, digestifs : maladies Inflammatoires /auto-immunes)

15 juin 2012, JM Humin

DU Stress, traumatisme et pathologies

PRISES EN CHARGE SELON PROFESSIONNELS

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

Praticien	Approche	Méthode
MG M Travail	Recherche signes cliniques de stress Problèmes actuels individuels et institutionnels, [histoire]	Expression et analyse des problèmes Recherche des enchaînements Interventions dans la réalité.
Spécialistes non psy • Cardiologue • Endocrinologue • Gastro-entérologue • Dermatologue	Bilan clinique. Recherche de l'implication du stress aigu et chronique dans les troubles, leur déclenchement et leur évolution.	Conseils d'hygiène (alimentation, sport, relaxation,) [diagnostic psychopathologique : symptômes et antécédents psychiatriques, problèmes interpersonnels et d'adaptation, histoire individuelle et familiale] Suivi médical et adresse à spécialiste...
Spécialistes psy • Psychiatre • Psychologue • ...	Recherche signes cliniques d'ESPT, ESPTC et ESC. Implication du stress dans d'autres troubles, notamment personnalité, bipolaire, somatisations Problèmes actuels, histoire individuelle et familiale, contexte fonctionnements psychologiques ...	Verbalisation, prise de conscience fixations, schémas et fonctionnements, Résolution conflits, reconstruction (soutien, affect, désensibilisation, reconstruction moi, ré expérience, contretransfert, fantasme/réalité ...)

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

Traitements

- Niveau « hygiène de vie » et prise en compte des situations à risque
- Niveau relaxation et activités favorisant la pensée
- Niveau psychothérapique : expression et atténuer déficits développementaux.
- Niveau médicamenteux : réduire les niveaux d'intensité de l'angoisse (insecure) et de la dépression IRS, Bbloquants, en attendant médicaments spécifiques dysfonction CRH

15 juin 2012 JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

Hygiène de vie et traitements psychothérapiques

- Hygiène de vie
 - Faire un bilan des « adaptations pathologiques » (addictions, hyperactivité)
 - Il ne suffit évidemment pas de demander au patient de les interrompre magiquement, mais le situer comme aspect aggravant du problème. Les explications des implications psychophysiologiques de ces conduites sont plus efficaces que les interdits.
 - Insister pour que la personne se dote d'un espace personnel où elle peut penser, rêver, imaginer, etc. et poser la question de savoir pourquoi elle ne le fait pas, ne sait pas dire non, etc.
 - Voir l'alimentation, mais aussi comment les repas sont pris.
 - Périodes de repos, sieste, etc.

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

Hygiène de vie et traitements psychothérapeutiques

- Méthodes de relaxation
 - Prise de conscience du corps et de la possibilité de le détendre
 - Conduit à réduire la réaction physiologique d' éveil (système adrénergique)
 - Diminution fréquence cardiaque
 - Relâchement musculaire
 - Vasodilatation périphérique
 - Baisse de la TA
 - Baisse du taux des catécholamines circulantes et des réactions émotionnelles limbiques

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

Psychothérapie, en résumé

- Initialement, les mécanismes en jeu font intervenir davantage la mémoire procédurale que la mémoire déclarative <-> importance du climat affectif
- la sécurité de base est atteinte <-> cadre, continuité, présence, implication
- Intervention mixte histoire et actuel
- Comment une anticipation « négative » peut-elle se transformer en anticipation « positive » ou simplement ouverte ?

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

TCC

- Indiquées dans les troubles isolés, les situations de stress circonscrites, sans implication de traumatismes antérieurs ayant laissé des ravages au niveau de la personnalité, de la construction subjective, etc.
- L'objectif est de réduire les réactions conditionnées directes (réaction enclenchée par un signal)
- Les thérapies comportementales de désensibilisation sont plus indiquées que celles de « restructuration cognitive » pour les phobies et les ESPT
 - Thérapies d'exposition : un ensemble de techniques conçues pour aider les patients à se confronter à leurs objets, situations, souvenirs, et images de peurs (par ex., désensibilisation systématique, immersion)
 - Elles sont généralement associées à un programme de gestion de l'anxiété et de rationalisation cognitive (l'avion n'est statistiquement pas dangereux ...)

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

Psychothérapies psychodynamiques

- Indications : troubles névrotiques, ESPT complexes, états limites (troubles borderline, narcissiques, addictions) le + souvent associés aux traumas, troubles psychosomatiques.
- Trois grands registres d'intervention :
 - Abréaction/verbalisation et relation aux sentiments
 - Liens et développement de la personnalité. Identité, affirmation subjective, intégration du moi. Relations interpersonnelles
 - Prise de conscience et résolution conflits psychiques

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

ESPT Horowitz

- Approche générale
 - Prise en compte de nutrition, repos, éventuellement médicament
 - Structuration du temps, groupes de soutien, relaxation, yoga, méditation, musique, art, danse, yoga
 - Aménager conditions de sommeil (lumière allumée, animal domestique)
 - Gérer activité entourage (risque d'abandon secondaire)

ESPT Horowitz (suite)

- Psychothérapie psychodynamique
 - Soutien, conditions de calme et de sécurité
 - Empathie, qualité des réponses
 - Clarification des causes et des effets impliqués
 - Résolution des conflits intrapsychiques résultant de l'expérience traumatique. Rôle actif du thérapeute
 - Différenciation du fantasme et de la réalité
 - Attention du thérapeute à ses propres réactions (fascination ou partage d'expérience)
 - Analyse du contre transfert (impuissance, horreur et répulsion, colère, peur, honte)
 - Communication des possibilités thérapeutiques, information livres et sites

Principes de base

- Établir une relation de confiance et de compréhension des états de l' autre (pouvoir se les représenter ("phénoménologie internalisée"))
- Aborder activement, clarifier et interpréter les peurs et les conflits conscients et inconscients qui entravent la maîtrise des activités de vie
 1. Construire un cadre solide et aménager une intervention plus réelle du thérapeute : dans les traumatismes par événements, carences et maltraitements, importance de la sécurité de base.
 2. Rétablir la confiance en l' autre et dans la réalité, la possibilité de construire un lien et de s' exprimer
 3. Accompagner et permettre l' expression affective (alexithymie) ; soutenir la connexion avec les sentiments (expression, catharsis, interprétation des modes de défense, confrontation avec résistances actuelles, interprétation d' idées et d' émotions rejetées)
 4. Interpréter les relations entre déclencheur, pulsion, crainte de mise en acte (rage, colère, violence), et défense (honte, inhibition)
 5. Interpréter les conflits dans les relations interpersonnelles, telles qu' elles se sont développées dans le passé et se manifestent dans des configurations inadaptées dans le présent, avec le thérapeute comme avec d' autres personnes de la vie sociale actuelle (exemple, silence ou non attention maternelle ou paternelle)

20 mars 2013. Dr JM Thurin

Psychothérapies psychodynamiques traumatisme

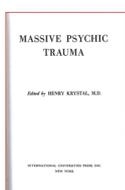
19

Psychothérapies psychodynamiques

6. Associer à l' analyse des conflits psychiques une dimension développementale concernant notamment l' identité, la structuration narcissique et différenciée de l' autre.
 - Importance de la structuration du cadre et du travail sur la sécurité de base, problèmes d' attachement et de séparation, traumatismes précoces (carences, maltraitements, insécurité)
 - Construction de la subjectivité :
 - réaménager les liens, la confiance,
 - soutien narcissique, clarification des valeurs,
 - permettre la coexistence de représentations opposées,
 - projets, désirs (souvent absents), dire non, se positionner, parler ...
 - Travail sur les passages à l' acte
7. Analyse des conflits psychiques
 - Confronter, clarifier et interpréter les conflits conscients et inconscients qui entravent la maîtrise des activités de vie

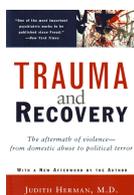
15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies



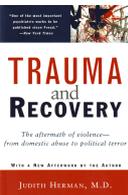
ESPT complexe (Krystal)

- **Concernant le thérapeute**
 - Il est requis qu'il montre une consistance attentive, de l'empathie et de la compassion sans être submergé par ses propres sentiments de sympathie
 - Son attention permanente concernant la motivation du patient, la névrose de transfert et l'alliance de travail est essentielle
 - Il doit travailler fermement la résistance du patient, qui est particulièrement exprimée par rapport aux souffrances vécues
 - Il doit constamment rechercher une relation riche et équilibrée entre l'abstinence et la gratification des besoins du patient
 - Il doit écouter patiemment les souvenirs répétitifs des cruautés, rêves de persécution et les rencontres avec la mort
 - Il devrait admettre de façon ouverte ses erreurs dans le traitement et être constamment attentif au contre-transfert (posture).



ESPT complexe (Herman)

- **La relation**
 - La récupération ne peut se faire que dans le contexte des relations ; pas dans l'isolement
 - Elle est la base de la reconstitution de capacités psychologiques
 - Confiance, autonomie, initiative, compétence, identité, intimité
 - Son seul objectif est de promouvoir la récupération du patient



TRAUMA and RECOVERY

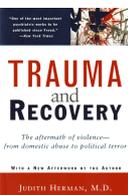
The aftermath of violence—
from domestic abuse to political terror

With a New Afterword by the Author
JUDITH HERMAN, M.D.

ESPT complexe

- Le rôle du thérapeute
 - Aider le patient à compléter le travail qu'il essaye de faire spontanément (Kardiner)
 - Réduire l'isolement, l'absence d'aide et aller à l'encontre des dynamiques de dominance dans l'approche de la victime (Symonds)
 - Il est l'allié du patient, plaçant toutes les ressources de sa connaissance, son habileté et son expérience à sa disposition
 - Il existe un contrat entre le patient et le thérapeute à propos de l'utilisation de la force
 - Les sentiments de transfert de dépendance, issus de l'enfance, vont exagérer le déséquilibre de la relation et rendre les patients vulnérables à une exploitation (qui est évidemment exclue)
 - L'alliance n'est jamais garantie ; elle doit être reconstruite par l'effort réciproque du patient et du thérapeute

20 mars 2013. Dr JM Thurin Psychothérapies psychodynamiques traumatisme 23



TRAUMA and RECOVERY

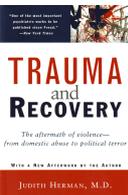
The aftermath of violence—
from domestic abuse to political terror

With a New Afterword by the Author
JUDITH HERMAN, M.D.

ESPT complexe

- Transfert traumatique
 - Les réactions de transfert traumatique ont une qualité intense, de vie ou de mort, sans rapport avec les expériences thérapeutiques ordinaires
 - Ce transfert reflète non seulement l'expérience de la terreur, mais aussi celle de l'absence d'aide, de la dominance, de la méfiance conduisant à des interprétations faussées
 - Le thérapeute est d'abord idéalisé, ce qui protège fantasmatiquement le patient d'un revécu du trauma
 - Quand le thérapeute ne parvient pas à répondre à ces attentes - le patient est souvent submergé par la furie. La rage envers l'agresseur se déplace sur le soignant
 - Dans les fantasmes, le souhait du patient est de réduire le thérapeute décevant à la même condition de terreur, de manque d'aide et de honte que ce qu'il a lui-même vécu
 - Les « survivants » ont souvent une absence de confiance sur la capacité du thérapeute d'écouter

20 mars 2013. Dr JM Thurin Psychothérapies psychodynamiques traumatisme 24



TRAUMA and RECOVERY
The aftermath of violence—
from domestic abuse to political terror
With a New Afterword by the Author
JUDITH HERMAN, M.D.

ESPT complexe

- **Contre transfert traumatique**
 - Le thérapeute peut se sentir obligé d’ étendre les limites des séances ou de permettre des contacts d’ urgence fréquents entre les séances, répondre au téléphone la nuit, les we, etc. Ces mesures produisent exceptionnellement une amélioration. Au contraire, plus le patient se sent isolé, dépendant et incompetent, plus les symptômes s’ aggravent
 - Le thérapeute peut ressentir de la colère, voire de la furee et tous les intermédiaires de frustration, instabilité, indignation
 - Le thérapeute peut ressentir du désespoir. Les vécus et sentiments du patient sont « contagieux »
 - Problème des identifications avec la victime, mais aussi avec l’ agresseur

20 mars 2013. Dr JM Thurin
Psychothérapies psychodynamiques traumatisme
25

Tableau récapitulatif EPST complexe

Étapes psychothérapie	Phase 1. Sécurité de base	Phase 2. Souvenirs traumatiques	Phase 3. Changer de monde
Entretiens diagnostiques et mise en place du cadre	Sécurisation et construction d’une alliance solide	Expression et clarification sans forçage ni intrusion	Accompagnement et soutien nouvelles expériences et identité et positionnement dans la psychothérapie.
Conduite thérapeutique (T)	empathie, aide insight, gestion transfert et contre-transfert traumatique		
Actions psychothérapeutiques (T et P)	Évaluation diagnostique (symptômes et vécu, fonctionnements, relations à soi et aux autres, histoire)	Identifier les problèmes, réduire ceux qui peuvent l’être, maîtriser les situations d’angoisse et d’acting	Verbalisation et élaboration Recherche souvenirs oubliés Se dégager de la relation à l’agresseur.
Indicateurs de changement	Bon contact ; souvent amélioration de départ	Réduction hypervigilance, régulation sommeil, tachycardie, tolérance affective, insight	Relations perceptions et langage, régulation affective, insight
			Remises en question, confrontations, se dégager du passé, redéfinir, reconstruire
			Affirmation, estime de soi, relation réalité, relations interpersonnelles,
	Régulation des systèmes physiologiques		Ligne de temps t

20 mars 2013. Dr JM Thurin
Psychothérapies psychodynamiques traumatisme
26

Sept critères de résolution du trauma

(d'après Mary Harvey)

1. Les symptômes physiologiques de l'état traumatique ont été ramenés dans des limites gérables
2. La personne est capable de supporter les sentiments associés aux souvenirs traumatiques
3. La personne dispose de ses souvenirs : elle peut choisir de se souvenir de son trauma comme de le mettre de côté
4. La mémoire de l'événement traumatique est un récit cohérent, lié à des sentiments
5. L'estime de soi endommagée a été réparée
6. Les relations importantes de la personne ont été rétablies
7. La personne a reconstruit un système cohérent de signification et de croyance qui intègre l'histoire du trauma.

20 mars 2013. Dr JM Thurin

Psychothérapies psychodynamiques traumatisme

27

Psychothérapie, en résumé

- Réorganiser l'expérience, la capacité d'intériorisation d'un contexte et de représentations du monde plus favorable,
- Ouvrir la capacité de relation, de demande et d'action sur le monde
- La relation psychothérapique est à la fois le lieu d'une réparation et le prototype d'un fonctionnement ordinaire

15 juin 2012. JM Thurin

DU Stress, traumatisme et pathologies

- Merci de votre attention

- jmthurin@internet-medical.com
- www.ecole-psychosomatique.org/DU/



15 juin 2012. JM Thurin



DU Stress, traumatisme et pathologies