

Traumatisme psychique

Terme clinique pour incident critique répondant à des critères particulier (DSM IV)

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou a des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou on été menacé de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée

Et

2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense un sentiment d'impuissance ou d'horreur

L'impact du trauma va dépendre de plusieurs facteurs:

- Des Caractéristiques de l'événement
- Du contexte au moment de l'événement et après
- De la vulnérabilité de la personne au moment de l'événement
- Du sens que prend l'événement pour la personne

2 types de traumatisme

Traumatisme de type I

- Unique et ponctuel
- Menace de mort ou de blessure mortelle
- Vécu de peur, d'impuissance, d'horreur
- Inattendu, à l'encontre du déroulement « naturel » de la vie
- Situation telle que :
 - Maladie soudaine
 - Homicide, suicide
 - Accident
 - Catastrophe naturelle ou technologique
 - Agression physique ou sexuelle

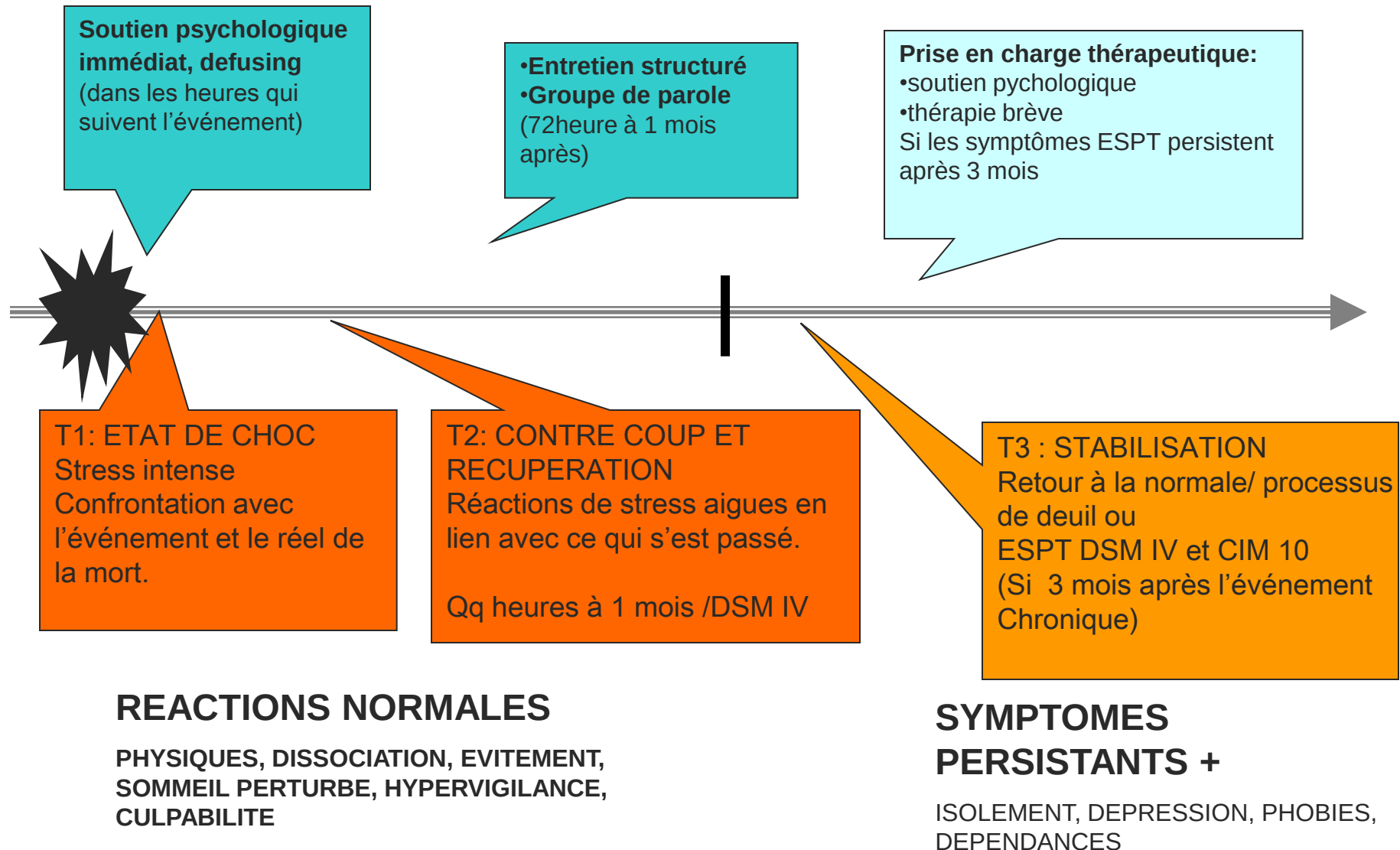
Traumatisme de type II

- Unique et ponctuel
- Menace de mort ou de blessure mortelle
- Vécu de peur, d'impuissance, d'horreur
- Agresseur généralement identifiable
- Situation telle que
 - Maltraitance grave, privation, négligence, harcèlement psychologique
 - Sévices physiques ou sexuels
 - Guerre
 - Torture
 - Internement dans des camps

Qui sont les victimes:

- **Victimes primaires:** les personnes touchées (ont vécu l'événement, agressés et agresseur)
- **Victimes secondaires:** les personnes témoins et les proches
- **Victimes tertiaires:** les personnes qui s'occupent de contenir la situation (et s'impliquent : sauveteurs, membres de la cellule de crise)

Développement en phases du traumatisme et types d'intervention



Temps 1: le choc traumatique

2 réactions de base: stress dépassé et dissociation

LE STRESS

- Le stress adapté
 - Etat d'éveil
 - Mobilisation à l'action
 - Focalisation de l'attention
 - Accélération du rythme cardiaque
- Le stress dépassé
 - Paralyse /Sidération
 - Agitation/ Agression
 - Fuite réelle ou imaginaire
- Le stress cumulé

LA `DISSOCIATION

Réaction Adaptative de survie

(pendant ou après l'événement, si au moins 3 symptômes = Etat de stress aigu)

- Distorsion temporelle
- Absence de réaction émotionnelle
- Sentiment de détachement,
- Sentiment de torpeur
- Réduction de la conscience
- Impression de déréalisation
- Impression de dépersonnalisation
- Analgésie
- Amnésie dissociative

Temps 2: Contrecoup et récupération

Réaction de stress aigu et Etat de stress Post traumatique

Réaction de stress aigu:

1. Réactions physiques
2. Hypervigilance
3. Dissociation
4. Evitement
5. Souvenir Intrusif
6. Vécu d'impuissance et de perte

Critère diagnostiques selon le DSM IV

L'Etat de stress aigu :

Les réactions qui surviennent suite à l'événement ont une durée **minimale de 2 jours et maximale de 4 semaines.**

L'Etat de stress post-traumatique:

Les réactions durent plus d'1 mois et **ont** les mêmes manifestations **exceptés**

les **symptômes dissociatifs** qui n'existent que dans **l'Etat de stress aigu**

Définition clinique de l'état de stress post-traumatique

Trouble mental répertorié dans **les troubles anxieux**, qui survient à la suite d'une exposition à un stress extrême et qui provoque chez la victime une série de symptômes de trois ordre:

1. **Des réactions neurovégétatives** (hypervigilance, difficulté de concentration, trouble du sommeil, irritabilité et accès de colère ...) *// au moins 2 manifestations*
2. **Des intrusions de souvenirs de l'événement**, il est constamment revécu (rêve, flash back, image envahissante ...) *// au moins une manifestation*
3. **L'évitement de manière persistante** de certains objets, de certains sentiments et de certaines situation associés au traumatisme. *// au moins trois manifestations*

Temps 3: La stabilisation ou la chronicisation des réactions: le processus de deuil ou ESPT

Les Etapes du deuil:

1. Déni-choc
2. Colère-protestation-rage
3. Tristesse-manque-absence
4. Peur d'être abandonné-séparation-terreur
5. Rationalisation – acceptation rationnelle
6. Acceptation émotionnelle
7. Pardon (on dit adieu) – prendre sa part
8. Gratitude - reconnaissance

ESPT Chronique: donnée statistique DSM IV

- Prévalence sur la vie de l'ESPT : de 1 à 14 %
- Prévalence pour sujets à risque : de 3% à 58%
- La moitié des ESPT évoluerait vers une résolution complète dans les 3 mois après le traumatisme.
- Dans la plus part des cas restants l'ESPT persite au-delà de douze mois.

CIM 10 : Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

- Attitude méfiante et hostile envers le monde
- Retrait social
- Vide ou perte d'espoir
- Sentiment de menace ou d'insécurité permanente
- Sentiment de culpabilité permanente

Réactions chez les enfants

Comportements régressifs

- Énuresie
- Position fœtale
- Recherche de protection fondamentale, besoin de s'accrocher à l'adulte
- Peur de l'étranger
- Problématique de séparation

Comportements d'isolement

Retrait, rêverie
Tristesse
Renfermer

Manifestation somatiques

Maux de tête, de ventre
Trouble ORL et de la vue
Poussée de température, d'urticaire

Comportements agressifs

- Crise de colère
- Irritabilité
- Confusion



Réactions chez les enfants

Pensée magique

Désir et pensée ont des pouvoirs

Perturbation scolaire

- Retrait, refus d'aller en classe
- Sentiment d'être incompris
- Diminution des performances,
- Problème de concentration

Angoisse et Craintes

Peur réelles (liées à l'événement)

Peur fantasmées

Peur infantiles accrues

Peur que cela ne recommence

Gestes Compulsifs

Jeux répétitifs centrés sur le trauma

Questionnement sur la mort

- Colère, culpabilité
- Deuil (parent – fratrie)
- Réflexions (normale vers 7ans mais ampleur accrue)



Conseil pour l'entourage

- **Ecouter et comprendre**
- **Prendre les craintes au sérieux**
- **Ne pas forcer à affronter ce qui effraie**
- **Encourager l'expression des émotions et ressentis: verbale, écrite, artistique**

Comportement régressifs

- Accorder plus d'attention
- Accepter qu'il s'accroche
- Garder la famille ensemble surtout les jours suivant l'événement
- Faire participer l'enfant à des tâches concrètes
- Féliciter les progrès
- Reprendre la routine rapidement
- Combler les besoins par des soins physiques et affectifs au delà de la demande

Question sur ce qui c'est passé:

dire la vérité avec des mots adaptés à l'enfant

Jeux répétitif centré sur le trauma

- Les accepter en mettant un cadre (pas n'importe et quand)
- Ne pas les questionner (trop intrusif)



Conseil pour l'entourage

Refus de fréquenter l'école

1. **Lié à la crainte de quitter sa famille :**
Accepter tout en encourageant la reprise dès que possible
2. **Lié à la crainte d'être différent** (Je suis différent, ils ne peuvent pas comprendre, qu'est-ce que je vais leur dire):
Ecouter, rassurer, préparer le retour en classe avec l'enfant et l'enseignant, proposer un soutien psychologique si besoin.

Problème à l'heure du coucher

- Comprendre, écouter les cauchemars
- Passer plus de temps avec l'enfant
- Rituel réconfortant
- Mettre une veilleuse
- Réconforter rapidement



Réactions chez les Adolescents

Problèmes scolaire

- Absence, décrochage
- Echeecs
- Comportement perturbateur
- Difficulté à faire des choix, manque de discernement
- Trouble de la concentration
- Diminution de la capacité de raisonnement

Comportement obsessionnel compulsifs

- Besoin de vérification
- Purification
- « manie »
- Stratification

Mort et deuil

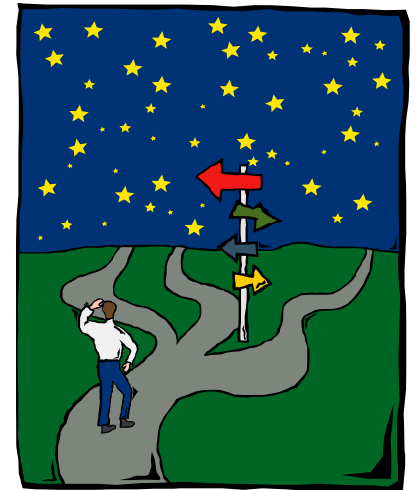
- Vulnérabilité accrue
- Parentification
- culpabilité

Changement dans le type de produit entrainant une dépendance



Conseil pour l'entourage

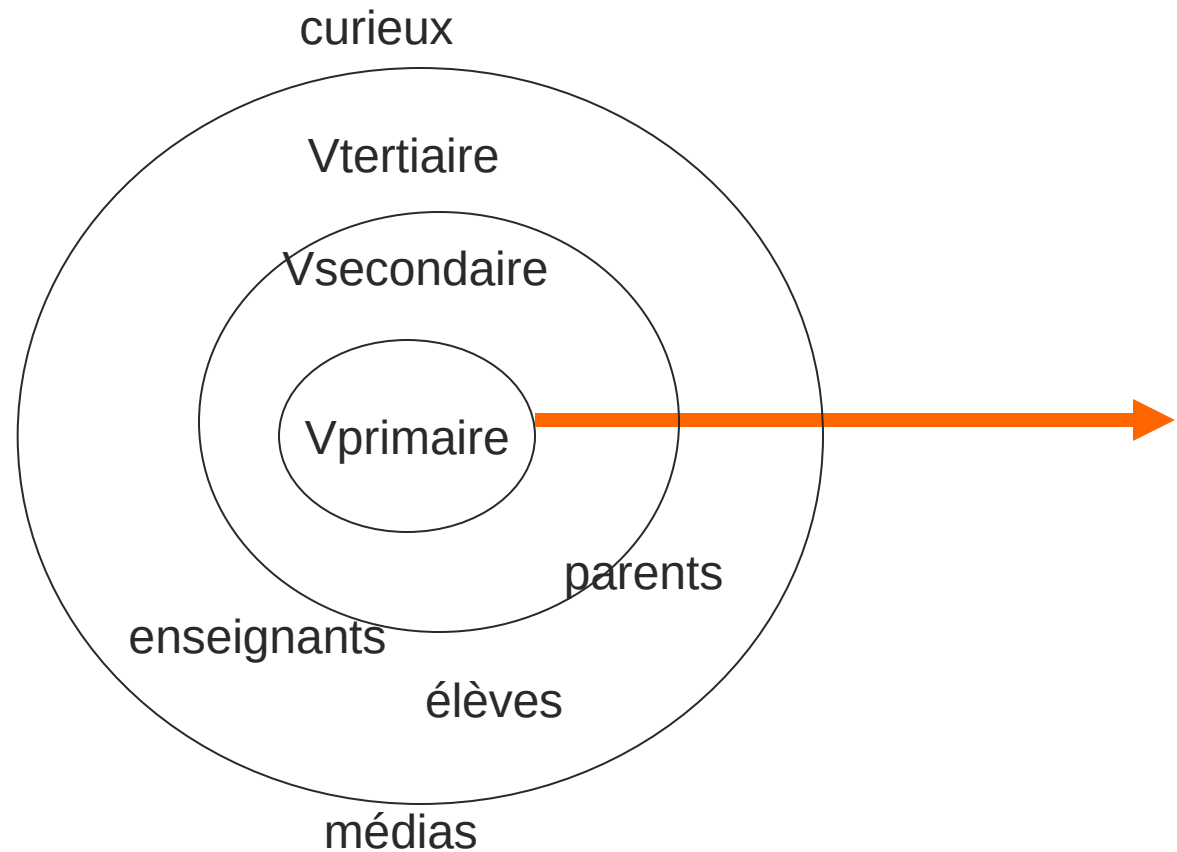
- Ecouter et comprendre
- Prendre les craintes au sérieux
- Ne pas forcer à affronter ce qui effraie
- Expliquer l'événement
- Encourager l'expression des émotions et ressentis:
verbale, écrite, artistique
- Proposer un soutien psychologique, il est parfois plus facile à l'adolescence de se confier à quelqu'un d'extérieur à la famille
- Traduire ses propres craintes d'adulte
- Faire participer à des tâches concrètes
- Reprendre la routine rapidement
- Aider l'adolescent à faire un processus de deuil
- Groupe d'entraide de pairs si besoin
- Être attentif qu'un trauma peut perturber le déroulement de l'adolescence (surprotection parentale), difficulté à se séparer



Intervention dans l'école suite à un événement traumatique

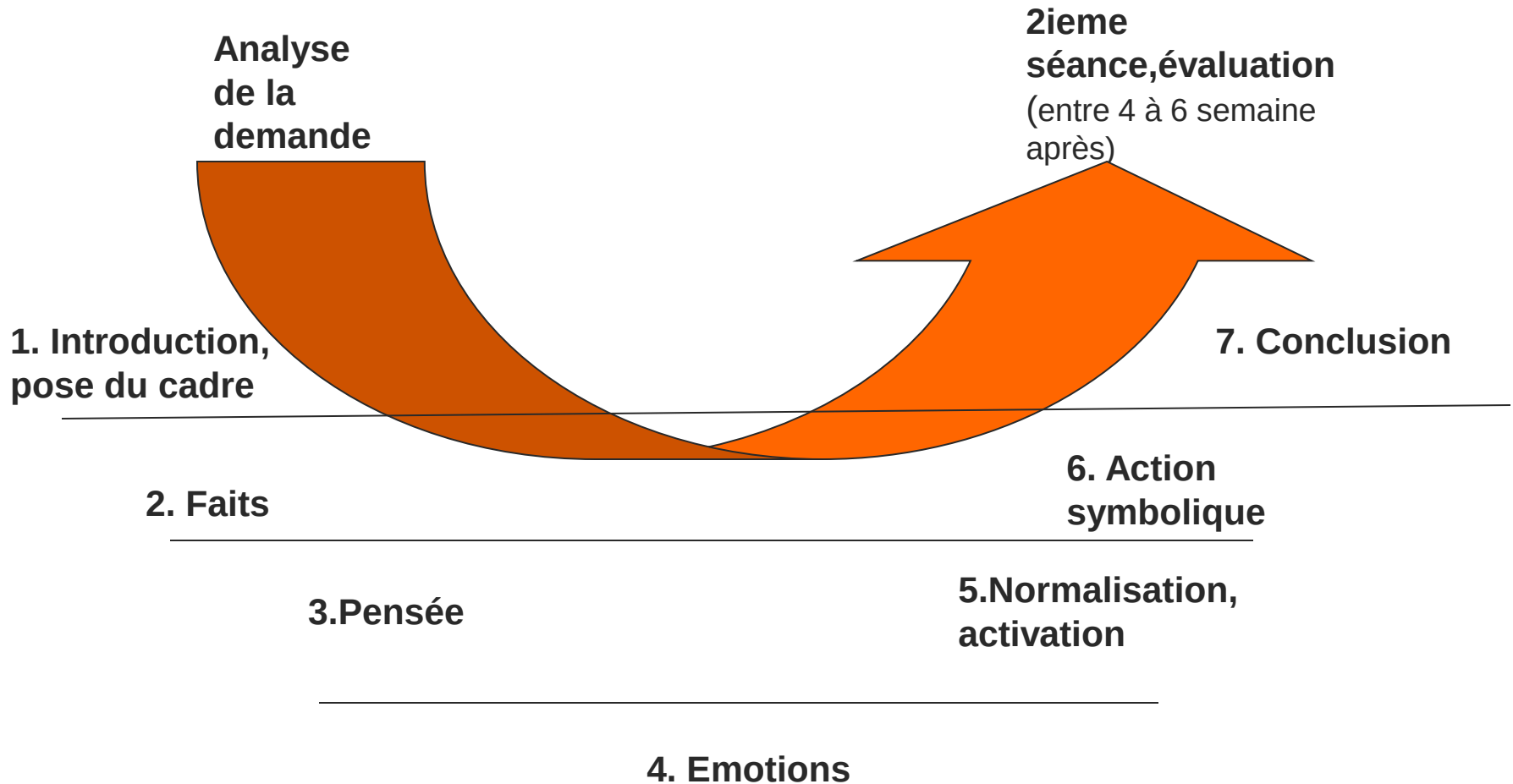
- Conseil et soutien aux professionnels de l'école
- Rencontre avec les familles et relais pour suivis
- Coordination d'un réseau si besoin
- Entretien structuré individuel ou de groupe (support du dessin possible avec les plus jeune)
- Groupe de parole thématique (utilisation de marionnette et photolangage suivant les situations et âge)

Partir du lieu d'impact vers l'extérieur!
Prises en charge du global au particulier!
Des victimes primaires aux curieux!



Les phases de l'entretien structuré psychologique

selon Jeffrey T. Mitchell, Gestion du stress lié à un incident critique (CISM). *Stress et trauma* 2008, 8 (3): 163-175



Besoins de la victime

- **Besoins corporels:**

La victime a besoin de se connecter aux sensations corporelles et aux besoins immédiats s'y référant (sécurité, hygiène, confort...)

- **Besoins cognitifs:**

Informations sur la situation, les secours, l'aide possible, les conseils juridiques

- **Besoins affectifs:**

Ne pas se sentir abandonné, ni exclu, pouvoir parler, être écouté, recevoir sympathie et attention, récupérer son autonomie

Mécanismes de défense de l'intervenant et victimisation secondaire

- **Déni** : faire comme si rien ne s'était passé
- **Incrédulité**: mettre en doute l'événement
- **Minimiser, banaliser, dramatiser**:
 - « ce n'était pas si grave, ce n'est arrivé qu'une seule fois »
- **Culpabiliser la victime/les survivants**:
 - « pourquoi est-ce que tu n'as pas... », « tu aurais pu ou dû »
- **Stigmatiser**: condescendance, insensibilité, cynisme
- **Fatalisme**: « ça devait lui arriver un jour ou l'autre »
- **Centré sur soi**: « moi aussi ça m'est arrivé, c'était même pire »
- **Syndrome d'Alesia** (P. Lagadec)
 - « on en a déjà trop parlé, n'en parlons plus... »
- **Toute puissance/Impuissance**
 - « on ne peut rien faire pour lui/elle »
 - « je vais le/la sortir de là » (attitude de sauveur)

Besoins de l'intervenant/caregiver

Avant l'intervention:

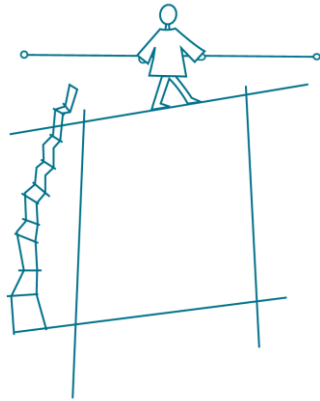
- Préparation intérieure
 - Prendre quelques instants pour soi: comment est-ce que je me sens?
 - prendre ses « outils »
 - Se préparer à accueillir les réactions de l'autre, les siennes
- Préparation extérieure:
 - Informations: quoi? Où? Quand? Comment? Avec qui?

Pendant:

- Poser un cadre, déroulement, humaniser, permettre une reconnexion sensorielle, une « ré-association »
- Ne jamais perdre contact avec ses propres besoins, ses sensations

Après:

- Quel suivi pour les victimes?
- Quels sont mes besoins? Comment je prends soin de moi en tout temps?



www.cappes.ch

Merci pour votre attention