



Congrès Rehab' : dépoussiérer les approches du rétablissement - le 16 mai 2023

# Impacts traumatiques du premier épisode psychotique et processus de rétablissement

**Auriane ANDRÉ** - Psychologue, doctorante en psychopathologie clinique - Université de Bourgogne, Dijon - Laboratoire Psy-DREPI

Centre Référent de Réhabilitation Psychosociale de Bourgogne (C2RB) - Centre d'Intervention Précoce (CIP)  
CH La Chartreuse - Dijon

Recherche réalisée sous la direction du Pr Khadija CHAHRAOUI (*Université Paris 8*)  
et la co-direction du Pr Jean-Christophe CHAUVET-GÉLINIER (*Université de Bourgogne*)

# PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE ET PSYCHOTRAUMATISME

## ❖ Décompensations psychotiques comme événements d'une violence extrême

- Angoisses majeures (*Frosch, 1983*)
- Sentiment d'impuissance (*James, 1993*)
- Impression de désintégration de soi (*Lundy, 1992*)

## ❖ Modélisation et objectivation des réactions post-épisodes psychotiques courant 1970

- Dépression post-psychotique (*McGlashan, 1976*)
- Effondrement post-psychotique (*Mino et Ushijima, 1989*)

# PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE ET PSYCHOTRAUMATISME

❖ **Premier épisode psychotique (PEP) comme expérience bouleversante pour les personnes concernées** (*McGorry et al., 1989*)

→ Sentiment de terreur

→ Phénomènes intrusifs tels que des flash-back et des reviviscences

→ Comportements d'évitement

↳ Hypothèse du trouble de stress post-traumatique (TSPT) post-PEP (*Shaw et al., 1997*)

# LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CONSÉCUTIF AU PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

## ❖ PEP et TSPT : relations et intrications complexes (*Dunkley et al., 2015*)

→ Niveau phénoménologique : similitudes entre les vécus expérimentiels des personnes ayant vécu un PEP et celles ayant développé un TSPT suite à un trauma (*Jackson et Iqbal, 2000*)

→ Niveau sémiologique : chevauchement des manifestations symptomatiques entre PEP et TSPT (*O'Conghaile & DeLisi, 2015*) : angoisses, éléments dépressifs (*Shaw et al., 1997*), émoussement affectif, retrait social (*Morrison et al., 2003*), pensées intrusives, évitements cognitif, affectif ou comportemental (*Shaner et al., 1989*)

↳ Manque de sensibilité clinique et empirique : sous-évaluation (*Rodrigues et Anderson, 2017*), sous-diagnostic (*Mueser et al., 2004 ; Read et al., 2018*), méthodologies peu spécifiques (*Buswell, 2021*)

↳ Symptomatologie et TSPT post-PEP : de 30% à 67% (*McGorry et al., 1997 ; Frame & Morrison, 2001 ; Rodrigues & Anderson, 2017*)

# FACTEURS FAVORISANT L'ÉMERGENCE D'UN TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE POST-PEP

## ❖ Facteurs communs

- ➔ Traumas précoces, événements traumatiques à l'adolescence, antécédents de TSPT (*Dunkley et al., 2015*)
- ➔ Symptomatologie anxio-dépressive et négative post-PEP (*Rodrigues et Anderson, 2017*)

## ❖ Facteurs spécifiques

- ➔ Hospitalisations sous contraintes, soins coercitifs, violence perçue dans les services, manque d'écoute (*Beastie et al., 2009*)
- ➔ Symptomatologie positive (*Pakasarian et al., 2014*), symptômes dissociatifs (*Brewin et al., 2000*), perte de contact avec la réalité, pensées / comportements auto- / hétéro- agressifs (*Mueser et al., 2010*)
- ➔ Styles de coping utilisés (*Buswell, 2021*) et manque de support social perçu post-hospitalisation (*Ozer et al. 2003*)

# LE VÉCU TRAUMATIQUE ASSOCIÉ À L'EXPÉRIENCE DU PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

## ❖ **Le traumatisme du PEP comme vécu subjectif**

➔ Compréhension du trauma par les émotions spécifiques et les impacts subjectifs (*Brewin et al., 2019*)

- ❖ Tristesse, confusion, choc, anxiété intense (*Lu et al., 2017*)
- ❖ Insécurité, vulnérabilité et impuissance (*Dunkley et al., 2015*)
- ❖ Honte, désespoir et solitude (*Dunkley et al., 2015*)

➔ Impact traumatique corrélé aux facteurs intrapersonnels (*Griffiths et al., 2019*)

- ❖ Vécu des symptômes, expérience subjective des soins (*Jackson et al., 2014*)
- ❖ Perception de l'impact du PEP sur sa vie et son identité (*Jovelet, 2018*)
- ❖ Impression de transformation de soi et vécu de pertes multidimensionnelles (*André et al., 2021*)

# IMPACTS TRAUMATIQUES DU PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

## THYMIQUE

- Majoration sentiment de perte d'espoir
  - Dépression sévère
  - Idées suicidaires
  - Tentatives de suicides
- (Tarrier et al., 2007)*

## CLINIQUE

- Sévérité symptomatologie négative
- (Mueser et al., 2001)*
- Comorbidités addictives plus fréquentes
- (Mueser et al., 2002)*

## THÉRAPEUTIQUE

- Résistance aux traitements
  - Taux de rechute plus élevé
- (Mueser et al., 2004)*
- Engagement moindre dans les soins
- (Minsky et al., 2015)*

## FONCTIONNEL

- Altération fonctionnement social et global
- (Seow et al., 2016)*
- Gestion du quotidien
- (Lu et al., 2011)*
- Estime de soi
  - Qualité de vie
- (Buckley et al., 2009)*

## VULNÉRABILITÉ

- Augmentation et entretien des vulnérabilités au stress
- (Shaner, 1989)*
- Stresseur majeur
- (Mueser et al., 2002)*

# PARCOURS ET PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT DANS LES TROUBLES PSYCHIQUES SÉVÈRES

## « Être rétabli (e) »

- ➔ Constatation d'une évolution favorable par des faits objectifs et quantifiables (*Pachoud, 2012*)
- ➔ Définition en 3 axes (*Liberman et al., 2002*) :
  - ❖ Psychopathologique : rémission symptomatique selon la BPRS
  - ❖ Fonctionnel et social : emploi/études, gestion autonome des éléments de vie quotidienne
  - ❖ Temporel : maintien sur au moins 2 ans
- ➔ Favorisé par de multiples dimensions (*Favrod & Maire, 2012*)
  - ❖ Accès rapide à des traitements adaptés dès l'émergence des troubles
  - ❖ Alliance thérapeutique positive, bonne réponse et adhésion au traitement
  - ❖ Fonctionnement cognitif préservé, bon fonctionnement social pré-morbide

# PARCOURS ET PROCESSUS DE RÉTABLISSEMENT DANS LES TROUBLES PSYCHIQUES SÉVÈRES

## « Être en rétablissement »

- ➔ Rétablissement comme un processus inhérent à un cheminement personnel et subjectif
- ➔ Ancrage dans le vécu expérientiel des personnes concernées à propos de leur trouble et de son évolution
- ➔ Personne comme première initiatrice et moteur principal de son évolution et de son mieux être
- ➔ Opérationnaliser et actualiser un changement de regard sur soi en s'appuyant sur ses propres ressources
- ➔ Rétablissement expérientiel (*Deegan, 1988*)
  - ❖ « Aspiration à vivre, à travailler, à aimer dans une communauté dans laquelle il est possible de prendre sa place pleine et entière »
  - ❖ Pas une guérison mais une acceptation de plus en plus profonde des limites de la personne par elle-même
  - ❖ Découverte d'une nouvelle image de soi et d'une nouvelle raison d'être
  - ❖ Reconnaissance de nouvelles ressources et de nouvelles capacités personnelles

# PSYCHOTRAUMATISME ET RÉTABLISSEMENT DANS LE PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

## ❖ Impact traumatique du PEP

- Emergence précoce (*McGorry, 1991*) : dès la diminution des symptômes positifs
- Impact à long terme (*Dunkley et al., 2015*)
- Parcours évolutif, pronostics clinique et fonctionnel (*McGorry, 1993 ; Mueser et al., 2002*)
- ↳ Processus de rétablissement : entrave ou limitation du travail personnel et subjectif (*Buswell, 2021*)

# ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

## ❖ Repérer précocement...

- ➔ Investiguer systématiquement la présence d'un TSPT **et** d'un vécu traumatique post-PEP (*NICE, 2014*)
- ➔ Participer à un repérage précoce et à une action préventive pour le pronostic clinique et fonctionnel
- ➔ Intégrer une réflexion innovante pour construire et mettre en place des programmes de détection et de prise en charge précoce

## ❖ ...pour accompagner plus efficacement et favoriser le rétablissement

- ➔ Manque accru de données probantes concernant les modes de prise en charge du trauma post-PEP
- ➔ Manque d'outils thérapeutiques spécifiques et non spécifiques, manque de modèles de psychothérapies
- ➔ Nécessité d'une approche psychothérapeutique **intégrative** associée à un accompagnement pluridisciplinaire

# ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

## ❖ Principes thérapeutiques

- ➔ Reconnaître et considérer *a priori* le PEP comme évènement traumatique pour la personne
- ➔ Favoriser le sentiment de contrôle et le pouvoir d'agir sur son expérience
- ➔ Travailler sur les manifestations émotionnelles en lien avec l'évènement traumatique
- ➔ Travailler sur les croyances erronées concernant le soi et l'environnement
- ➔ Aider à aborder le trauma de manière plus ouverte et sans confrontation directe via les groupes de pairs
- ➔ Accompagner et soutenir la mise en sens et l'intégration de l'évènement traumatique dans l'histoire de vie
- ➔ Prendre en compte les aspects positifs du trauma post-PEP et la croissance post-traumatique
- ➔ Encourager la résilience et faire (ré)émerger l'espoir en l'avenir

# ACCOMPAGNEMENT ET PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

## ❖ **Recommandations psychothérapeutiques**

➔ Psychoéducation (*Boydell et al., 2010 ; Dunkley et al., 2015*)

➔ Thérapies Cognitives et Comportementales

- ❖ Formulation de cas (*Halpin et al., 2016*) : travail collaboratif entre le thérapeute et le patient visant à formuler des hypothèses concernant les fondements des difficultés actuelles puis à mettre en lumière les facteurs ayant pu les précipiter et les maintenir
- ❖ Cognitive Therapy Based Recovery Intervention (*Jackson et al., 1999*) : thérapie basée sur les représentations et la lecture que fait la personne de son expérience psychotique
- ❖ Thérapies basées sur la Mindfulness

➔ Remédiation de la métacognition et de la mémoire autobiographique (*Conway, 2005 ; Lysaker et al., 2021*)

➔ Approche phénoménologique et psychothérapies narratives (*Berry et al., 2013 ; Koenig, 2015 ; Misdrahi, 2016, Noiriél et al., 2019*)

➔ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (*Van den Berg, 2015*)

# POINTS D'INTÉRÊTS

- Considérer *par principe* le PEP comme un évènement traumatique pour la personne concernée
  - ↳ Evaluer la symptomatologie traumatique et rechercher un TSPT post-PEP
  - ↳ Investiguer le vécu traumatique associé à l'expérience du PEP
- Repérer et prendre en charge précocement afin de limiter les impacts clinique et fonctionnel
- Raisonner et construire les soins psychothérapeutiques selon une approche intégrative