

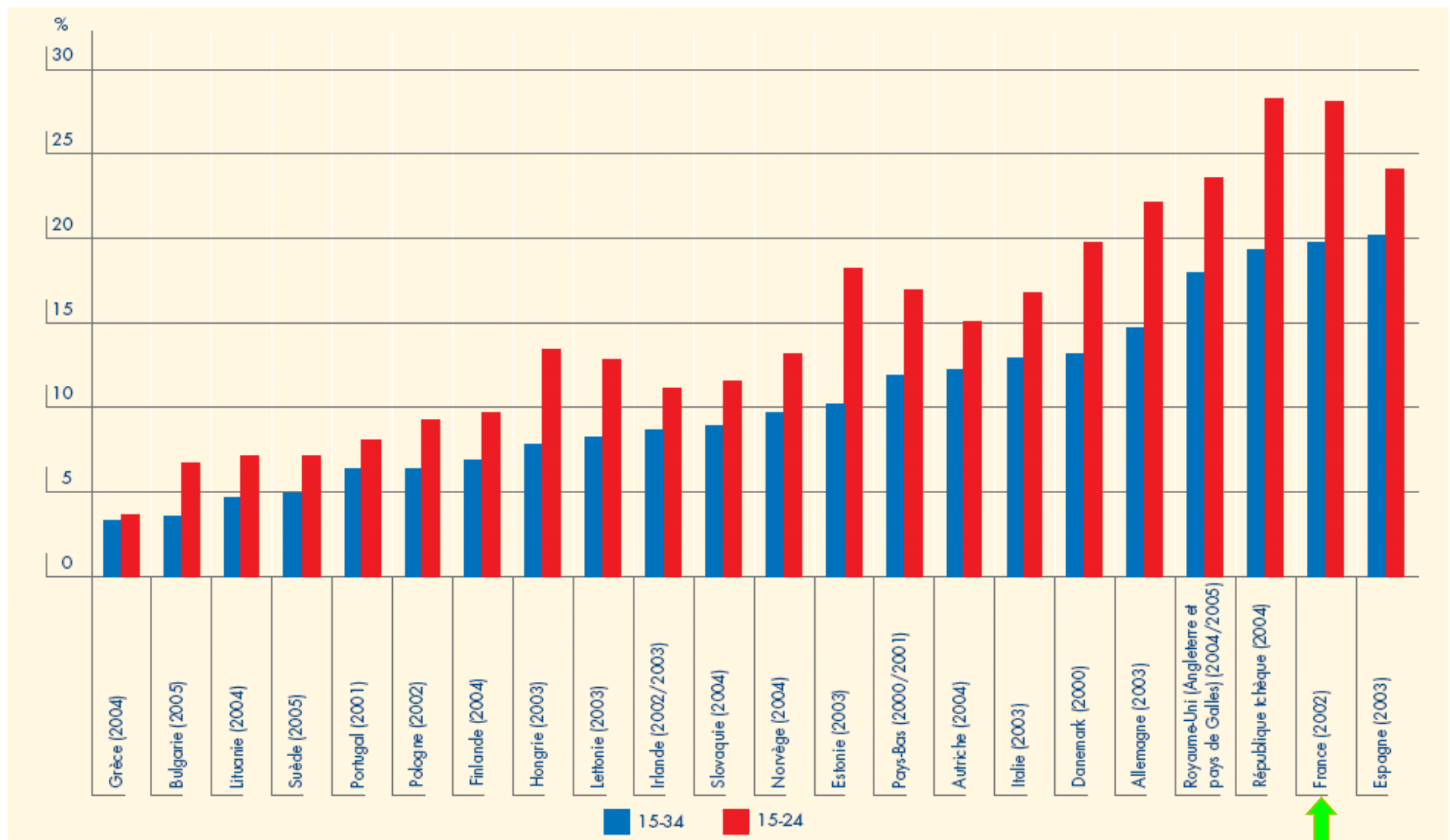
Les échanges cliniques d'Épidaure
Atelier

ADDICTION AU CANNABIS

Quel abord ?

Cannabis (usage)

Prévalence au cours de la dernière année par pays
Jeunes adultes (15 à 34 ans et 15 à 24 ans)

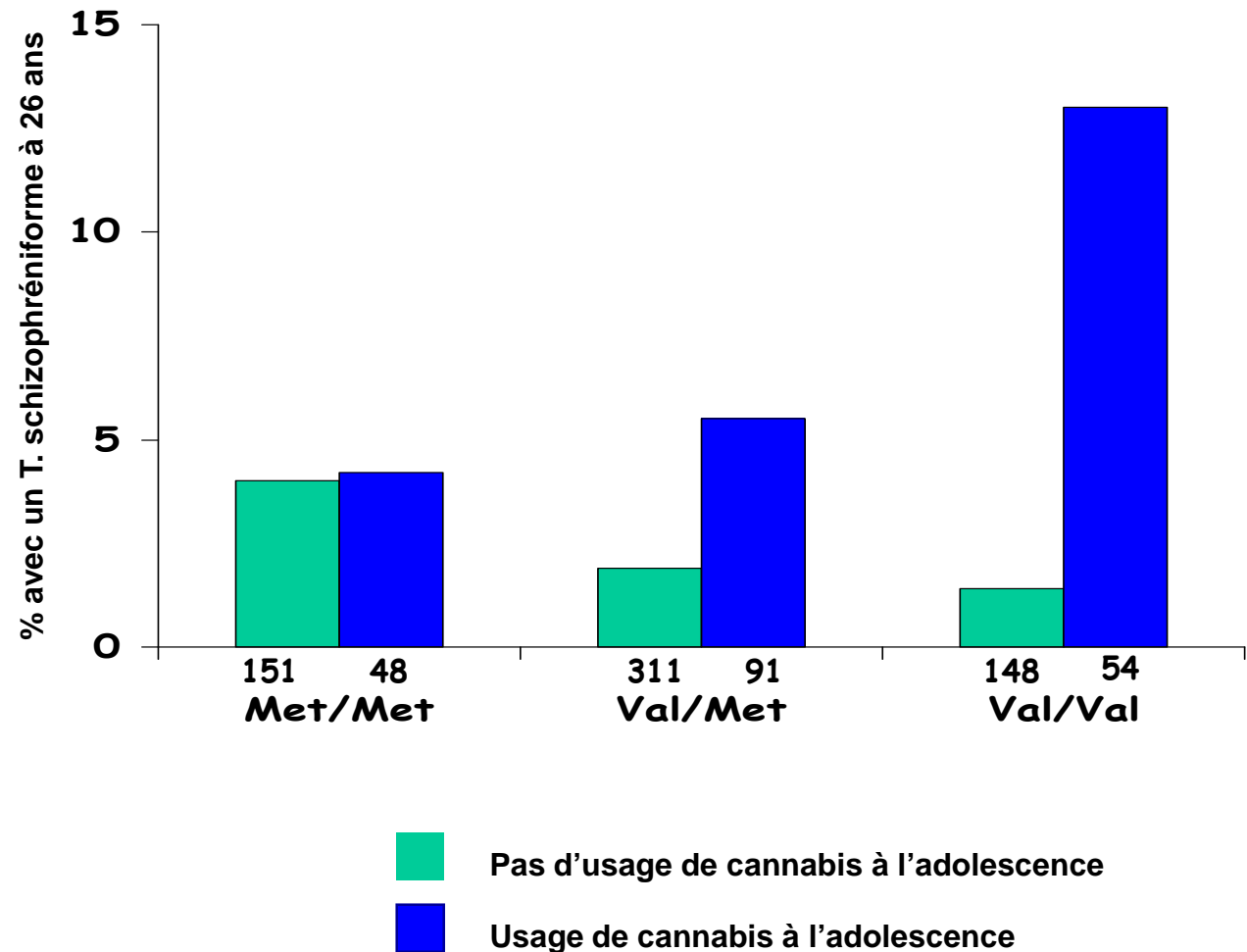


Le cannabis des préjugés persistants

- **En raison d'une insuffisance de connaissances ?**
 - NON : davantage de connaissances, mais des données
 - Complexes à analyser
 - À situer dans leur contexte
- **En raison d'un déficit d'information ?**
 - NON : mais nécessité apparente de parti pris chez l'informateur pour paraître autorisé
 - Une vision binaire : bien/mal, danger/innocuité
 - La peur de ne pas paraître « dans le coup »
- **Informations importantes concernant le cannabis**
 - Les effets du cannabis doivent distinguer la prise immédiate de l'effet dose cumulé concentration progressive dans le SNC (lipophilie)
 - L'âge d'exposition précoce au cannabis augmente le risque de développement ultérieur de SCZ

L'impact de l'usage précoce de cannabis sur le développement d'une psychose est modulé par le génotype de la COMT

- *Les effets psychotisants du cannabis semblent résulter de leur activité dopaminergique au niveau frontal et mésolimbique*
- *La COMT participe à la dégradation biochimique de la dopamine dans le lobe frontal*
- *L'allèle val-val (chromosome 22) de la COMT est associé*
 - *À la schizophrénie*
 - *Isolement, pauvreté des affects (conscrits grecs)*



Une étape de préparation au travail psychique

- **S'intéresser à son éprouvé subjectif dans une temporalité de l'instant**
 - Dont la qualité réside
 - Non pas tant dans une narration rocambolesque d'un personnage
 - Que dans l'existence d'un éprouvé singulier, savoir riche et intéressant
 - Évoquer avec lui
 - La multiplicité des éprouvés
 - Leur caractéristiques contradictoires
- **Les entretiens successifs font apparaître**
 - La connexion des son éprouvé immédiat avec des éléments du passé
 - La vie émotionnelle qui émerge durant leur énonciation
 - L'intérêt d'une richesse langagière
 - Et conduit à : « pourquoi pas demain sans cannabis ? »

Le Trouble Explosif Intermittent

Synthèse de l'atelier
« Affect et comportement »

Caractéristiques diagnostiques

DSM IV axe 1

- Tendance impulsive ou agressive en dehors des accès

Tableau II : Critères diagnostiques DSM IV du trouble explosif intermittent

- A. Plusieurs épisodes distincts d'incapacité à résister à des impulsions agressives, aboutissant à des voies de fait graves ou à la destruction de biens.
- B. Le degré d'agressivité exprimé durant les épisodes est sans commune mesure avec un quelconque facteur de stress psychosocial déclenchant.
- C. Les épisodes agressifs ne sont mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex. une personnalité antisociale ou borderline, un trouble psychotique, un épisode maniaque, un trouble des conduites ou un déficit de l'attention/Hyperactivité) et ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à l'abus, un médicament) ou une affection médicale générale (p.ex. un traumatisme crânien ou une maladie d'Alzheimer).

Trouble du contrôle des impulsions non classé ailleurs – DSM-IV

- Trouble Explosif Intermittent (TEI)
- Kleptomanie
- Pyromanie
- Jeu Pathologique
- Trichotillomanie
- Trouble du contrôle des impulsions (autre)

Rôle de la cognition dans l'impulsivité

- Désinhibition
 - Go/no go
- Trouble ou déficit attentionnel
 - CPT
- Echec à différer une gratification/récompense
 - Tâche de jeu

Emotion en tant que déclencheur

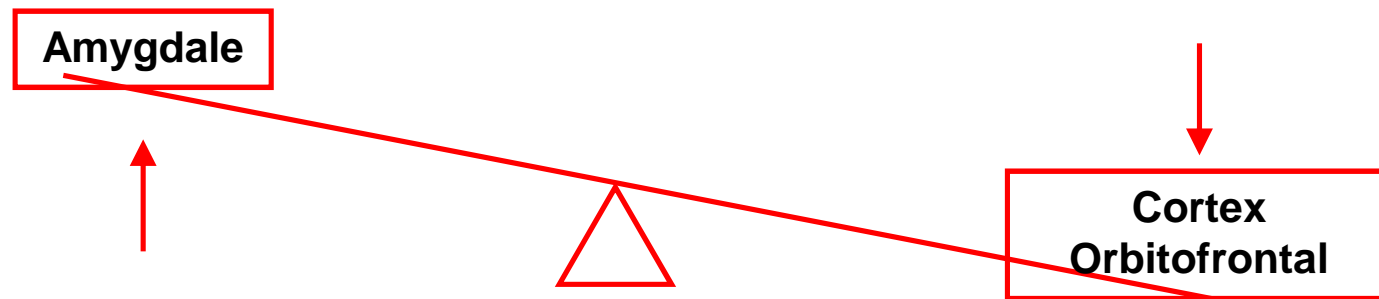
Modèles d'Impulsivité

- Addiction
 - Déclencheurs: manque ➡ impulsion
- Affectivité
 - Déclencheurs : Fluctuations de l'humeur – état affectif (colère) ➡ impulsion
- Compulsif
 - Déclencheurs : Anxiété ➡ compulsion/impulsion

D'après Hollander, 2006

Dimensions de l'impulsivité

- Activité de l'Amygdale (region limbique) = Conduite
- Activité du cortex orbitofrontal ou cingulaire antérieur = Freins



D'après Siever

Remarques importantes et conclusions

- Prévalence 7,3 %
- Sexe Masculin
- Notion de pare-excitation
- Soulagement par le passage à l'acte de la tension provoquée ou consécutive à l'excitation
- Comorbidité importante (> 70%) avec les troubles de l'humeur
- Controverse: difficulté de faire un diagnostic reposant sur les conséquences de l'acte
- Traitement reposerait sur les IRS

DEPRESSION ET PERSONNALITE

Atelier Emmanuelle Corruble

S.Tilikete et S.Nocus

Juin 2008

RELATIONS ENTRE PERSONNALITE ET DEPRESSION

- **traits de personnalité** pré-morbides (facteurs de vulnérabilité dépressive).
- **troubles dépressifs modifiant la personnalité:** traits de personnalité post-morbides.
- **même processus pathologique sous-jacent:** traits de personnalité comme formes infra-cliniques de troubles dépressifs.

Dépressions majeures unipolaires et TP

- TP chez les patients présentant un EDM actuel:
 - 20% à 50% chez les patients hospitalisés
 - 50% à 85% chez les patients ambulatoires.
 - Les deux TP les plus fréquents : histrionique et borderline
- Difficulté du repérage diagnostique en phase aiguë et de la demande de soin du fait de l'égosyntonie des symptômes (des traits de personnalité)

Quand évaluer la personnalité chez le déprimé?

- **En dehors des phases symptomatiques dépressives**
- **“Effet état” : modifications de la personnalité induites par l’état dépressif lui-même**
 - augmentation des notes de “ névrosisme ”, d’introversion et d’évitement du danger
 - diminution des notes d’extraversion, de sociabilité, de dominance et de confiance en soi
- **Pas de diagnostics trop rapides de TP chez le déprimé : quelques mois après la rémission symptomatique ?**
- **Le groupe a insisté sur l’incidence en pratique de ville d’une clinique de l’intime centrée surtout sur l’estime de soi, les performances, et les attentes sans limites.**

ASPECTS THERAPEUTIQUES:

- **AD** dans tous les cas sans spécificité de l'association TP/DEPRESSION en phase aigue.
- **PSYCHOTHERAPIE**
 - L'indication de la psychothérapie ne doit pas être abordée avant que l'amélioration symptomatique ne se dessine: les chances de succès risqueraient d'être minimisées par les cognitions dépressives négatives.

Quelle psychothérapie?

- psychodynamique, cognitivo-comportementale, corporelle, familiale ?
- à notre connaissance, pas de spécificité de l'indication psychothérapique à moyen terme pour l'association dépression et TP par rapport à un TP isolé ou à un trouble dépressif isolé.

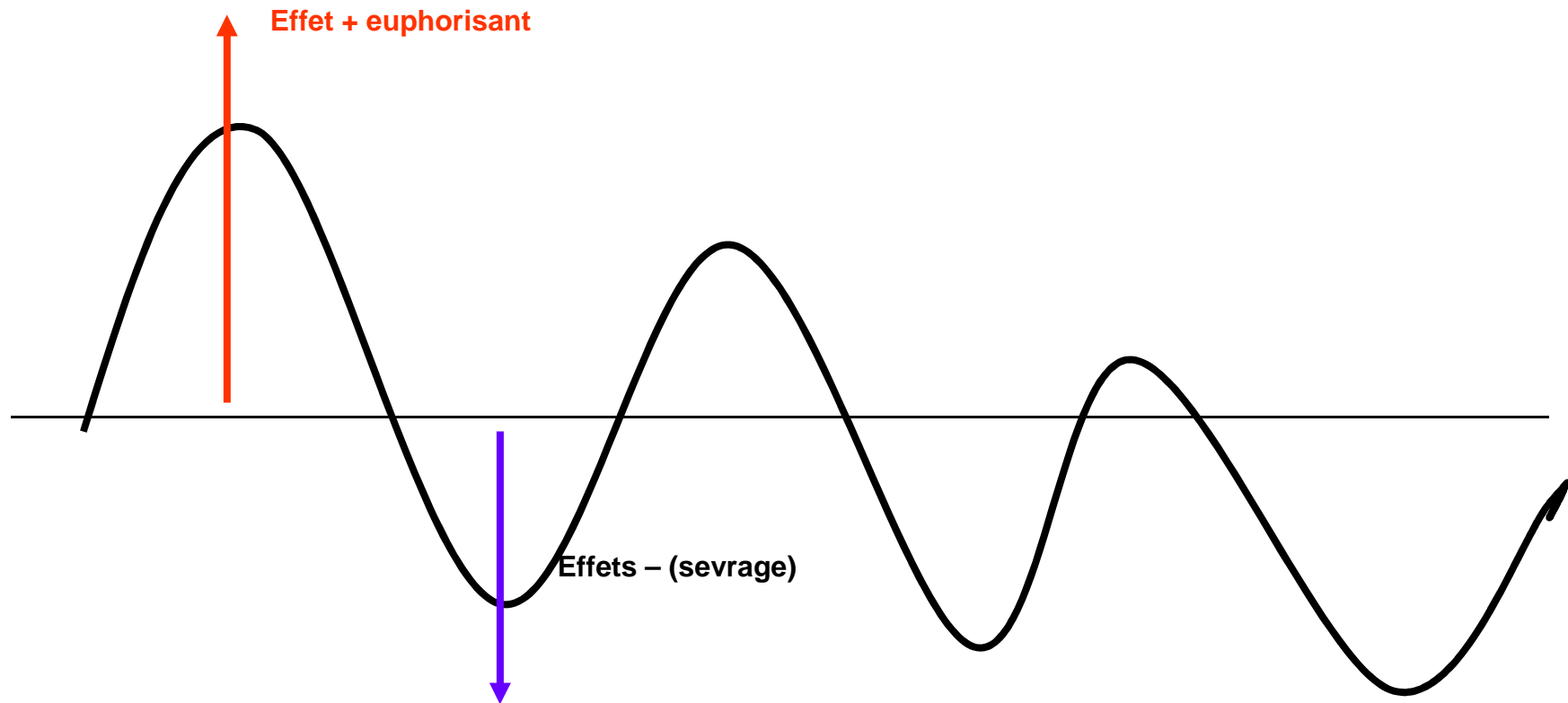
Traitement de l'Alcoololo- dépendance LES RENCONTRES D'EPIDAURE Synthèse

D'après un travail du Pr Ph Gorwood,
CHU Louis Mourier, AP-HP-Colombes

Drs A. Decup & J. Chaibeddra

E-mail : philip.gorwood@lmr.aphp.fr

Mécanisme de la tolérance à l'alcool



La Classification de Cloninger

- Type I
 - Début tardif (>25 ans)
 - Femmes et Hommes
 - NS bas (recherche de nouveauté),
 - HA haut (évitement de la souffrance),
 - RD haut (dépendance à la récompense)
 - hérédité faible
- Type II
 - Début précoce (<25 ans)
 - Hommes
 - NS haut, HA bas, RD faible
 - hérédité élevée
- ATCD familiaux d'addiction et de psychopathie

Les phases du traitement:

3 phases, 3 buts, 3 produits

Phase

Période

But

Mdcts

Intox aiguë

Pendant

Complications

Surveillance

Sevrage

J0-J5

Complications

BZD+++

Post-sev

J6-M12

Rechute

Disulfirame(esperal),
Acamprosate(aotal)I,
Naltrexone(revia)II

» Il n'y a pas de dépendance sans DENI

- Les raisons de changer proviennent du patient et non du thérapeute
- La relation est un partenariat/accompagnement
- L'intervenant est **directif** dans sa façon d'aider à explorer et à résoudre l'ambivalence par rapport au soin
- Ne pas favoriser la résistance

Outils de l'EM

- Cible numéro 1: le déni!
- Atmosphère empathique
- Reformuler +++: « j'ai pas bien compris... »
- Augmenter la confiance (renforcement positif)
- Déstabiliser la balance décisionnelle (effet +/-)

Les échanges cliniques d'Epidaure

Ateliers

Vendredi 20 juin 2008

**ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE:
L'identifier , le comprendre**

SYNTHESE

Groupe Pr. Maurice FERRERI

CHU SAINT- ANTOINE, PARIS

HISTORIQUE

Cécité d'Epizelos	(Hérodote, 390 ans av JC)
Rêves traumatiques	(Hippocrate 400 ans av JC)
Vent du boulet	(Larrey 18^e/19^e siècle)
Névrose traumatique	(Oppenheim 1884)
Hystéro-neurasthénie	(Charcot 1887-1899)
Névrose actuelle	(Freud 1893)
Névrose de guerre	(Honigan 1905)
Etat de stress post traumatique	(DSMIII, 1980)
Réaction aiguë au facteur de stress	(OMS, CIM 10, 1990)
Etat de stress aigu	(DSMIV, 1994)
Modification durable de la personnalité	(OMS, CIM10, 1990)

EPIDEMIOLOGIE

- **Morbidité**
 - population générale : 1%
 - sex ratio 1H pour 2 F
 - Risque après un événement traumatique : 10%
- **Comorbidité : 80%**
 - Anxiété, dépression, addictions

L'ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE

- **Confrontation soudaine à :**
 - Une menace d'anéantissement pour soi ou autrui
 - Ou à des sujets gravement blessés ou décédés

- **La situation a suscité :**
 - Une réaction de peur, de frayeur
 - Un sentiment d'horreur et d'impuissance

TROUBLES PRECOCES

Manifestations post-immédiates Etat de stress aigu de 2 jours à 1 mois

- **Symptômes dissociatifs (3 ou plus)**
 - Torpeur, sidération, détachement,
 - Eoussement émotionnel, hébétude
 - Réduction de la conscience du contexte « être dans le brouillard »
 - Impression de déréalisation
 - Dépersonnalisation
 - Amnésie dissociative : oubli d'un aspect important du traumatisme

ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

- **Début : habituellement retardé après un temps de latence, plus rarement en continuité avec l'état de stress aigu**
- **Le syndrome de répétition ou de reviviscence avec désarroi**
- **Les conduites d'évitement**
- **La réactivité neurovégétative**
- **Les manifestations anxieuses**
- **La dimension dépressive**
- **Les troubles corporels**

EVOLUTION

- **Evolution favorable : régression complète**
 - 50% : 3mois, 30% : 12 mois
- **Evolution défavorable : ESPT durable, 20% pendant 5 ans et +**
- **Evolution défavorable : ESPT chronique**
 - Aggravation des manifestations dépressives (96,4%)
 - abus d'alcool 78,8%
 - abus de substance 70,4
 - remaniement de la personnalité

THERAPEUTIQUES

- **Intervention précoce et soins immédiats**
 - urgences hospitalières
 - soins sur le terrain : cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)
- **Traitement état de stress aigu : Le debriefing (48 à 72 premières heures)**
 - Aspect curatif reconnu
 - Aspect préventif discuté
 - Le groupe de parole : famille
- **Traitement de l'ESPT**
 - Le traitement médicamenteux (IRS)
 - Les thérapies cognitivo-comportementales
 - L'abord psychanalytique



Epidaire

juin 2008

Traiter le trouble bipolaire

Dr. Nathalie Regnaut

Dr Florian Ferreri

Service de psychiatrie CHU St-Antoine
Paris

EVOLUTION DU CONCEPT DE BIPOLARITE

- Actuellement : « spectre maniaco-dépressif »
 - **TB type I** : au moins un épisode maniaque (+/- mixte)
 - **TB type II** : dépression majeure avec des épisodes d'hypomanies spontanées
 - **TB type III** : dépression majeure avec manie ou hypomanie induite par le traitement
 - **TB type IV** : dépression majeure avec tempérament hyperthymique

Une classification pertinente?

OUI

■ Bipolaire

- Risque élevé de TBP pour les parents de 1er degré

- 4 –24% BP-I
- 1 –5% BP-II

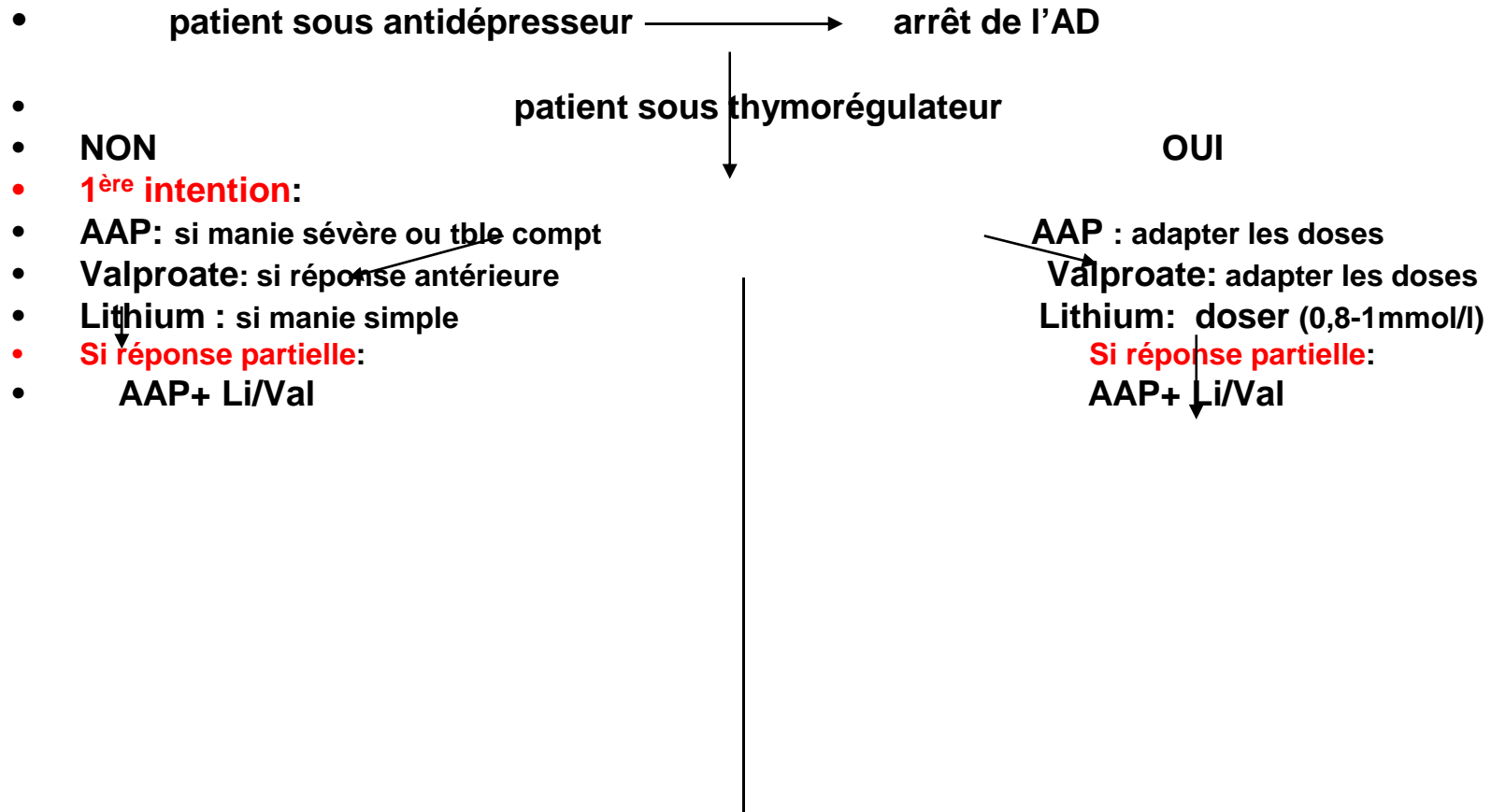
■ Difficultés Diagnostiques

- Rapide BP-I (<1.5 ans) chez les H
- Tardif BP-II (<10 ans) chez les femmes

■ Traitement

La phase aiguë : prise en charge de la manie

Traitement de la manie et de l'hypomanie.



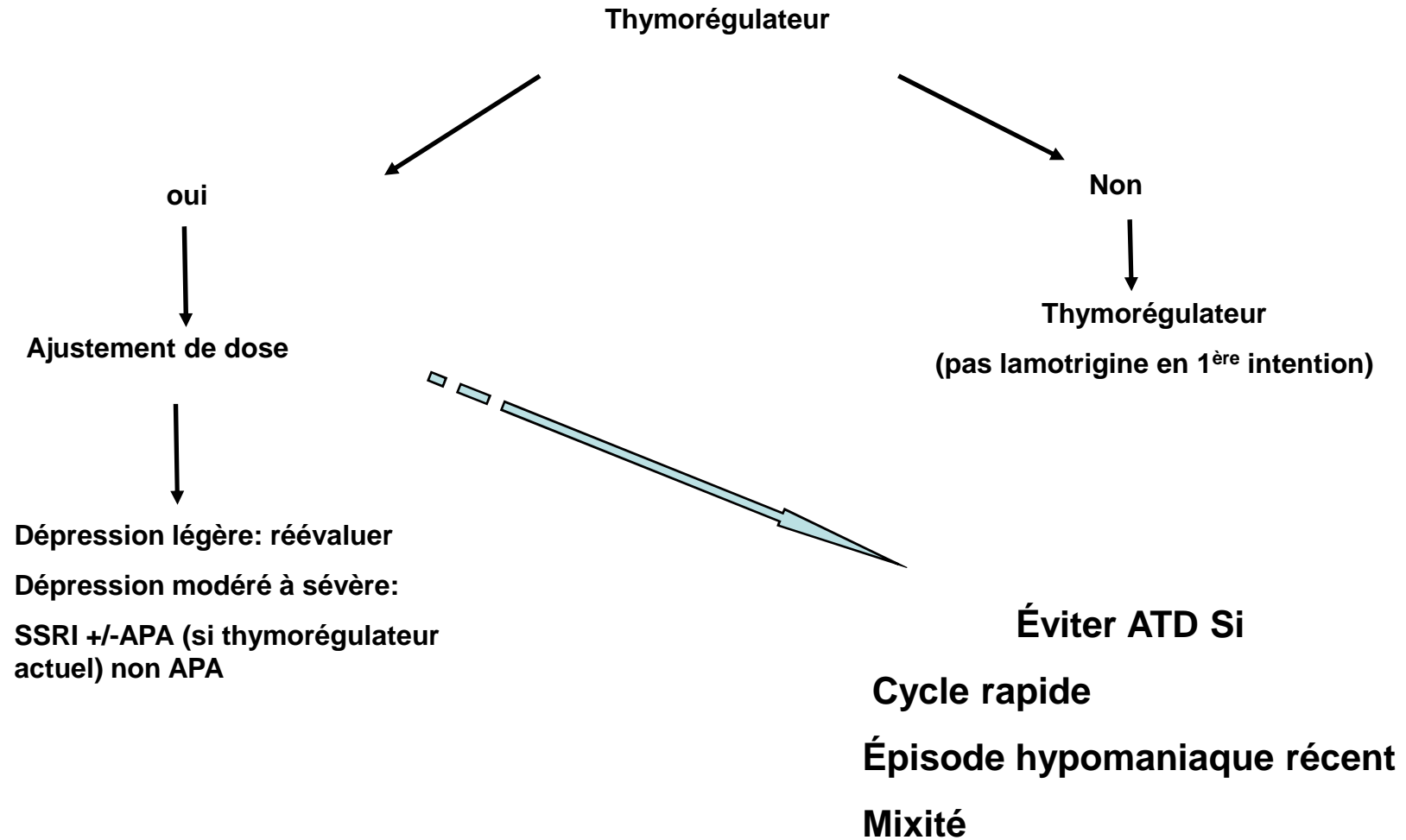
La phase aiguë : cas particulier de l'état mixte

Traitement de l'épisode mixte

- Eviter antidépresseur**
- Traiter comme un épisode maniaque**
- Valproate + APA**

La phase aiguë : dépression bipolaire

Dépression bipolaire





Les traitements au long cours

Initier un traitement pharmacologique à long terme

- Après un épisode maniaque avec risque significatif et conséquences négatives
- Bipolaire de type I : après 2 épisodes aigus ou plus
- Bipolaire de type II : si altération significative du fonctionnement ou risque suicidaire ou récurrence fréquente des épisodes

- Traitement de référence : Lithium
 - CBZ, VLP et OLZ considérés comme deuxième choix