



Consortium canadien  
**d'intervention précoce  
pour la psychose**

# **Traumatisme et personnalité en lien avec les premiers épisodes psychotiques**



**Sudhakar Sivapalan, M.D., FRCPC, M. Sc.**

Consultant, *Edmonton Early Psychosis Intervention Clinic*

Département de psychiatrie, *University of Alberta*

Directeur par mandat spécial, CCIPP

*Edmonton (Alberta)*



# Divulgence d'intérêts

Des honoraires ont été reçus des compagnies suivantes pour une participation à des comités consultatifs :

- Sunovion
- Allergan/Abbvie
- Janssen
- Otsuka

Il n'existe actuellement pas de liens financiers pertinents à divulguer.

Cette présentation révisera des données cliniques. Certaines recommandations sur la médication peuvent être considérées comme étant hors indication. D'autres recommandations sur la médication sont basées sur des « circonstances idéales » et peuvent ne pas être facilement accessibles dans votre région.



# Objectifs

- Traumatisme et TSPT
- Traits et troubles de personnalité
- Prise en charge
- Questions



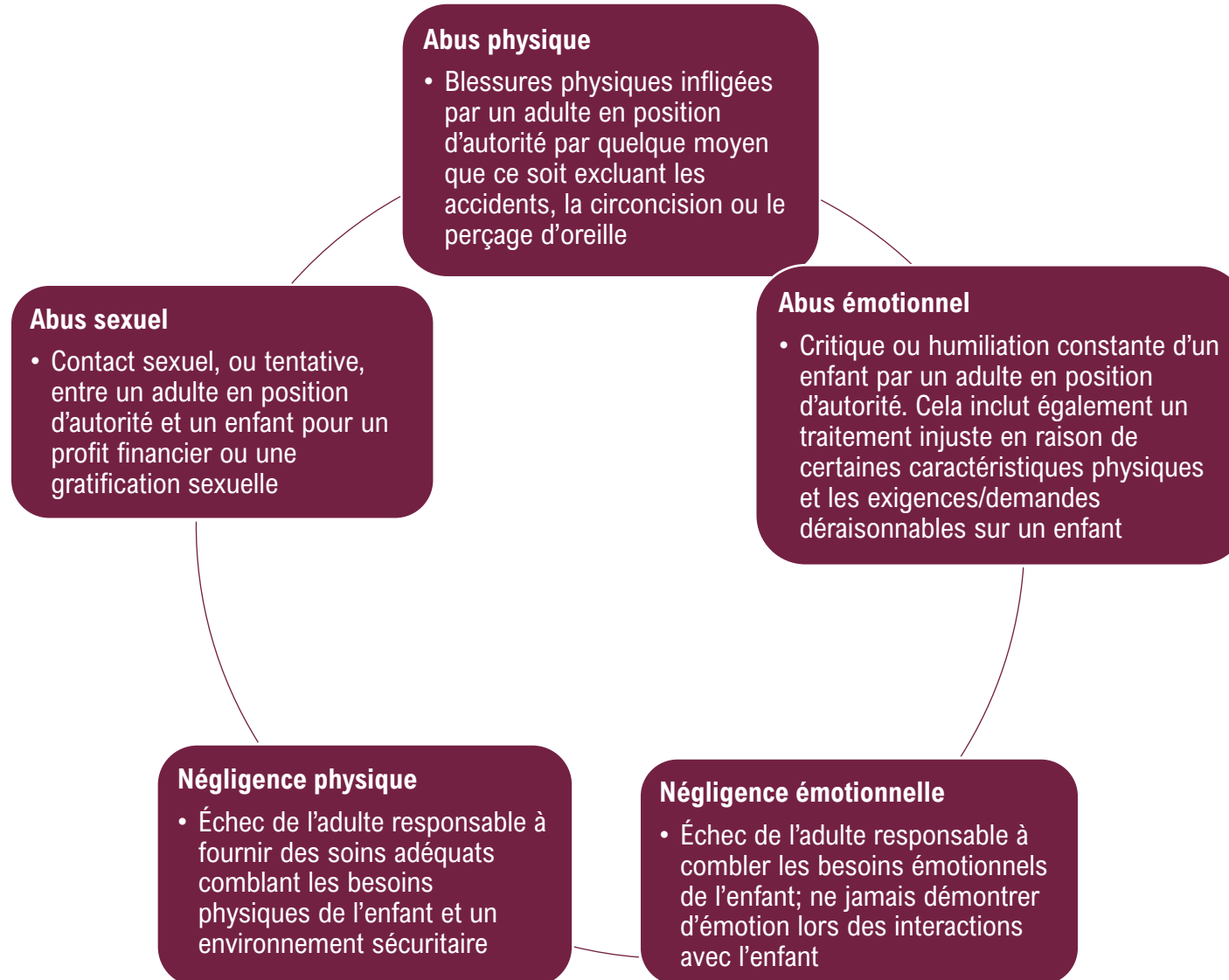
# Traumatisme et TSPT

# Expériences négatives durant l'enfance et événements stressants de la vie

- Expériences négatives durant l'enfance (ENE);
- Épisodes d'abus, de négligence et de dysfonctionnement familial survenant pendant l'enfance pouvant avoir des répercussions persistant à l'âge adulte;
- P. ex. abus sexuel, physique ou émotionnel, conflit parental, négligence émotionnelle et physique;
- Évènements stressants de la vie;
- Évènements dangereux ou bouleversants survenus avec un individu et pouvant modifier la trajectoire vers l'âge adulte;
- P. ex. immigration, exposition à la guerre, perte significative à l'âge adulte.



# Classification des traumatismes durant l'enfance



# Relier le traumatisme à la psychose

- L'étude RAISE-ETP a déterminé que 80 % des participants ont rapporté au moins un évènement traumatique pendant leurs vies. 5 % répondaient aux critères de diagnostic à vie de TSPT et un autre 3,7 % répondait aux critères sous-cliniques;
- Dans une analyse cas-témoin, l'association entre les ENE et une psychose émergente avait un RC = 2,72;
- Les transitions vers la psychose étaient associées à un certain risque environnemental dont le plus grand effet peut être attribué à un traumatisme pendant l'enfance (RC = 34,4);
- Les patients atteints du TSPT sont cinq fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic d'un trouble psychotique par rapport aux individus sans;
- Les évènements stressants de la vie dans l'année précédente et particulièrement dans les 3 mois précédents l'apparition semblent également jouer un rôle.





# Relier le traumatisme à la psychose

- Caractéristiques cliniques;
- Taux d'hospitalisation accrus;
- Apparition précoce des symptômes;
- Une évolution de la psychose plus impitoyable et des épisodes plus graves;
- Taux accrus d'échec thérapeutique et de non-observance;
- Probabilité accrue de trouble comorbide de l'humeur et du comportement;
- Risque accru de suicide;
- Prévalence accrue de troubles comorbides de l'usage d'une substance.



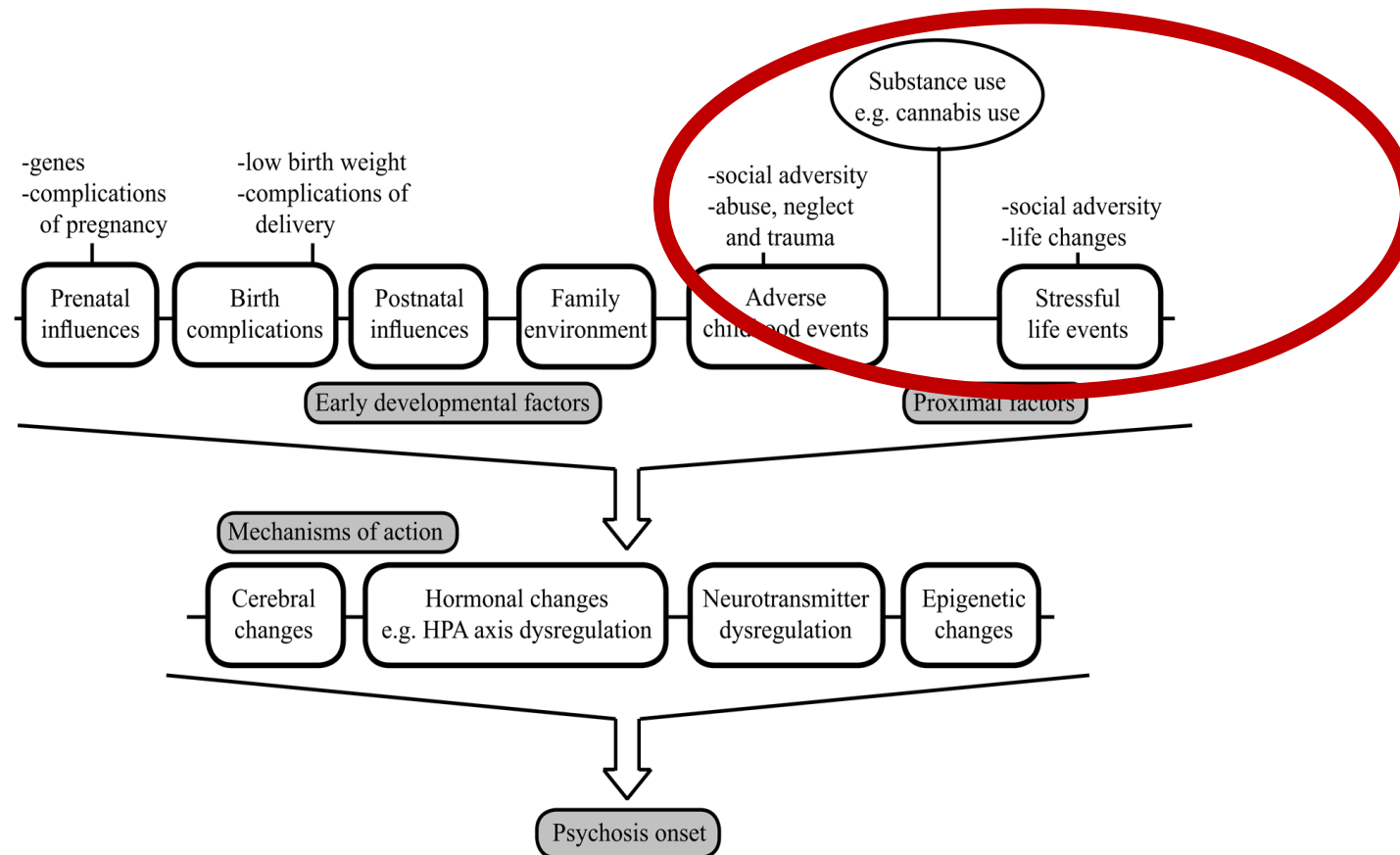
# Relier le traumatisme à la psychose

## Associations avec la symptomatologie

- Abus sexuels pendant l'enfance associés avec des symptômes positifs plus graves;
- Abus émotionnel pendant l'enfance associé aux hallucinations et aux idées délirantes de lecture des pensées;
- Grandir en institution associé à l'idéation paranoïde;
- Des événements de la vie impliquant des pertes associés aux idées de grandeur;
- Évènements de la vie impliquant un danger ou potentiellement mortels associés aux idées dépressives;
- Expériences traumatiques :
  - Portent les individus à avoir une conception erronée d'eux-mêmes;
  - Construisent une vision du monde fondée sur la peur;
  - Cela mène aux soupçons, aux pensées intrusives, à la dissociation et à la paranoïa comme stratégies d'adaptation.



# Un modèle de facteurs de risque pour la psychose



# Mécanismes sous-jacents : Axe HPS, neurodéveloppement et épigénétique

- Une exposition précoce aux stressseurs atténue la réponse du cortisol, menant à une mauvaise gestion du stress plus tard dans la vie;
- Des modifications dans l'axe peuvent être associées plus directement à la psychose, avec un niveau de base plus élevé du cortisol sérique, laissant ainsi moins d'espace pour une réponse à un événement stressant;
- Il semble y avoir un renouvellement métabolique accru du cortisol et une réponse émoussée au cortisol;
- Des circuits émotionnels « normaux » se développent en contexte de soutien d'adultes en position d'autorité, et sans un tel soutien, ces circuits se développent plus rapidement et deviennent plus stables menant à un mauvais fonctionnement émotionnel à long terme;
- Volumes hypophysaires accrus chez les individus ayant connu un PEP, faisant partie du groupe à risque ultra élevé (UHR) et les membres de la famille. Volumes réduits de l'hippocampe chez les individus atteints de TSPT et de psychose;
- Les modèles animaliers suggèrent une transcription génique perturbée par le biais de modifications épigénétiques du promoteur du gène du récepteur glucocorticoïde menant à un système perturbé de rétroaction négative lors d'un événement stressant ultérieur. On doit noter que ces modifications peuvent être héréditaires;
- Chez les humains, des niveaux accrus d'expression périphérique de FKBP5 ont été observés;
- FKBP5 est directement impliqué dans l'activité modulée de l'axe HPS et semble être relié au TSPT et à la psychose;
- Les porteurs de BDNF Val66Met ont des symptômes psychotiques positifs augmentés lorsqu'ils sont exposés à un traumatisme pendant l'enfance.



# Le premier épisode comme un évènement traumatique

- La psychose implique souvent des perceptions graves de menaces (p. ex. paranoïa, délires de contrôle) et est souvent accompagnée par des émotions négatives comme la colère, la peur et la détresse, et peut ainsi constituer un évènement traumatique;
- L'exclusion sociale et la stigmatisation peuvent également être vécues comme un traumatisme;
- Une hospitalisation involontaire et l'expérience de traitements coercitifs, incluant les forces de l'ordre, l'isolement, les contentions et le traitement possiblement forcé;
- L'expérience institutionnelle d'être sur une unité de soins psychiatriques aigus et les interactions avec les autres patients peuvent jouer un rôle;
- Les symptômes après la phase aigüe incluent revivre l'évènement (souvenirs), l'évitement des stimuli reliés, l'hyperexcitation et peuvent inclure des symptômes fréquemment associés comme les idées suicidaires, la perte, le sentiment d'être coincé, l'humiliation, la défaite, le désespoir et l'anxiété;
- Une méta-analyse de 2017 a rapporté que 42 % des personnes ayant vécu un PEP ont manifesté des symptômes du TSPT cliniquement pertinents jusqu'à 2,5 ans après le premier épisode. 30 % des individus ont reçu un plein diagnostic de TSPT dans les 2 ans suivant leur premier épisode, et dans une sous-analyse, les auteurs ont trouvé des taux accrus chez les individus atteints de psychose affective et chez ceux admis sur les unités restrictives.

# Traits et troubles de personnalité

# Troubles de la personnalité comorbides

- Les taux de comorbidité varient de 17 % à 85 % selon les données démographiques de l'étude comme l'endroit et la taille de l'échantillon;
  - Dans deux études sur la population ayant vécu un PEP, des taux de 8,6 % (chez un échantillon de patients hospitalisés) et de 9,5 % (chez un échantillon dans la communauté) ont été rapportés;
  - Le diagnostic de trouble comorbide le plus fréquent était le « trouble de personnalité limite » ou la « personnalité émotionnellement instable » à 53 % et 75 % respectivement, de la population étudiée;
  - ~ 3:1 ratio F:H.



# Personnalité et psychose

- Mauvais pronostic avec un risque de réhospitalisation aussi élevé que 73 % dans la première année;
- 38 % des individus avec un diagnostic de trouble de la personnalité prémorbide ont commis des tentatives de suicide et/ou de blessures autoinfligées;
- Suite au congé d'un programme d'intervention précoce pour la psychose, il y a un risque de rechute chez les individus ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité avec un RC = 2,96.





# Personnalité et psychose

- Les traits de personnalité sociopathique et schizoïde ont été associés à une mauvaise introspection et un manque de variation du degré d'introspection sur une période de 6 mois;
- Les traits schizotypiques semblent être associés à une faible observance au traitement;
- Les traits schizoïdes étaient associés à des symptômes négatifs de psychose;
- Les traits sociopathiques et passifs-dépendants étaient associés à une hostilité et à une méfiance accrues;
- Les traits obsessionnels semblent être associés à des caractéristiques maniaques et grandioses de la psychose.



# Personnalité limite et psychose

- Ajoute de la complexité au processus diagnostique et à la prise en charge
  - Peut se présenter avec des hallucinations plus graves, mais pas considéré comme faisant partie d'un trouble psychotique primaire et retarder le diagnostic;
  - Prévalence accrue de l'usage comorbide d'une substance;
  - Soutien social plus faible et difficultés relationnelles accrues;
  - Plus susceptible de vivre une dépression et de s'automutiler tout au long du suivi;
  - Aura souvent un parcours « plus long » avant de s'engager dans un programme d'intervention précoce;
  - Connaîtra souvent des délais pour accéder aux antipsychotiques comme traitement de première intention (ce qui serait contradictoire à la plupart des lignes directrices d'IPP).



**Prise en charge**

# Psychothérapie

- Lorsque stable, l'approche EMDR (*Eye Movement Desensitization & Reprocessing*) a été rapportée comme étant une intervention sécuritaire;
  - Certains protocoles ont été adaptés pour éviter une exposition directe au traumatisme relié aux stimuli, mais des données montrent que les protocoles non modifiés peuvent également être sécuritaires;
  - Les bienfaits incluent l'amélioration des symptômes de TSPT, des hallucinations auditives et visuelles, des délires, de l'anxiété et de la dépression. Dans une étude, l'idéation paranoïde et le sentiment de désespoir n'ont pas semblé s'améliorer;
- Une TCCp modifiée appelée TCC tenant compte des traumatismes intègre la TCCp, la TCC axée sur le traumatisme, la thérapie par exposition prolongée et la thérapie du processus cognitif pour cheminer à travers des expériences psychotiques traumatisantes en se concentrant sur la détresse vécue plutôt que la validité de l'expérience.



# Psychothérapie

- La régulation émotionnelle et la thérapie comportementale dialectique demeurent les traitements de choix pour le trouble de personnalité limite comorbide;
- Les thérapies orientées sur l'introspection peuvent être plus exigeantes selon la sévérité de la présentation psychotique primaire;
- L'alliance thérapeutique demeure une partie intégrante de toute approche psychothérapeutique;
  - Une étude rapportant les perspectives de patients à la première personne a souligné que les participants étaient souvent réticents à relater des souvenirs traumatisants, et être en contrôle sur la façon dont ces souvenirs sont partagés et prendre le temps de bâtir une relation thérapeutique contribuent à être prêt à le faire.



# Pharmacothérapie

- Les antidépresseurs jouent un rôle dans le contrôle des symptômes liés à l'humeur et à l'anxiété des troubles TSPT et de la personnalité;
  - Les antidépresseurs ont été associés à la neurogénèse dans l'hippocampe;
- Les antipsychotiques et les stabilisateurs de l'humeur ont montré qu'ils jouent un rôle dans la prise en charge du trouble de personnalité limite en ciblant les symptômes d'instabilité affective, d'impulsivité et de distorsions cognitivoperceptuelles;
  - Les antipsychotiques demeurent le traitement fondamental pour la prise en charge de la psychose et ses bienfaits se chevauchent alors ici;
  - Le valproate de sodium a montré un certain potentiel à renverser les modifications épigénétiques en inhibant l'histone désacétylase (qui peut avoir un impact sur l'expression génétique);
- L'utilisation de benzodiazépines est déconseillée, car elles peuvent empirer les symptômes du TSPT.





Consortium canadien  
**d'intervention précoce  
pour la psychose**

## **À venir : Plénière (après la pause)**

**Pour participer à la prochaine présentation, veuillez cliquer sur le lien « Présentation plénière » sous le lecteur vidéo.**

# Références

1. B Folk J, Tully LM, Blacker DM, et al. Uncharted Waters: Treating Trauma Symptoms in the Context of Early Psychosis. *J Clin Med*. 2019;8(9). doi:10.3390/jcm8091456
2. Ban KY, Osborn DPJ, Hameed Y, et al. Personality disorder in an Early Intervention Psychosis cohort: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia (SEPEA) study. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234047. doi:10.1371/journal.pone.0234047
3. Burke T, Thompson A, Mifsud N, et al. Proportion and characteristics of young people in a first-episode psychosis clinic who first attended an at-risk mental state service or other specialist youth mental health service. *Schizophr Res*. 2022;241:94-101. doi:10.1016/j.schres.2021.12.035
4. Campos MS, Garcia-Jalon E, Gilleen JK, David AS, Peralta VMD, Cuesta MJ. Premorbid personality and insight in first-episode psychosis. *Schizophr Bull*. 2011;37(1):52-60. doi:10.1093/schbul/sbq119
5. Cragin CA, Straus MB, Blacker D, Tully LM, Niendam TA. Early Psychosis and Trauma-Related Disorders: Clinical Practice Guidelines and Future Directions. *Front Psychiatry*. 2017;8:33. doi:10.3389/fpsyt.2017.00033
6. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2002;58(2-3):273-280. doi:10.1016/s0920-9964(01)00395-4
7. Cui Y, Piao Y, Kim SW, et al. Psychological factors intervening between childhood trauma and suicidality in first-episode psychosis. *Psychiatry Res*. 2020;293:113465. doi:10.1016/j.psychres.2020.113465
8. Cullen AE, Addington J, Bearden CE, et al. Stressor-Cortisol Concordance Among Individuals at Clinical High-Risk for Psychosis: Novel Findings from the NAPLS Cohort. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;115:104649. doi:10.1016/j.psyneuen.2020.104649
9. DeTore NR, Gottlieb JD, Mueser KT. Prevalence and correlates of PTSD in first episode psychosis: Findings from the RAISE-ETP study. *Psychol Serv*. 2021;18(2):147-153. doi:10.1037/ser0000380
10. Dunkley JE, Bates GW, Findlay BM. Understanding the trauma of first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2015;9(3):211-220. doi:10.1111/eip.12103
11. Francey SM, Jovev M, Phassouliotis C, Cotton SM, Chanen AM. Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis? *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(6):1166-1172. doi:10.1111/eip.12435
12. Gairns S, Alvarez-Jimenez M, Hulbert C, McGorry P, Bendall S. Perceptions of clinicians treating young people with first-episode psychosis for post-traumatic stress disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2015;9(1):12-20. doi:10.1111/eip.12065





# Références

13. Gleeson JFM, Chanen A, Cotton SM, Pearce T, Newman B, McCutcheon L. Treating co-occurring first-episode psychosis and borderline personality: a pilot randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(1):21-29. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00306.x
14. Haahr UH, Larsen TK, Simonsen E, et al. Relation between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and close interpersonal trauma in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(3):316-323. doi:10.1111/eip.12315
15. Inyang B, Gondal FJ, Abah GA, et al. The Role of Childhood Trauma in Psychosis and Schizophrenia: A Systematic Review. *Cureus*. 2022;14(1):e21466. doi:10.7759/cureus.21466
16. Murphy F, Nasa A, Cullinane D, et al. Childhood Trauma, the HPA Axis and Psychiatric Illnesses: A Targeted Literature Synthesis. *Front Psychiatry*. 2022;13:748372. doi:10.3389/fpsyt.2022.748372
17. Mueser KT, Rosenberg SD. Treating the trauma of first episode psychosis: A PTSD perspective. *J Ment Health*. 2003;12(2):103-108. doi:10.1080/096382300210000583371
18. Misiak B, Karpiński P, Szmida E, et al. Adverse Childhood Experiences and Methylation of the FKBP5 Gene in Patients with Psychotic Disorders. *J Clin Med*. 2020;9(12). doi:10.3390/jcm9123792
19. Mayo D, Corey S, Kelly LH, et al. The Role of Trauma and Stressful Life Events among Individuals at Clinical High Risk for Psychosis: A Review. *Front Psychiatry*. 2017;8:55. doi:10.3389/fpsyt.2017.00055
20. Lockwood L, Miller B, Youssef NA. Epigenetics and first-episode psychosis: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2022;307:114325. doi:10.1016/j.psychres.2021.114325
21. Lecomte T, Gumley AI, Lysaker PH. Introduction to Special Issue on Psychosis and Personality Disorder. *Psychosis*. 2012;4(1):1-5. doi:10.1080/17522439.2012.653544
22. Kraan T, Velthorst E, Smit F, de Haan L, van der Gaag M. Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2015;161(2-3):143-149. doi:10.1016/j.schres.2014.11.026
23. Jansen JE, Pedersen MB, Trauelsen AM, Nielsen HGL, Haahr UH, Simonsen E. The Experience of Childhood Trauma and Its Influence on the Course of Illness in First-Episode Psychosis: A Qualitative Study. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(3):210-216. doi:10.1097/NMD.0000000000000449



# Références

24. Peach N, Alvarez-Jimenez M, Cropper SJ, et al. Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-episode psychosis. *Psychol Psychother*. 2021;94 Suppl 2:223-241. doi:10.1111/papt.12273
25. Pos K, Boyette LL, Meijer CJ, et al. The effect of childhood trauma and Five-Factor Model personality traits on exposure to adult life events in patients with psychotic disorders. *Cogn Neuropsychiatry*. 2016;21(6):462-474. doi:10.1080/13546805.2016.1236014
26. Puntis S, Oke J, Lennox B. Discharge pathways and relapse following treatment from early intervention in psychosis services. *BJPsych Open*. 2018;4(5):368-374. doi:10.1192/bjo.2018.50
27. Roper LJ, Purdon SE, Aitchison KJ. Childhood and later life stressors and psychosis. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2015;12:148-156.
28. Rodrigues R, Anderson KK. The traumatic experience of first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2017;189:27-36. doi:10.1016/j.schres.2017.01.045
29. Strålin P, Hetta J. First episode psychosis: register-based study of comorbid psychiatric disorders and medications before and after. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021;271(2):303-313. doi:10.1007/s00406-020-01139-6
30. Tomassi S, Tosato S. Epigenetics and gene expression profile in first-episode psychosis: The role of childhood trauma. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;83:226-237. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.10.018
31. Tong J, Simpson K, Alvarez-Jimenez M, Bendall S. Talking about trauma in therapy: Perspectives from young people with post-traumatic stress symptoms and first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(5):1236-1244. doi:10.1111/eip.12761
32. van den Berg DPG, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(1):664-671. doi:10.1016/j.jbtep.2011.09.011
33. van Nierop M, Lecei A, Myin-Germeys I, et al. Stress reactivity links childhood trauma exposure to an admixture of depressive, anxiety, and psychosis symptoms. *Psychiatry Res*. 2018;260:451-457. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.012
34. Varese F, Sellwood W, Aseem S, et al. Eye movement desensitization and reprocessing therapy for psychosis (EMDRp): Protocol of a feasibility randomized controlled trial with early intervention service users. *Early Interv Psychiatry*. 2021;15(5):1224-1233. doi:10.1111/eip.13071

