

Echelle d'évaluation de l'avancement de la psychothérapie – EEAP - pour les personnes souffrant de trouble dissociatif complexe ou de trauma complexe

DTMI, Richard Kluff, 1994 ; TES, Hofmann, Gast, Matthess, Huber, 2003.

Traduction et adaptation : Piedfort, Wisler, Spagnoli, & Piot ; 2016.

Consignes :

L'EEAP (DTMI : Dimension of Therapeutic Movement Instrument) permet d'évaluer l'avancée de la thérapie, pas tant au niveau de l'évolution de l'état de santé de la patiente, mais plus au niveau du développement des processus en œuvre dans la thérapie des patients souffrant d'un trouble dissociatif complexe.

L'échelle de Lickert de 0 à 5 a été modifiée pour une échelle de 0 à 10. Cela permet une plus grande variabilité et cela laisse l'évaluateur plus à l'aise dans la cotation. Nous avons fait l'expérience que l'utilisation des demi-points s'avérait fréquente avec une échelle de 0 à 5. L'échelle de 0 à 10 est plus pratique.

Nous recommandons de commencer à partir de la côte du mois précédant et d'évaluer s'il y a eu amélioration ou péjoration sur le domaine donné. Néanmoins il est utile de garder en tête l'ensemble du domaine.

Kluff recommande de ne pas partager cette évaluation avec les patients.

1. Alliance thérapeutique

10. Le patient admet de manière consistante la réalité de sa vie intérieure et extérieure. Il autorise l'accès à toutes ses parties ou états du moi et travaille sur tous les thèmes nécessaires, même lorsque c'est douloureux, au moins dans 80% des séances. Le patient suit les objectifs du contrat thérapeutique.

8. Le patient admet en général la réalité de sa vie intérieure et extérieure. Il autorise l'accès à la plupart de ses parties ou états du moi, ou à toutes avec résistance, et travaille sur la plupart des thèmes nécessaires, même lorsque c'est douloureux, au moins dans 60% des séances. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont rares et mineurs.

6. Le patient nie la réalité de sa vie intérieure et extérieure dans plus de 25% des séances. Il travaille sur certains thèmes mais évite certains thèmes nécessaires, et il évite le travail thérapeutique dans de nombreuses séances. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont soit fréquents soit occasionnellement modéré à sévère.

4. Le patient nie fréquemment la réalité de sa vie extérieure et intérieure. Il refuse l'accès à de nombreuses parties et évite d'aborder des thématiques cruciales. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont significatifs et/ou assez fréquents.

2. Le déni du patient est fréquent et intense. L'accès aux parties se fait de manière intermittente et imprévisible. Le patient refuse fréquemment de faire face à d'importantes thématiques pour des périodes importantes. Les non-respects des objectifs du contrat thérapeutique sont sévères et continus.

0. Statut quo thérapeutique général dû aux manifestations importantes des problèmes énumérés ci-dessus.

2. Intégration

10. Le patient atteint l'intégration finale ou y travaille. Il est en train d'intégrer plus de 25% des parties restantes connues, ou 2 parties ou plus ayant un rôle important dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties.

8. Le patient est en train d'intégrer plus de 10% mais moins de 25% des parties restantes connues, ou il est en train d'intégrer une partie qui joue un rôle majeur dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties.

6. Le patient est en train d'intégrer plus qu'une mais moins de 10% des parties restantes connues, ou une partie qui joue un rôle majeur dans la vie quotidienne. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 8, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.

4. Le patient est en train d'intégrer une partie. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 6, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.
2. Le patient n'intègre aucune partie. Les parties nouvellement trouvées sont en lien avec des structures connues et ne participent pas à la formation de nouvelles parties. Ou bien : les critères sont atteints pour la cote 4, mais au moins une nouvelle partie s'est formée.
0. Le patient n'intègre aucune partie et forme de nouvelles parties et /ou réactive des parties précédemment intégrées.

3. Capacité pour un changement adaptatif

10. Le patient est capable d'apprendre de nouvelles stratégies adaptatives et les met en pratique avec facilité.
8. Le patient est capable d'apprendre de nouvelles stratégies adaptatives et les met en pratique mais avec difficulté et au prix d'un effort considérable.
6. Le patient peut apprendre un petit nombre de stratégies adaptatives et peut atteindre progressivement un certain degré de succès en les mettant en pratique.
4. Le patient peut faire un usage minime de la plupart des stratégies adaptatives nouvelles qu'on lui aura proposées, mais occasionnellement il peut employer l'une ou l'autre stratégie avec un succès modéré.
2. Le patient n'est pas capable d'utiliser de nouvelles stratégies adaptatives.
0. Le patient s'oppose activement et avec succès aux efforts entrepris pour lui transmettre de nouvelles stratégies adaptatives.

4. Gestion des situations perturbantes de la vie

10. Le patient fait face à des situations perturbantes sans régression, rechute, switch (changement d'une partie à une autre) dysfonctionnel, activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ni symptômes post-traumatiques intrusifs.
8. Le patient gère bien les situations perturbantes en général, mais a des épisodes occasionnels de régression passagère, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.
6. Le patient gère les situations perturbantes avec un niveau modéré de succès, mais a fait l'expérience de plusieurs épisodes ou d'épisodes sévères de régression, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.
4. Le patient gère les situations perturbantes avec un niveau de succès inconsistant et souvent problématique, et a eu des épisodes nombreux ou sévères de régression, de rechute, de switch dysfonctionnel, d'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou de symptômes post-traumatiques intrusifs.
2. Le patient a un succès minime dans la gestion des situations perturbantes, et répond habituellement par une régression, une rechute, un ou des switches dysfonctionnels, l'activation de perceptions du passé confondues avec le présent, ou des symptômes post-traumatiques intrusifs.
0. De manière prévisible, le patient fait face aux situations perturbantes par une régression, une rechute, un ou des switches dysfonctionnels, l'activation de perceptions du passé confondues avec le présent. Les symptômes post-traumatiques intrusifs prédominent.

5. Responsabilité des parties dissociatives pour l'auto-gestion

10. Les parties dissociatives coopèrent volontairement en ne s'engageant dans aucun comportement contre-productif. Elles peuvent donner leur accord pour cela.
8. Les parties coopèrent en ne s'engageant dans aucun comportement contre-productif, mais ce n'est pas fait librement et c'est dû en grande partie par l'insistance active du thérapeute pour arriver à un tel contrôle et une telle limitation. Elles peuvent arriver à donner leur accord à cela mais certaines parties expriment leur réticence.
6. La plupart des parties sont coopérantes mais une ou plus refuse(nt) occasionnellement de donner son/leur accord ou est/sont déterminée(s) à agir de manière irresponsable.
4. Plusieurs parties refusent de donner leur accord ou sont déterminées à agir de manière irresponsable ; ou bien une partie a des comportements perturbateurs majeurs.
2. Les parties refusent de donner leur accord ou sont déterminées à agir de manière irresponsable ; ou bien plusieurs parties ont des comportements perturbateurs majeurs.
0. Beaucoup de parties agissent de manière impulsive sans considération de la personne entière. La conclusion d'un accord est refusée ou niée.

6. Contrôle de la mise en danger de soi (y compris abus de médicaments et de substances)

10. Aucun incident ou pulsion de se faire du mal.
8. Aucun comportement auto-agressif, mais le patient sent parfois une pression de se faire du mal.
6. Un épisode d'auto-agression d'intensité moyenne ou pulsions récurrentes sévères de se faire du mal.
4. Deux incidents d'auto-agression, une tentative de suicide, ou une hospitalisation afin d'éviter de tels épisodes.
2. Trois incidents ou plus d'automutilation, deux ou plus tentatives de suicide, ou deux ou plus hospitalisations pour prévenir de tels épisodes
0. Comportements auto-agressifs chroniques récurrents, et sévères, ou des hospitalisations pour les prévenir.

7. Qualité des relations interpersonnelles

10. Le patient maintient et/ou développe des relations saines et évite des relations qui portent atteinte à la thérapie.
8. Le patient a quelques succès en tentant de maintenir ou de développer des relations saines, et d'éviter les relations qui portent atteinte à la thérapie. Cependant il a des difficultés dans la sélection de compagnes et/ou il a des difficultés de se couper d'anciennes relations problématiques.
6. Le patient fait des efforts pour changer et commence à développer des relations nouvelles et positives, mais principalement il conserve des relations pathologiques. Ou vice-versa. Il peut y avoir quelques problèmes dans l'évaluation de nouvelles relations. Il peut y avoir de l'évitement et/ou un retrait.
4. Le patient est incapable de changer ses schémas relationnels de manière positive, mais se développe dans le sens d'un desserrement de liens dysfonctionnels, ou vice-versa.
2. Le patient est résistant, non intéressé à changer, ou est terrifié par la perspective de changer ses relations.
0. Le patient est oppositionnel, en retrait massif, et/ou conserve et développe seulement des relations pathologiques.

8. Besoin de médicaments

10. En règle générale le patient n'a besoin d'aucune médication ayant une action de fond (comme des antidépresseurs), mais peut avoir besoin d'une médication spécifique pour atténuer certains symptômes passagers, comme p.ex. des problèmes de sommeil ou une anxiété légère.

8. En règle générale le patient pourrait peut-être se passer d'une médication ayant une action de fond (comme des antidépresseurs), mais patient et médecin conviennent de limiter les risques en maintenant cette médication. Par ailleurs le patient peut nécessiter une médication spécifique pour atténuer certains symptômes passagers.

6. Le patient a besoin d'une médication ayant une action de fond pour des symptômes cibles associés à son trouble dissociatif ou trauma complexe. Le patient peut également nécessiter une médication spécifique pour atténuer certains symptômes récurrents passagers comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil. Ou bien, le patient a cessé de lui-même et sans avis médical sa médication de fond (comme des antidépresseurs), sans que l'on remarque une péjoration générale, et n'accepte qu'une médication ciblant certains symptômes (comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil).

4. Le patient a besoin d'une médication régulière mais d'intensité moindre qu'à la cote 2. Le patient n'a besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière que pour gérer une aggravation passagère (au maximum 1 semaine) ou occasionnelle, et il se réfère toujours aux conseils de son médecin pour l'ajustement de la médication. Ou bien : le patient a cessé ou refuse une médication de fond (comme des antidépresseurs) et on remarque une légère péjoration générale, et il n'accepte qu'une médication ciblant certains symptômes (comme de l'anxiété ou des troubles du sommeil).

2. Le patient a besoin d'une médication régulière et conséquente pour gérer de nombreux et divers symptômes associés au trauma complexe ou au trouble dissociatif. Le patient n'a besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière que pour gérer une aggravation passagère (au maximum 1 mois). Ou bien : le patient a régulièrement besoin de médication supplémentaire à la médication régulière, pour gérer des symptômes devenus hors contrôle. Le patient prend contact avec son médecin traitant pour ajuster le dosage et/ou la médication, ou se réfère aux conseils de son médecin pour la médication en réserve.

0. Le patient a besoin d'une médication régulière et conséquente pour gérer de nombreux et divers symptômes associés au trauma complexe ou au trouble dissociatif, comme des antidépresseurs, des neuroleptiques, des anxiolytiques et des somnifères. Par ailleurs le patient a régulièrement besoin d'une médication supplémentaire à sa médication régulière, pour gérer des symptômes devenus hors contrôle. Le patient décide lui-même de cette médication supplémentaire sans en référer à son médecin traitant, ce qui engendre ou pourrait engendrer un surdosage ou d'autres problèmes.

9. Besoin de soins hospitaliers

10. La question d'hospitaliser le patient n'apparaît pas.

8. Le patient n'a pas besoin d'être hospitalisé, mais la question doit être prise en considération au moins une fois.

6. Le patient doit être hospitalisé au moins une fois, et est coopératif à cet égard.

4. Le patient, soit doit être hospitalisé plus d'une fois, soit doit être hospitalisé contre sa volonté.

2. Hospitalisation de plus d'un mois.

0. Le patient épuise ses ressources et/ou doit être transféré dans une institution de traitement à long terme.

10. Résolution des phénomènes transférentiels (tenir compte du transfert multiple)

10. Le patient écoute et travaille avec le matériel transférentiel de manière productive, et il initie l'exploration du transfert. (Exemple: une patiente dit tranquillement au thérapeute que lors de la dernière séance elle a ressenti une colère intérieure contre lui suite à son intervention sur les excès de médicaments, intervention que la patiente a trouvée injuste ; la patiente dit qu'elle a compris que la remarque du thérapeute était justifiée mais que cela a activé une partie dissociative qui a de la colère contre son père qui était régulièrement injuste avec elle).

8. Le patient écoute et travaille avec le matériel transférentiel de manière productive, mais n'initie pas l'exploration du transfert.

6. Le patient est réticent à explorer les nombreux phénomènes transférentiels et peut contester des interprétations allant dans ce sens.

4. Le patient peut explorer quelques thématiques transférentielles avec réticence, mais insiste que d'autres éléments transférentiels représentent de vraies perceptions. Il/elle peut agir sur la base de ses thématiques transférentielles de manière modérée. Cependant il/elle ne prend pas de décision ou n'exerce pas d'action majeure sur la base de ses thématiques transférentielle.

2. Le patient discute quelque peu le transfert, mais habituellement il ne semble pas voir sa qualité « comme si ». Il peut agir de nombreuses manières sur la base de perceptions transférentielles erronées dont certaines sont sévères.

0. Le patient confond régulièrement le transfert avec la réalité actuelle et agit sur la base de telles perceptions erronées. (Exemple en opposition avec l'exemple de la cote 10 : alors que le thérapeute fait calmement remarquer à une patiente que ses excès de médicaments sont un problème central sur lequel il faut réfléchir en vue d'une solution, celle-ci l'agresse verbalement en lui reprochant d'être injuste avec elle et de ne rien comprendre à ses problèmes.)

11. Contacts entre les séances

10. Le patient n'a pas eu de contact entre les séances.

8. De l'avis du thérapeute, le patient n'a pas eu de contact inapproprié entre les séances.

6. Le patient a eu un contact inapproprié entre les séances

4. Le patient a eu plusieurs contacts inappropriés entre les séances. Un rappel des consignes a été nécessaire

2. Le patient a été extrêmement intrusif par ses contacts inappropriés entre les séances. Cela a rendu nécessaire un rappel des consignes et une mise en place modérée de limites.

0. Le comportement du patient entre les séances a nécessité des interventions très affirmées et/ou répétitives et des rappels de consignes de la part du thérapeute.

12. Bien-être subjectif

On demande au patient d'évaluer son sentiment subjectif de bien-être pour toutes les parties dissociatives pour le mois écoulé, et de décrire ce que représentent pour lui les états de bien-être, bon, mauvais et intermédiaire, se référant aux propositions suivantes. On ne propose pas au patient ces phrases afin qu'il choisisse parmi elles.

10. Habituellement je me sens bien la plupart des jours, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.

8. La plupart de mes journées sont plus bonnes ou neutres que mauvaises, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.

6. A peu près la moitié de mes journées sont bonnes ou neutres, sauf juste avant, pendant et après les séances de thérapie.

4. Certaines de mes journées sont bonnes ou neutres.

2. J'ai rarement une journée bonne ou neutre.

0. Je n'ai aucune journée bonne ou neutre dans le mois écoulé.

13. Fonction

10. Le patient fonctionne de manière compétente dans tous les domaines importants de la vie sans efforts exagérés ni perturbations.
8. Le patient fonctionne de manière compétente dans tous les domaines importants de la vie, néanmoins au prix d'un gros effort et/ou de perturbations significatives.
6. Le patient fonctionne de manière compétente dans la plupart des domaines importants de la vie, néanmoins au prix d'efforts et de perturbations significatifs.
4. Le patient fonctionne de manière compétente dans quelques domaines importants de la vie, mais a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans de nombreux domaines importants de la vie.
2. Le patient fonctionne de manière compétente dans peu de domaines importants de la vie, mais a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans la plupart des domaines importants de la vie.
0. Le patient a renoncé et/ou s'est montré incapable de fonctionner de manière compétente dans presque tous les domaines importants de la vie.

14. Réalisation

10. Réalisation pleine (présentification et personnification) de traumatismes connus et de la souffrance associée.
8. Personnification sans présentification de plusieurs traumatismes (personnification par la partie adulte de la souffrance, sans réalisation totale que cela appartient au passé). Et/ou : Réalisation pleine dans le mois écoulé de 1 à 2 traumatismes.
6. Contact régulier avec les émotions principales associées à plusieurs traumatismes.
4. Reconnaissance d'être victime principalement à un niveau cognitif et avec un contact minime avec les émotions associées à un ou plusieurs traumatismes connus.
2. Connaissance de traumatismes mais non reconnaissance d'être victime.
0. Aucune réalisation. Amnésie supposée ou prouvée de traumatismes.

15. Utilisation de techniques spécifiques par le patient en dehors des séances

10. Le patient utilise quotidiennement des techniques favorisant l'intégration. Il utilise aussi ces techniques lors de symptômes aigus.
8. Le patient utilise quotidiennement des techniques favorisant l'intégration. Il ne peut par contre pas les utiliser lors de symptômes aigus.
6. Le patient utilise plusieurs fois par semaine des techniques pour gérer ses symptômes. Les techniques intégratives prédominent sur les techniques non-intégratives.
4. Le patient utilise plusieurs fois par semaine des techniques pour gérer ses symptômes. Il privilégie néanmoins les techniques non-intégratives.
2. Le patient utilise parfois des techniques non-intégratives pour gérer certains symptômes.
0. Le patient n'utilise aucune technique spécifique en dehors des séances et ne cherche pas à gérer par lui-même ses symptômes dissociatifs.

16. Systèmes d'action

Noter par « 1 » et « 2 » les deux principaux systèmes d'action à l'œuvre pendant les séances de psychothérapie.

- | | | |
|---------------------|---------------|------------------------------------|
| - Evitement – Fuite | - Attachement | - Exploration |
| - Soumission | - Jeu | - Engagement social /collaboration |
| - Agression | | |