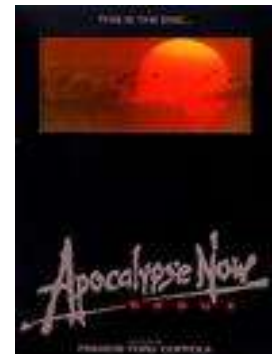


Etats de stress post-traumatiques



Pr Antoine PELISSOLO
Service de psychiatrie d'adultes
GH Pitié-Salpêtrière, UPMC

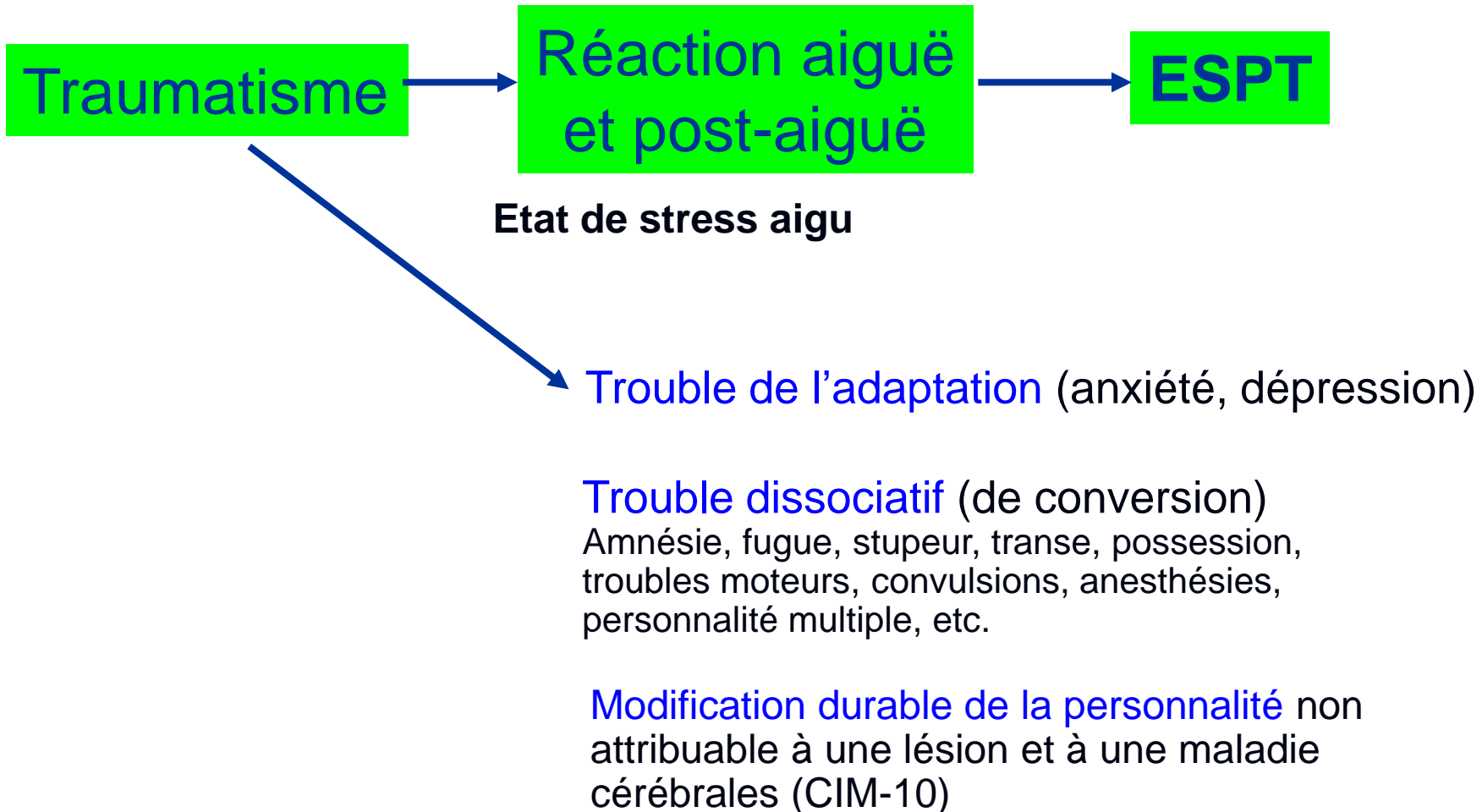


Psychotraumatisme au 20^{ème} siècle

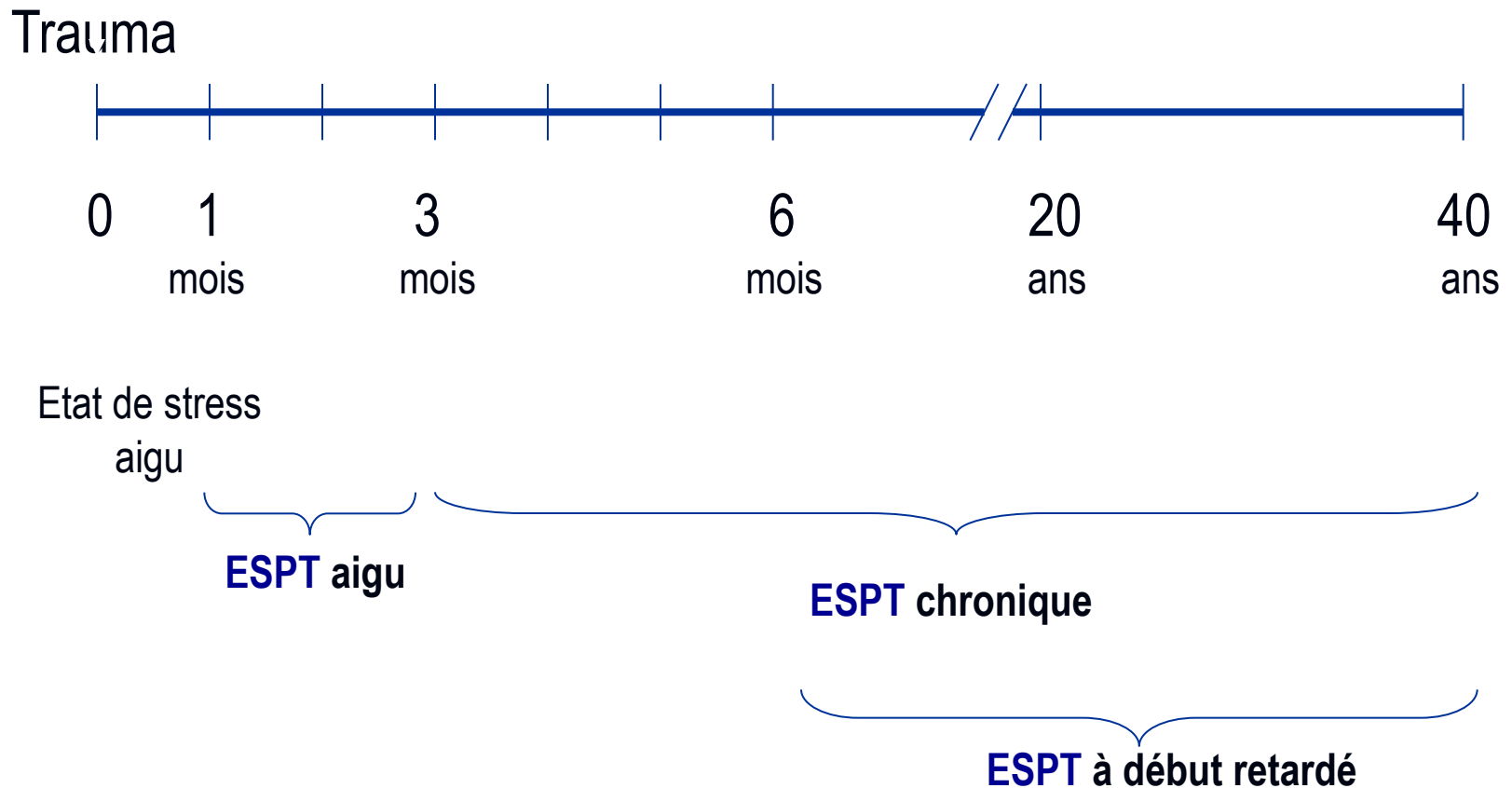
- Pierre JANET (dissociation)
- Sigmund FREUD (névrose traumatique)
- Guerre 14-18 (“shell shock”, psychiatrie de l’avant)
- Guerre 39-45
- Guerre Vietnam +++
- Trauma civils

⇒ **DMS-III (1980)**

Complications d'un psycho-traumatisme



Types évolutifs



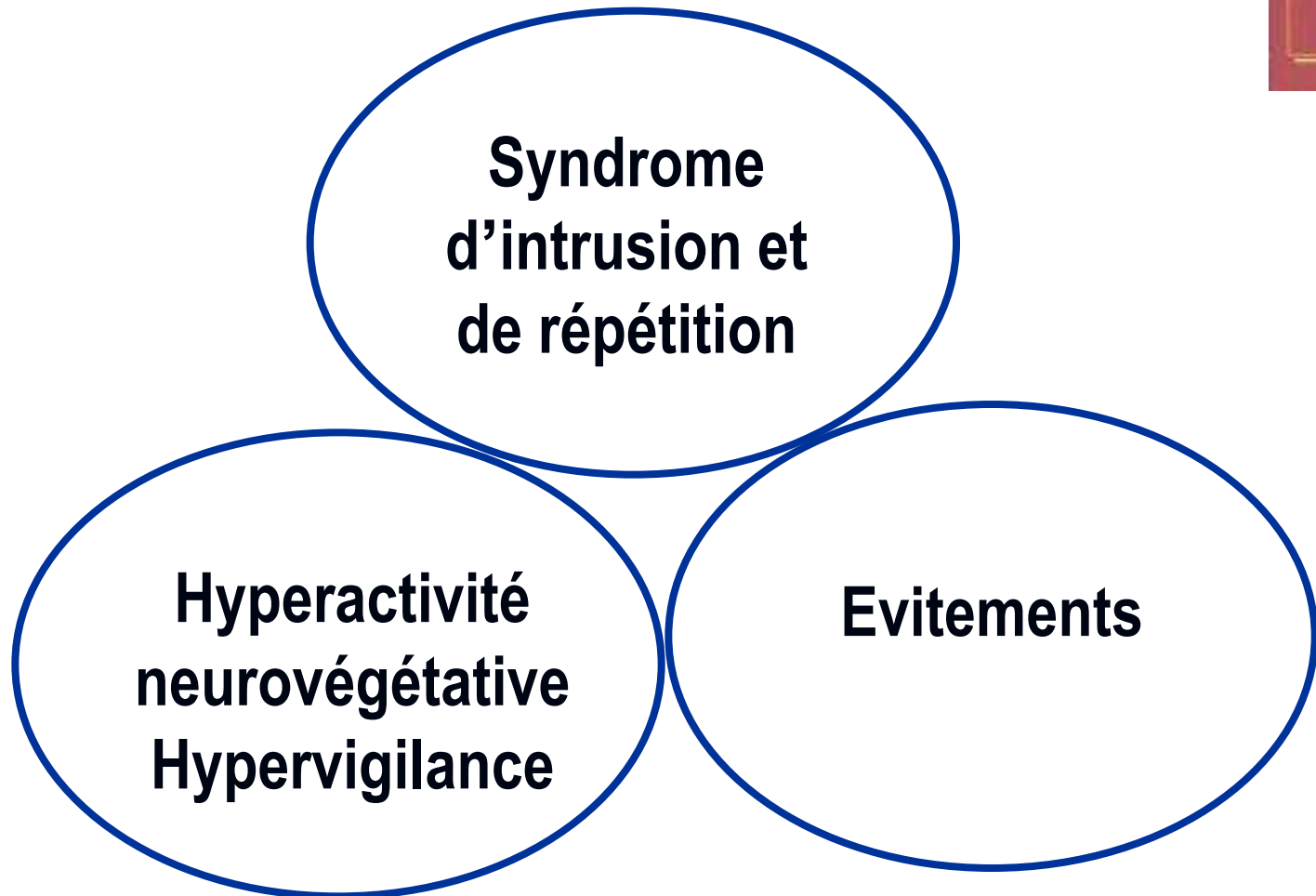
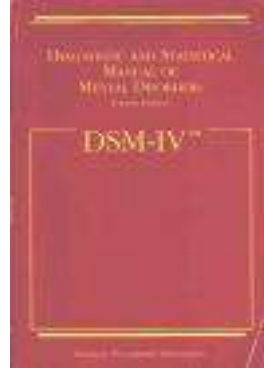
Le trauma

- Inattendu
- Violence hors du commun
- Menace la vie ou l'intégrité corporelle
- **Vécu immédiat**
 - peur intense, effroi, horreur
 - sentiment d'impuissance totale

Le vécu traumatique

- Effraction, rupture (\neq stress simple)
- « Confrontation inopinée avec le réel de la mort » (Briole et Lebigot, 2004)
 - « C'est fini, ça s'arrête là, il y a eu ça et rien ne peut plus advenir de nouveau »
 - Syndrome de Lazare (P. Clervoy)

Triade de l'ESPT



Au moins un mois, avec retentissement et/ou souffrance significatives

Syndrome de répétition

- Répétitions
 - Reviviscences
 - Le patient revit la scène dans sa réalité (flash-back)
 - Spontanées ou déclenchées (hyperréactivité)
 - Echappent au contrôle de la volonté
 - Cauchemars
- Angoisse
- Nécessaire et (presque) suffisant pour le diagnostic

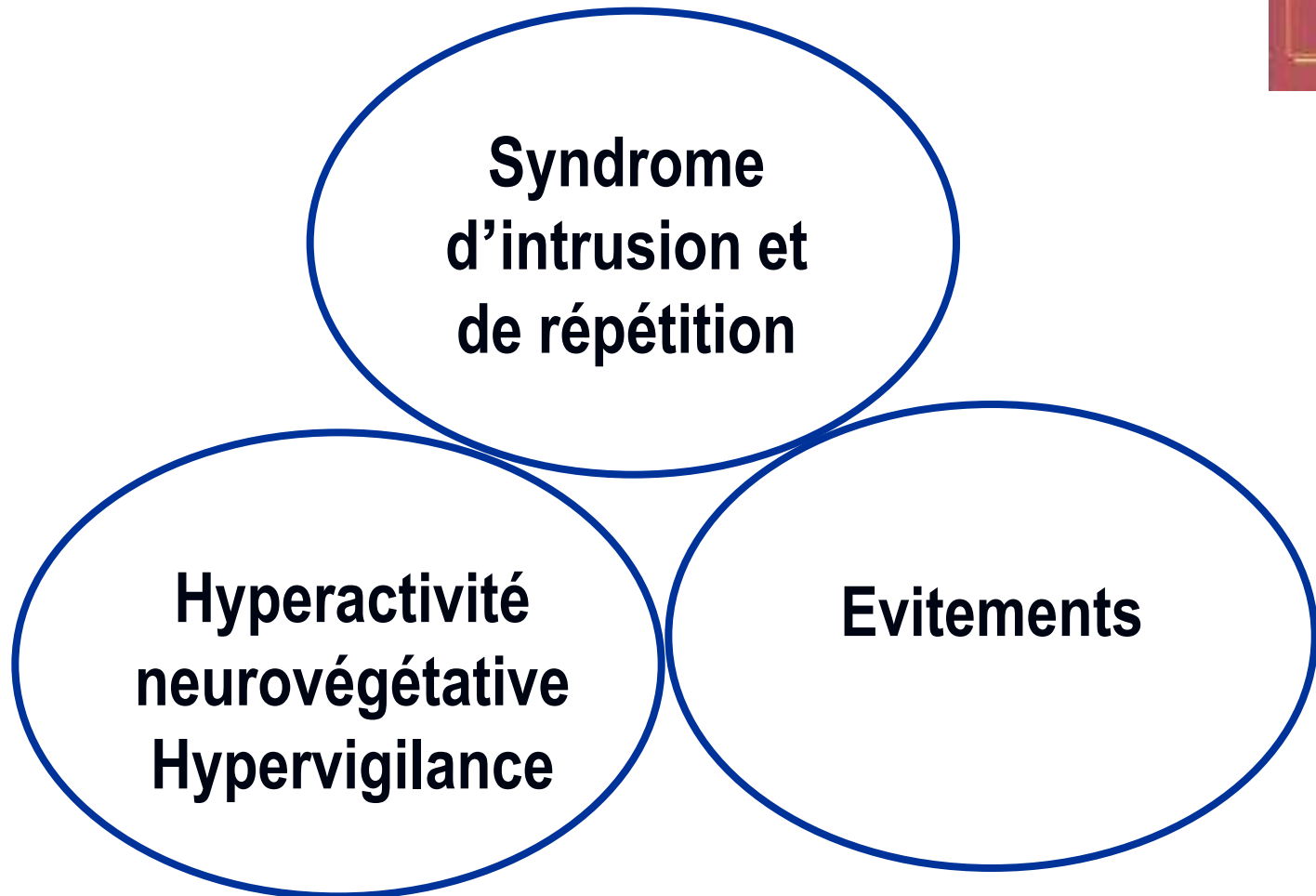
Hyper-réactivité

- Hyper-vigilance
- Réactions de sursaut exagérées
- Hyperactivité neurovégétative
- Irritabilité, colères
- Troubles attentionnels
- Troubles du sommeil
 - Insomnie d'endormissement
 - Peur des cauchemars
 - Réveils nocturnes

Evitements

- Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement général :
 - Efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations liées au traumatisme
 - Efforts pour éviter les activités, les lieux ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
 - Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
 - Réduction nette de l'intérêt pour les activités
 - Sentiment de détachement d'autrui
 - Restriction des affects
 - Sentiment d'avenir bouché

Triade de l'ESPT



+ symptômes associés

Symptômes associés

- **Anxiété**
 - Crises d'angoisse aiguës, réaction de sursaut
 - Angoisse chronique, conduites d'évitement
- **Dépression**
 - Emoussement, sentiment d'avenir bouché
 - Sentiments de culpabilité
 - Du survivant
 - Secondaire
 - 'je suis un poids pour mon entourage'
 - 'je ne suis plus bon à rien'

Hétérogénéité des ESPT

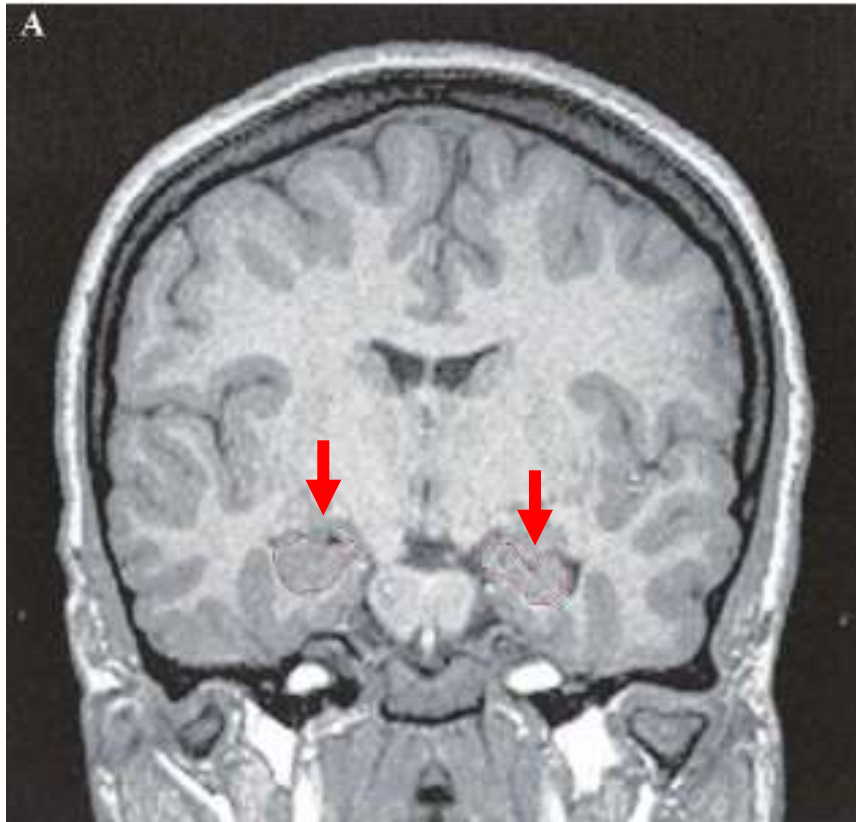
- Types de traumatismes très différents
 - Abus sexuels, viols
 - Combats, guerre
 - Catastrophe naturelle
 - Accident
- Traumas isolés ou répétés (types 1 et 2)
- ESPT purs ou comorbides
- ESPT simples ou complexes

Physiopathologie

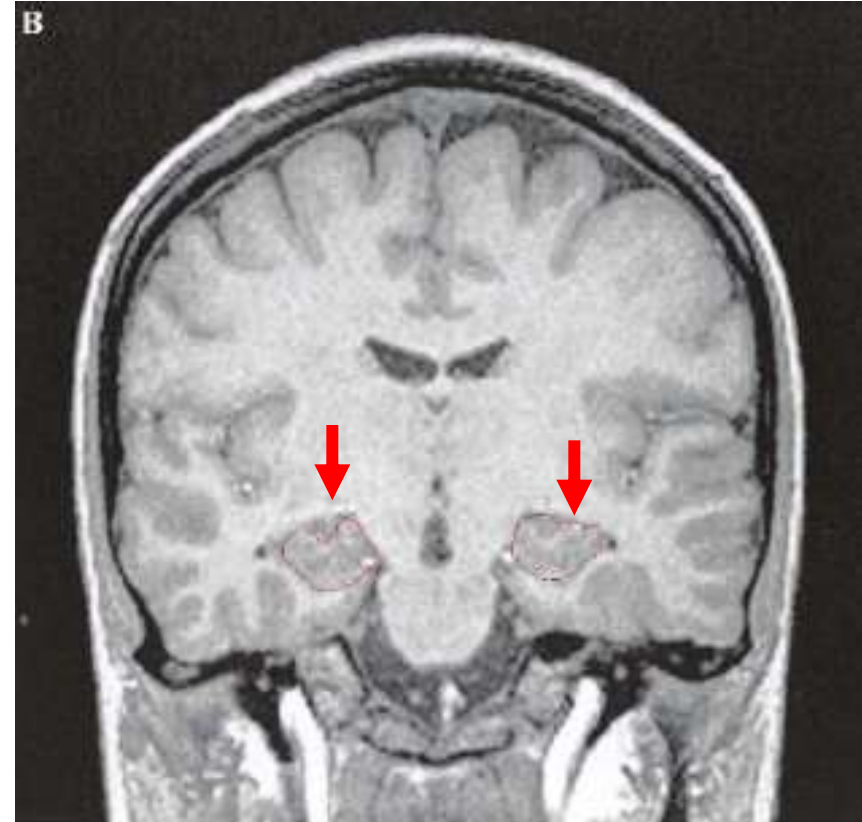
- Psychopathologie
 - Conditionnement répondant « explosif »
 - Confrontation avec la mort
 - Culpabilité, refoulement, etc.
- Neurobiologie
 - Choc adrénérgique (effets mnésiques)
 - Dysfonctionnement amygdalo-hippocampique (hypotrophie hippocampe); + cortex préfrontal
 - Dérégulation cortisolique
 - Facteurs de croissance (BDNF, ...)

Moindre volume de l'hippocampe chez des policiers néerlandais avec ESPT

Lindauer et al., Biol Psychiatry, 2004



ESPT



Sujet exposé sans ESPT

Epidémiologie

- Prévalence (“vie entière”) : 2-12%
- Sex ratio M/F : 1 / 2
- Evolution chronique, médiane durée 3-5 ans
- Dépression risque x 6, alcoolisme ou abus x 3, panique et agoraphobie x 4
- Tentatives de suicide 20%
- Retentissement fonctionnel et psychosocial établi, augmentation des plaintes somatiques et des consommations de soin

Facteurs de risque liés à l'événement

- Gravité « individuelle » (viol >> catastrophe)
- Degrés de
 - Imprévisibilité
 - Perte de contrôle
 - Danger perçu
- Capacité effective à limiter les dommages sur soi-même et les autres
- Gravité des blessures physiques
- Décès de proches

Accidentés de la route

Hours et al. (2007)

- Cohorte ESPARR (AVP Rhône)
- n=168 TCL
- ESPT : 22% (n=33) vs 16% hors TCL
- Facteurs prédictifs ESPT :
 - sexe féminin
 - Age 25-34 ans
 - Amnésie post-traumatique
 - Sévérité globale des blessures
 - Suivi psychologique antérieur

Traitement du PTSD

- Prise en charge précoce, débriefing, prévention, bêta-bloquants ou anti-histaminiques, pas de benzodiazépines si possible (effets dysmnésiques)
- Aide aux victimes
- TCC (méta-analyse Cochrane 2007, 16 études)
 - Relaxation
 - Exposition au souvenir traumatique
 - Restructuration cognitive
 - EMDR (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*)
 - Exposition en réalité virtuelle
- Autres thérapies (gestion du stress)
- Antidépresseurs au long cours (paroxétine, sertraline, venlafaxine)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)



- Objectif de « retraiter » l'information traumatique
- Exposition prolongée à une image mentale traumatique en cherchant à rassembler :
 - Le souvenir en mémoire
 - Les sensations physiques négatives
 - Les croyances négatives
- Décontextualisation des émotions douloureuses et modification des cognitions associées
- Effet attentionnel, “accélérateur” et/ou apaisant des mouvements oculaires associés (ou autres stimulations alternées)

Syndrome post-commotionnel et état de stress post-traumatique



Syndrome post-commotionnel

- Antécédent de **TC** ayant entraîné une **commotion cérébrale significative** (PC, amnésie post-traumatique, épilepsie)
- Troubles neuropsychologiques (attention, mémoire) objectivés
- **Au moins 3 des symptômes** suivants peu de temps après le traumatisme et pendant au moins 3 mois :
 - Fatigabilité
 - Troubles du sommeil
 - Céphalées
 - Vertiges, étourdissements
 - Irritabilité, agressivité
 - Anxiété, dépression, labilité thymique
 - Modifications de la personnalité (comportement social ou sexuel inapproprié)
 - Apathie ou manque de spontanéité

Critères pour la recherche (DSM-IV-TR annexe B)

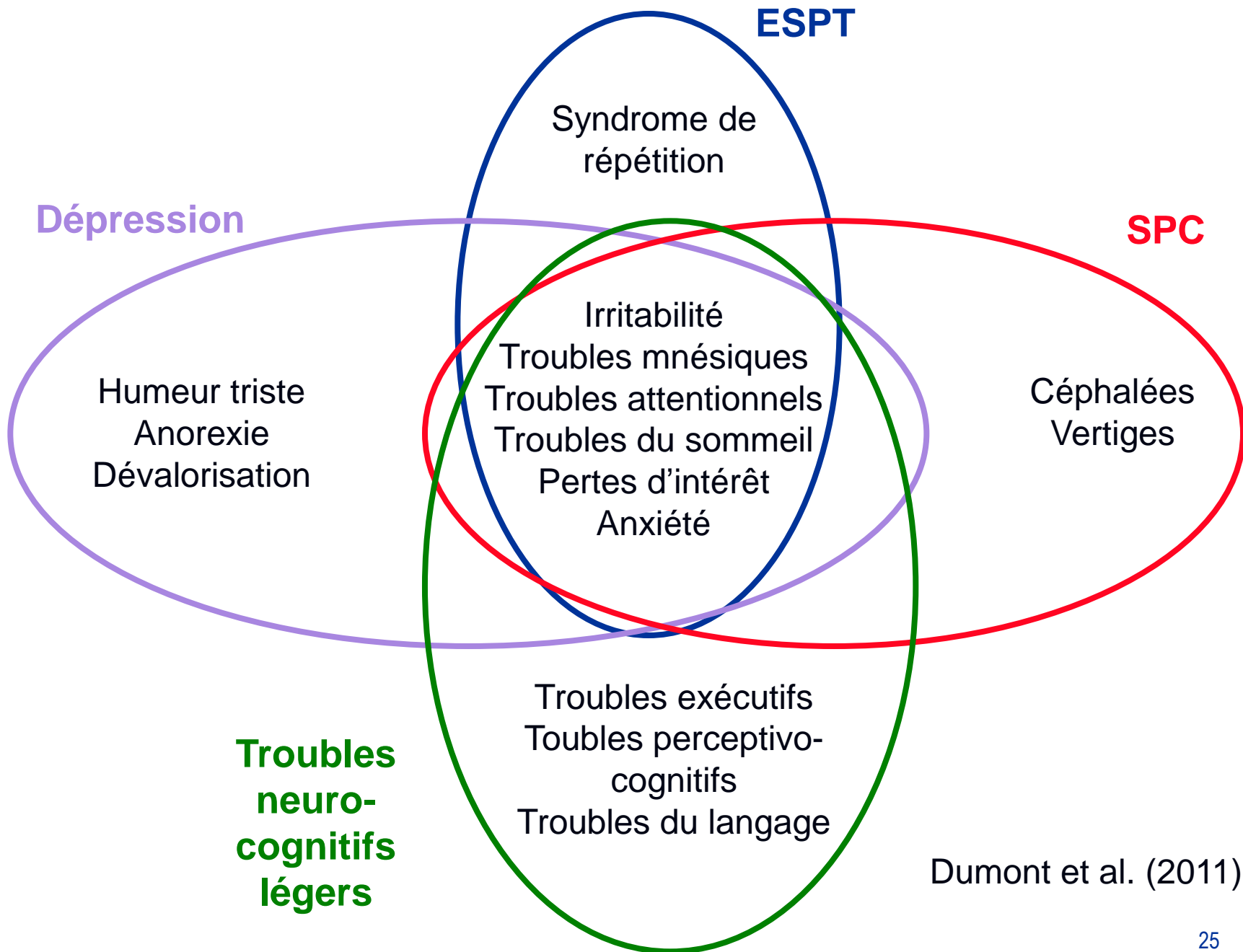
SPC et ESPT

- Antécédent de **TC** ayant entraîné une **commotion cérébrale significative** (PC, amnésie post-traumatique, épilepsie)
- **Troubles neuropsychologiques** (attention, mémoire) objectivés
- **Au moins 3 des symptômes** suivants peu de temps après le traumatisme et pendant au moins 3 mois :
 - Fatigabilité
 - **Troubles du sommeil**
 - Céphalées
 - Vertiges, étourdissements
 - **Irritabilité, agressivité**
 - **Anxiété, dépression, labilité thymique**
 - Modifications de la personnalité (comportement social ou sexuel inapproprié)
 - **Apathie** ou manque de spontanéité

Critères pour la recherche (DSM-IV-TR annexe B)

Quelle spécificité ?

- **Vétérans Vietnam (n=4462), prévalence SPC :**
 - **32% chez TCL** Donnell et al. (2012)
 - **40% chez ESPT**
 - 50% chez trouble anxieux généralisé
 - 57% chez dépression
 - 91% chez trouble somatisation



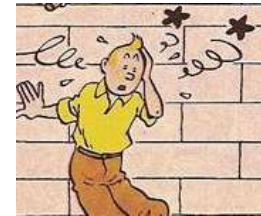
Dumont et al. (2011)

Deux voies distinctes ?



Effroi

**Traumatisme
crânien léger**



**Symptômes
émotionnels et
comportementaux**

**Symptômes
physiques**

**Symptômes
cognitifs**

Ou un phénomène commun ?



Effroi

Traumatisme
crânien léger



ESPT

SPC

Symptômes
émotionnels et
comportementaux

Symptômes
physiques

Symptômes
cognitifs

- + Dépression
- + Tr dissociatifs
- + Tr personnalité

ESPT et « sinistrose »

- Demande de reconnaissance
 - Statut de victime
 - Agresseur personnalisé
 - Agresseur collectif
 - Indemnisation ou statut
- Difficultés thérapeutiques et éthiques
 - Aide à la reconnaissance
 - Sans favoriser une fixation des troubles

Traitement des ESPT+TCL

- Psychothérapies de l'ESPT
- Pharmacothérapie de l'ESPT
- Remédiation cognitive
- Importance de :
 - L'alliance thérapeutique
 - La surveillance des risques suicidaires
 - La prise en compte des addictions associées

Capehart & Bass (2012)
Vétérans

merci



Adel Abdessemed

Modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et à une maladie cérébrales (CIM-10)

- Modification de la personnalité > 2 ans
- Exposition à un **facteur de stress catastrophique** (indépendamment de toute vulnérabilité personnelle)
 - Désastre, expérience de camp de concentration
 - Torture, danger prolongé
- Attitude hostile ou méfiante, retrait social, sentiment de vide ou de désespoir, impression de tension et de menace permanente, détachement.
- Peut faire suite à un **ESPT**

ESPT chez l'enfant

- Mêmes définitions et symptomatologies que chez l'adulte
- Jeune âge non protecteur (dès 2 ans)
- Persistance jusqu'à 30 ans (Cambodge, traumas répétés 8-12 ans)
- Particularités
 - Jeux répétitifs (« remise en acte ») sans plaisir, dessins
 - Reviviscences lors des moments de relâchement (endormissement, ennui, repos)
 - Terreurs nocturnes et cauchemars non spécifiques
 - Emoussement et réduction des intérêts rares
 - Fatalisme avec conviction d'une répétition du trauma
 - Somatisations douloureuses
 - Comportements régressifs (langage, énurésie, agrippement, ...)

ESPT et TCL

- Souvenirs traumatiques conscients (ou implicite ?)
- Souvenirs remaniés ou reconstruits
- Stress après le trauma
- Réactualisation d'un trauma antérieur