

ETAT DE STRESS AIGU  
ETAT DE STRESS POST-  
TRAUMATIQUE:

IFSI Nice

Emmanuel Mulin,  
emulin@orange.fr

# Plan:

- Définition
- Etat de stress aigu
- Etat de stress post-traumatique
- Evolution
- Complications
- Traitement
- Trouble de l'adaptation



Evènement catastrophique, stressant

# Définition:

L' état de stress post-traumatique est un état, assimilable à celui retrouvé dans les névroses, survenant à la suite d'un traumatisme psychologique d'une intensité exceptionnelle (psycho-trauma).

En pratique:

Patient avec des troubles du sommeil, notamment répétitions d'un même cauchemars dans un contexte récent de stress traumatisant.

# Etat de stress aigu:

Deux entités nosographiques considérées comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère: ESA et PTSD.

## Etat stress Aigu (ESA):

- trouble transitoire sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent
- apparaît après un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel
- disparaît en qqs heures à qqs jours.

## Stress exceptionnel:

- Expérience avec risque important pour la sécurité, l'intégrité ou celle des proches
- Expérience comportant un risque pour la santé physique ou celle des proches
- Evènements modifiant brusquement la position ou les relations sociales du sujet

Exemple: catastrophe naturelle, accident, guerre, agression, viol, attentat, deuils multiples, incendie, faillite...



Expérience brutale, avec risque pour l'intégrité:

La fragilité physique ou psychique du sujet  
(infection en cours, tempérament anxieux)  
lorsqu'il est soumis à l'événement  
exceptionnel, peut favoriser l'apparition du  
trouble.

Le trouble ne survient pas chez tous les sujets  
exposés à un facteur de stress exceptionnel:

*Bronzage/coup de soleil...*



## Les symptômes:

- apparaissent dans les minutes qui suivent l'exposition au stress (*cellules medico-psychologiques d'urgence*)
- disparaissent en deux, trois jours (svt qqs heures).
- Si le facteur de stress persiste, les symptômes s'atténuent en après 48 heures et disparaissent complètement en trois jours.

### 1ère phase:

- Etat d'hébétude
- Difficultés de concentration avec désorientation et difficultés de jugement

### 2nde phase:

- Etat stuporeux avec inertie psychomotrice
- Isolement social
- Pfs conduites paradoxales avec avec fugue, agitation, conduites suicidaires
- Pfs apparition d'expérience « dissociative » hystérique voire psychotique...

## *Symptômes associés:*

-symptômes physiques de l'anxiété:

A vous?

## Symptômes associés:

- symptômes physiques de l'anxiété:  
tachycardie, sueurs, bouffées de chaleur
- Pfs amnésie complète ou partielle de  
l'épisode
- Eléments dépressogènes, anxieux
- Anhédonie

# PTSD:

L'état de stress post-traumatique est:  
une réponse différée ou prolongée à une  
situation ou à un événement stressant  
exceptionnel (de courte ou longue durée).

L'événement est vécu par la victime avec un  
sentiment d'impuissance.

Trouble constitué de symptômes stéréotypés



Ex.: catastrophe naturelle, incendie, guerre, viol, attentat,  
Deuils multiples, accident, faillite...

Facteurs prédisposants (voir plus loin) pouvant favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution (affaiblissement psychique ou physique lors de l'évt).

Ne survient pas chez tous les sujets exposés.

Diagnostic:

Mise en évidence de symptômes typiques dans les 6 mois suivant un événement traumatisant.

Après 6 mois le diagnostic reste possible si la symptomatologie est typique.

# PTSD définition:

A coder sur l'axe I du DSM IV

B. Sujet exposé à 1 evt traumatique  
avec:

- evts durant lesquels des individus ont pu mourir être gravement blessés, menacés de mort ou durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
- réaction: peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur (comportement désorganisé ou agité chez l'enfant)



## B. L'evt traumatique est constamment revécu:

- souvenirs répétitifs envahissant provoquant un sentiment de détresse comprenant des images des pensées des perceptions
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse
- Impression ou agissements soudains comme si l'evt allait se reproduire (reviviscence illusions hallucinations flash-back)
- Sentiment de détresse psychique lors d'exposition à des indices internes ou externes ressemblant à l'evt
- Réaction physiologique lors de mêmes expositions

## C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale

Au –3 manifestations:

- efforts pour éviter les pensées, sentiments, conversations associées au trauma
- efforts pour éviter activités, endroits, gens qui éveillent les souvenirs du trauma
- Incapacité de se rappeler d'un aspect important du trauma
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes
- Sentiment de détachement d'autrui
- Restriction des affects
- Sentiment d'avenir bouché

## D. Présence de symptômes persistants (hyper activation neurovégétative)

Au – 2 manifestations:

- difficulté d'endormissement/ sommeil interrompu
- Irritabilité/ accès de colère
- Difficulté de concentration
- Hypervigilance
- Réaction de sursaut exagérée

E. Les perturbations durent depuis plus d'un mois

F. Les perturbations entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel...

Chronique si  $> 3$  mois

Importance de considérer une période de latence après état de stress aigu

## **Syndrôme de répétition:**

- souvenirs envahissants et répétitifs de la situation traumatique
- souvenirs sous la forme de pensées ou d'images
- souvenirs entraînant un sentiment de détresse
- souvenirs interrompant parfois les activités du sujet
- rêves/cauchemars répétitifs(trauma revécu)
- flash-back: impression de revivre la scène avec angoisse massive
- angoisse réactionnelle lorsque le sujet est exposé à une situation similaire
- hypervigilance anxieuse (sursaut)

## **Remaniement de la personnalité:**

- \*regression vers une position infantile
- \*passivité/dépendance
- \*recherche de réparation financière ou sociale

## **Symptômes non spécifiques:**

- \*émoussement des affects avec insensibilité
- \*évitement social, réduction des activités
- \*asthénie, angoisse, tb du sommeil
- \*tb mnésiques
- \*somatisation

## ***Syndrôme de stockholm***

# Approche cognitive:

\*PTSD approche cognitivo-comportementale

Pathogénicité de l'agent agresseur mais aussi de la réaction de l'organisme

Réaction de stress: adaptative en proportion

Enfance: phase d'adaptation et de plasticité comportement

Evitement: entretien du schéma dysfonctionnel:

|          |          |              |
|----------|----------|--------------|
| Peur     | =>       | Reviviscence |
| <b>I</b> | <b>O</b> | <b>I</b>     |

|                  |    |                       |
|------------------|----|-----------------------|
| Isolement social | <= | Pensées automatiques: |
|------------------|----|-----------------------|

(Ca va se reproduire...)

# Approche neurobiologique

## -Rôle des systèmes neurohormonaux:

Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

Protéines du stress(hsp 90)

Hormones stéroïdiennes, monoamines, hormones thyroïdiennes(masson et al 1999)

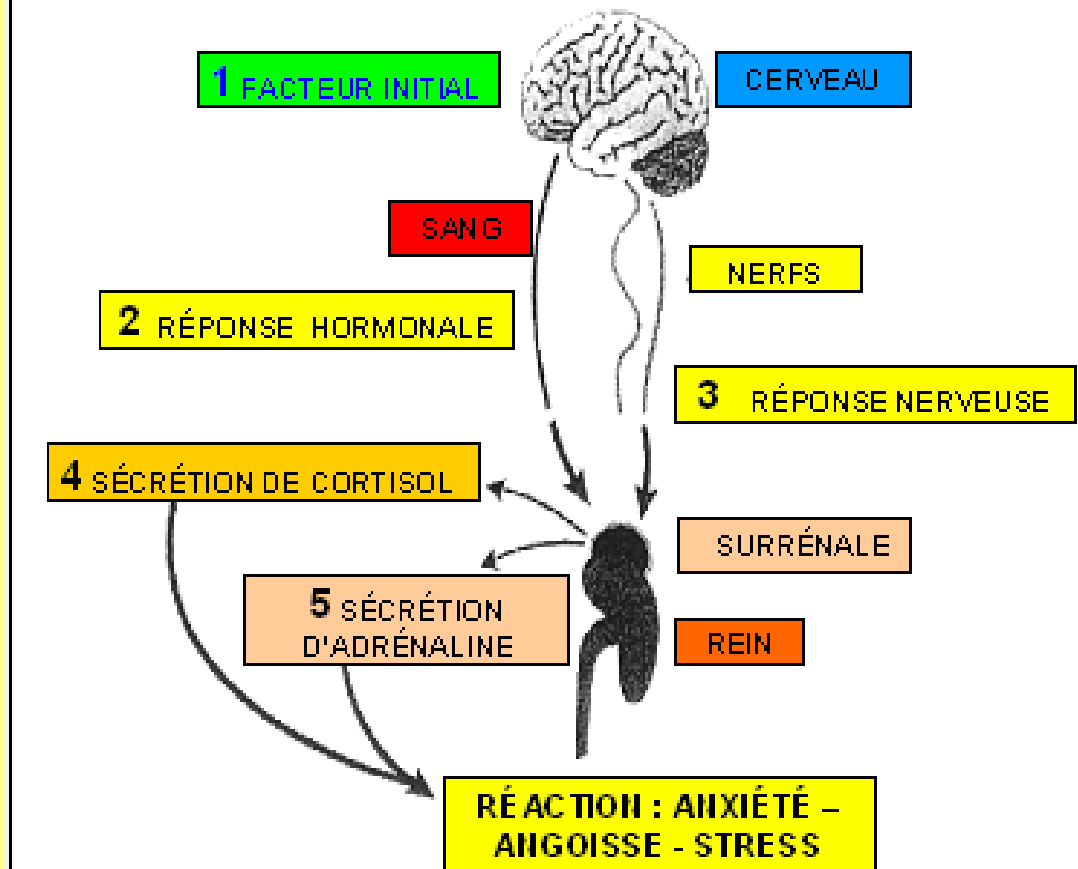
- Sérotonine: activée par le stress et diminuée par le cortisol (Danis et al 1999)

⇒ résilience/ vulnérabilité

- ce stress chronique altère la structure des terminaisons de l'hippocampe et de l'amygdale



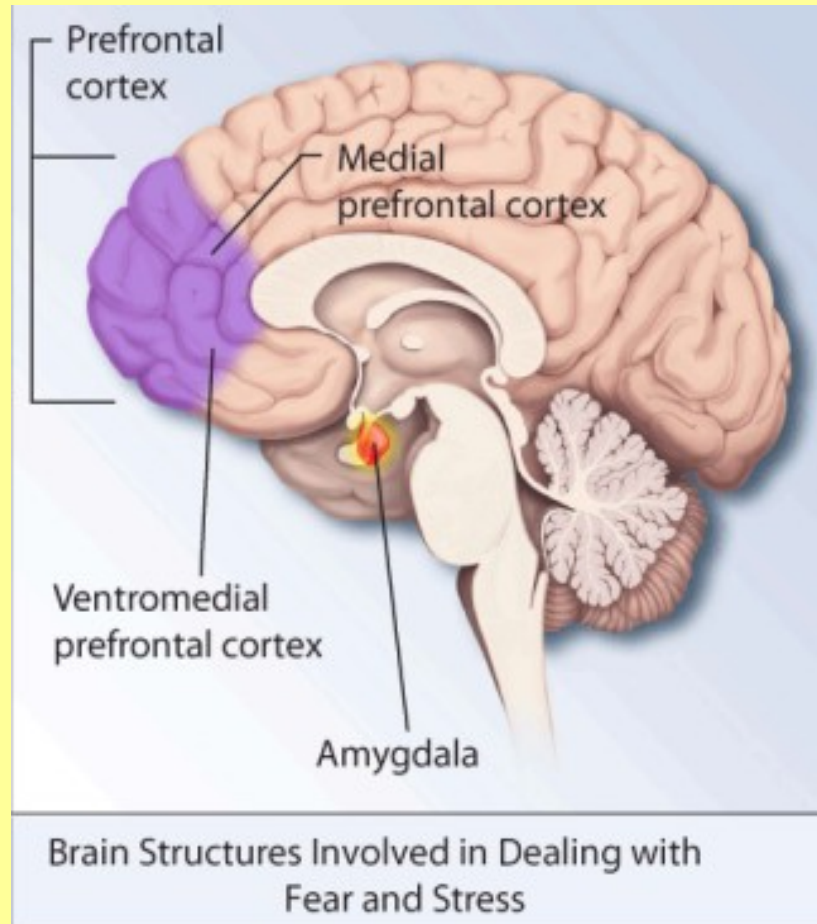
## MISE EN ROUTE D'UNE RÉACTION D'ANXIÉTÉ ET STRESS



Implication des multiples systèmes de réponse au stress

Les connaissances neurobiologiques montrent donc que:

Les structures impliquées dans le PTSD sont les structures de la gestion des émotions et en parallèle des structures impliquées dans les phobies, ouvrant la possibilité d'une conceptualisation du trouble comme une phobie de revivre l'événement traumatisant avec les notions d'anxiété anticipatoire à l'évocation du trauma, d'évitement et éventuellement d'objet contraphobique mis en place.



Cortex des émotions dans le PTSD

# Approche psychodynamique

- Hystérie post-émotionnelle (Briquet 1859)
- Névrose traumatique (Oppenheim)
- Hystéro-neurasthénie (Charcot): tps de latence
- Hystérie traumatique (Freud):

Réminiscence: abréactions répétées et inefficaces associées à la charge des affects « coincés ». Association d'idées servant à réintroduire du sens là où le non-sens est fait

=> Intérêt de la méthode cathartique: libération de ces affects pour procurer un soulagement éclairé

## Facteurs favorisants:

- personnalité « non murie »
- imaginaire vis à vis de la mort
- troubles de l'attachement associés
- anxiété de séparation
- somatisation
- perte des acquisitions sociales, scolaires...
- conduites à risque

# Pronostic/Evolution:

PTSD évolue de façon chronique en fonction de la prise en charge et de sa précocité:

Si prise en charge immédiate:

-1/3 d'amélioration à rémission

-1/3 de stabilisation

-1/3 d'aggravation avec complications:

décès, désocialisation

dépression, trouble de l'humeur

trouble de personnalité limite++

psychose, scz, paranoïa...

Si absence de prise en charge précoce:

-Absence d'amélioration

-50% de stabilisation

-50% d'aggravation:

Remaniement de la personnalité, conduites addictives, automutilations, dépression et conduites suicidaires, état de dépersonnalisation +/-transitoire, fonctionnement limite voire paranoïde avec elts pseudodissociatifs, troubles somatoformes(epistaxis)...

Cela permet de confirmer l'importance d'une prise en charge la plus précoce possible passant par la possibilité d'évoquer les événements traumatisants et d'une psychothérapie adaptée.

Limites de ces chiffres: il n'est pas fait de distinction entre les traumas et l'on peut supposer que la possibilité d'une « réparation » est en faveur d'un meilleur pronostic (mais non documenté dans la littérature.)

pas de distinction entre PTSD I et II c'est à dire caractère aigu ou + chronique de l'evt traumatisant.



# Complications:

- Trouble de l'humeur: dépression ++
- Autre syndrome névrotique
- TS, suicides, conduites à risques/suicidaires
- Désocialisation, marginalisation
- conduites addictives: alcool, drogues, BZD
- Trouble de personnalité: Etat-Limite ++
- Dépersonnalisation, déréalisation
- Syndromes dissociatifs épisodiques...

# Traitement:

-Le plus PRECOCE possible:

Cellules d'urgences médico-psychologiques

-La thérapie vise à l'expression des affects liés au traumatisme et à la réduction des symptômes.

⇒P.I.P

⇒T.C.C

⇒Hypnose

## **Dans les suites immédiates du trauma:**

- Créer un environnement sécurisant
- Prise en charge psychologique précoce pour permettre la verbalisation des affects
- Traitement par BZD si anxiété +++
- proposer suivi psy

## **Dans le traitement du PTSD:**

- Psychothérapie de soutien ou plus structurée visant l'expression des affects
  - Psychothérapies comportementales (suppression de évitement)
  - chimiothérapie symptomatique: ADP, anxiolyse
- A venir:  $\beta$ -bloquant + TCC...

# Trouble de l'adaptation:

Etat de détresse entravant le fonctionnement et les performances sociales survenant lors d'une période stressante et nécessitant théoriquement une adaptation sociale de la personne

Apparition à tout âge, dans le mois suivant l'évt

Facteur de stress: deuil, séparation, immigration, perte d'emploi

Vulnérabilité (prédisposition++)

Disparaît dans les 6 mois après disparition de l'évt

Risque: conduite suicidaire

## **Evolution:**

- Favorable lorsque la prise en charge est adaptée
- Complications possibles: abus de toxiques, TS

## **Diagnostics différentiels:**

- PTSD
- ESA
- EDM
- TAG
- Deuil pathologique

Traitement:

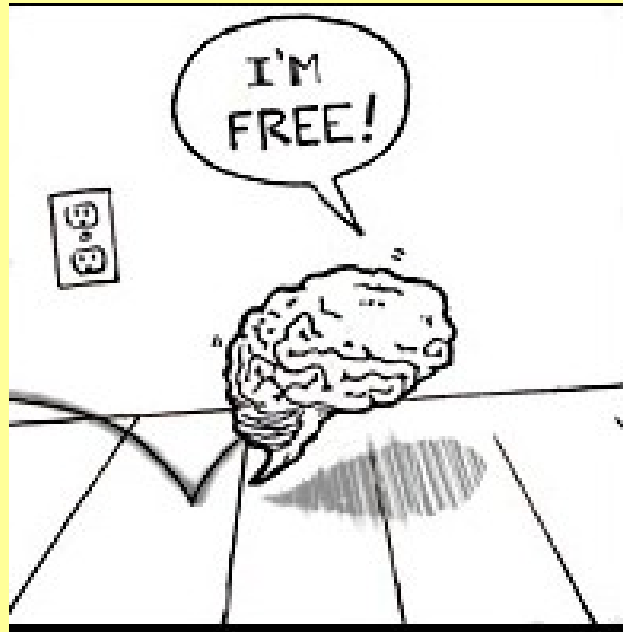
-Psychothérapie individuelle:

PIP

TCC

-Chimiothérapie selon intensité:

BZD, symptomatique...



Merci!