

Etat de stress post-traumatique

Historique, clinique et classifications,
épidémiologie, comorbidités, facteurs de risque

Dr Jean-Michel THURIN
(Paris)

http://www.ecole-psychosomatique.org/DU_STEP

Historique définition ESPT (1)



- 1861-1865 - Guerre civile américaine
 - Découverte de détresse psychologique persistante *consécutive* à exposition traumatique.
- 1884 - "Névrose traumatique"
 - Concept introduit par Oppenheim suite accidents ferroviaires.
- 1914-1918 - Première guerre mondiale.
 - Travaux de Frazier et Wilson : l'administration d'adrénaline renforce réaction d'éveil chez soldats choqués
 - Freud insère les névroses traumatiques dans les névroses narcissiques. C'est le moi lui-même qui subit une effraction.
 - Freud, Abraham et Ferenczi soulignent la variabilité individuelle et la pluralité des fonctionnements psychiques concernés.
- 1939-1945 - "Combat exhaustion".
 - Référence aux travaux de Selye.

Historique définition ESPT (2)

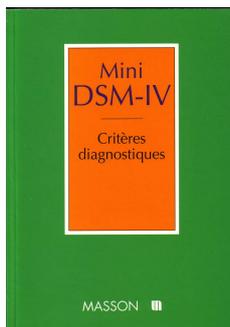
- 1980 - APA (*American Psychiatric Association*) introduit ESPT dans 3ème édition du DSM (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders)
 - Voie commune finale de réponse à « un événement psychologiquement traumatique, généralement *hors du commun* (catastrophes naturelles ou causées accidentellement ou intentionnellement par les hommes) »
 - Désastres naturels, brûlures, accidents de voiture, camps de concentration, combat, torture.

Aigu < 6 mois - Chronique > 6 mois

15/02/2013

3

Historique définition ESPT (3)



- 1987 - Révision du DSM
 - A. Exposition** à un « événement traumatique »
 - Expérience de, Témoin de, Confrontation à mort, menace de mort ou de grave blessure, ou menace à l'intégrité physique
 - La réponse de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur
 - B. Reviviscence**
 - C. Évitement**
 - D. Activation neurovégétative**
 - E. Durée > 1 mois.**
 - F. Accompagnés de souffrance et altération fonctionnement social**
 - “Aigu” si symptômes < 3 mois. “Chronique” > 3 mois

15/02/2013

4



- D. Negative alterations in cognitions and mood that are associated with the traumatic event(s) (that began or worsened after the traumatic event(s)), as evidenced by 3 or more of the following: **Note:** In children, as evidenced by 2 or more of the following:****
- Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically dissociative amnesia; not due to head injury, alcohol, or drugs).
- Persistent and exaggerated negative expectations about one's self, others, or the world (e.g., "I am bad," "no one can be trusted," "I've lost my soul forever," "my whole nervous system is permanently ruined," "the world is completely dangerous").
- Persistent distorted blame of self or others about the cause or consequences of the traumatic event(s)
- Pervasive negative emotional state -- for example: fear, horror, anger, guilt, or shame
- Markedly diminished interest or participation in significant activities.
- Feeling of detachment or estrangement from others.
- Persistent inability to experience positive emotions (e.g., unable to have loving feelings, psychic numbing)

<http://www.dsm5.org/>

15/02/2013

5

DSM V

- E. Alterations in arousal and reactivity that are associated with the traumatic event(s) (that began or worsened after the traumatic event(s)), as evidenced by 3 or more of the following: **Note:** In children, as evidenced by 2 or more of the following:****
- Irritable or aggressive behavior
- Reckless or self-destructive behavior
- Hypervigilance
- Exaggerated startle response
- Problems with concentration
- Sleep disturbance -- for example, difficulty falling or staying asleep, or restless sleep.

15/02/2013

6

État de stress aigu

- A. Exposition à un « événement traumatique » avec
 - Mort, menace de mort ou de grave blessure, ou portant sur intégrité physique de soi ou d'autrui.
 - Réaction avec peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur.
- B. **Symptômes dissociatifs**
 - Torpeur, détachement, « sensation d'être dans le brouillard », impression de déréalisation, dépersonnalisation, amnésie dissociative
- C. **Reviviscence**
- D. **Évitement**
- E. **Symptômes anxieux persistants ou activation neurovégétative**
- F. **Détresse significative ou altération du fonctionnement social, professionnel**
- G. **Durée** > 2 jours, maximum 4 semaines, survient dans les 4 semaines
- H. Non liée à effets directs de substance, affection médicale, tr. psychotique bref

État de stress post-traumatique (DSM-IV : F43.1 [309.81])

- A. **EXPOSITION** - Le sujet a été **exposé** à un événement traumatique dans lequel *les deux éléments suivants* étaient présents
 - (1) le sujet a vécu, a été *témoin* ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels leur intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 - (2) la *réaction du sujet* à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations

État de stress post-traumatique (DSM-IV : F43.1 [309.81])

- B. **REVIVISCENCE** - Au moins, 1 symptôme requis
 - souvenirs répétitifs envahissants,
 - avec sentiment de détresse et comprenant images, pensée ou perceptions
 - rêves répétitifs, avec sentiment de détresse
 - flashbacks (souvenirs accompagnés d'émotions intenses)
 - réactions exagérées émotionnelle et physique à déclencheurs
 - détresse psychique intense avec souvenirs,
 - Lors exposition à *indices* internes ou externes évoquant ou ressemblant à aspect traumatisme

15/02/2013

9

État de stress post-traumatique (DSM-IV : F43.1 [309.81])

- B. **REVIVISCENCE** : L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes
 - (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. NB. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme
 - (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. NB. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
 - (3) impression ou agissements soudains «comme si» l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). NB. Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir
 - (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
 - (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause

15/02/2013

10

État de stress post-traumatique (DSM-IV : F43.1 [309.81])

- C. **ÉVITEMENT**. Au moins, **3** requis
 - Évitement de pensées, sentiments, conversations,
 - Associés au traumatisme
 - Évitement d'activités, de personnes, de lieux,
 - Associés au traumatisme
 - Incapacité rappel élément important traumatisme
 - *Désintérêt ou réduction participation activités,*
 - Sentiment de *détachement* des autres,
 - *Restriction affective,*
 - Difficulté de *penser l'avenir.*

15/02/2013

11

F43.1 [309.81] État de stress post-traumatique (DSM-IV)

- C. **ÉVITEMENT** persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes
 - (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
 - (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
 - (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
 - (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
 - (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
 - (6) restriction des affects (p. ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres)
 - (7) sentiment d'avenir «bouché» (p. ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

15/02/2013

12

État de stress post-traumatique (DSM-IV : F43.1 [309.81])

- **D. ACTIVATION NEUROVÉGÉTATIVE**
- Au moins **2** symptômes requis
 - difficultés de sommeil,
 - irritabilité ou accès de colère,
 - difficultés de concentration,
 - hypervigilance,
 - Réaction de sursaut exagérée ("démarrage au quart de tour")
 - réactivité physiologique
 - Lors exposition à indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à aspect traumatisme

15/02/2013

13

État de stress post-traumatique (DSM-IV : F43.1 [309.81])

- **D. ACTIVATION NEUROVÉGÉTATIVE.** Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes
 - (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
 - (2) irritabilité ou accès de colère
 - (3) difficultés de concentration
 - (4) hypervigilance
 - (5) réaction de sursaut exagérée
- **E.** La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- **F.** La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Spécifier si: **Aigu:** si la durée des symptômes est de moins de trois mois - **Chronique:** si la durée des symptômes est de trois mois ou plus - **Survenue différée :** si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

15/02/2013

14

F43.1 État de stress post-traumatique

Critères pour la recherche CIM-10

- A. Confrontation - brève ou prolongée - à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.
- B. Le facteur de stress est constamment remémoré ou « revécu », comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes (« flashbacks »), de souvenirs intenses, de rêves répétitifs, ou d'un sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier. [remémoration DSM]
- C. Évitement ou tendance à l'évitement - non présents avant la confrontation au facteur de stress - de situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier. [évitement DSM]
- [Confrontation, remémoration, évitement]

15/02/2013

15

F43.1 État de stress post-traumatique

5 critères pour la recherche CIM-10 (2)

- D. Soit (1) soit (2) [troubles mémoire]
 - (1) *incapacité*, partielle ou complète, à se rappeler des aspects importants de la période d'exposition au facteur de stress;
 - (2) *présence de symptômes persistants* traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance (non présentes avant l'exposition au facteur de stress), comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes
 - (a) difficulté d'endormissement ou du maintien du sommeil;
 - (b) irritabilité ou accès de colère;
 - (c) difficultés de concentration;
 - (d) hypervigilance;
 - (e) réaction de sursaut exagérée.
- E. Survenue des critères B, C et D **dans les six mois** suivant l'événement stressant ou la fin d'une période de stress. Une survenue différée de plus de six mois peut être incluse ici si l'on poursuit des objectifs particuliers (ceux-ci doivent dans ce cas être clairement spécifiés à part).

15/02/2013

16

Épidémiologie (1) : données générales

- Prévalence 7,8 à 11% (durant vie) - 5% chez les hommes, 10,4% chez les femmes (Kessler 1995)
- 60% des cas deviennent chroniques
- Possibilité de développement retardé, mais possibilité de détection précoce du risque (existence et sévérité des symptômes initiaux)
- Période critique de 3 mois

Épidémiologie (2) : suivant pays

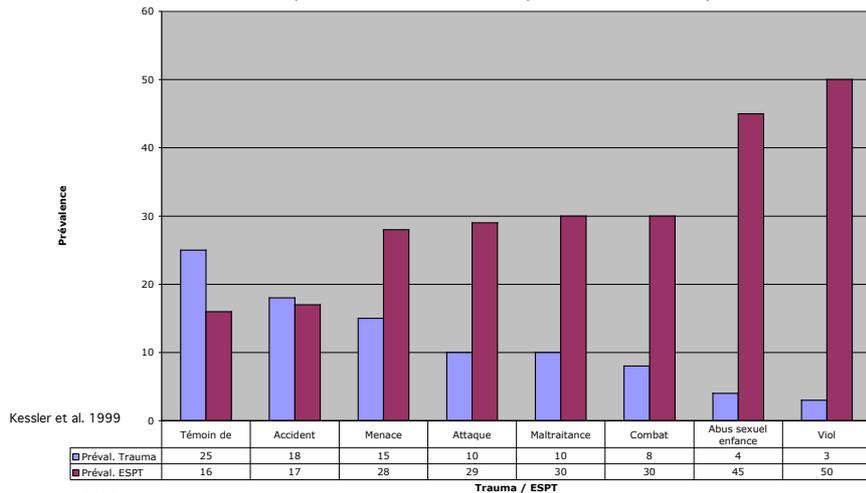
- Allemagne 1,3%
- USA 6,8% (lifetime prevalence 3,6% H – 9,7% F)*
- USA vétérans Vietnam H 30,9% - F 26,9% , Gulf 12%
- Éthiopie 15,8%
- Gaza 17,8%
- Cambodge 28,4%
- Algérie 37,4%
- Chine 0,3%

* 2013 ; chez adolescents Boys 3,7% - Girls 6,3%

Prévalence PTSD familles enfant cancer : 35% (Yalug et al. 2008)
 Enchaînements entre agression sexuelle et victimisation à l'adolescence chez adolescents sans-logis (Whitbeck, 2007)

Épidémiologie (3) : Prévalences Traumas et ESPT

Il existe une dimension qualitative de l'événement qui intervient sur risque ESPT

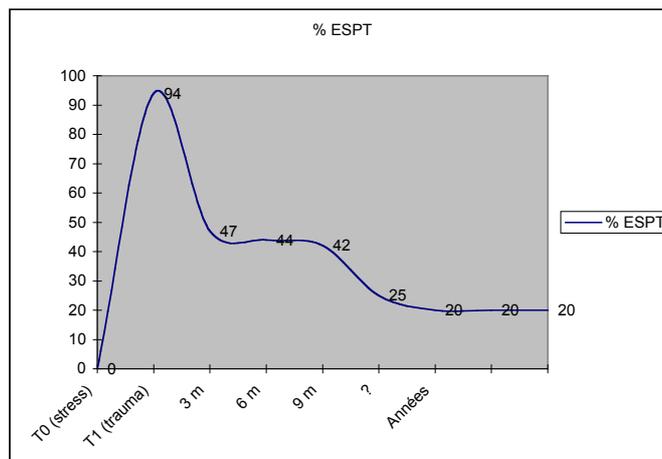


15/02/2013

19

Épidémiologie (4) : Cours longitudinal

La majorité des personnes qui développent le trouble en guérissent. Mais les autres ? Durée moyenne des épisodes = 7 ans - Une personne avec PTSD a plus de 20 ans de symptômes actifs



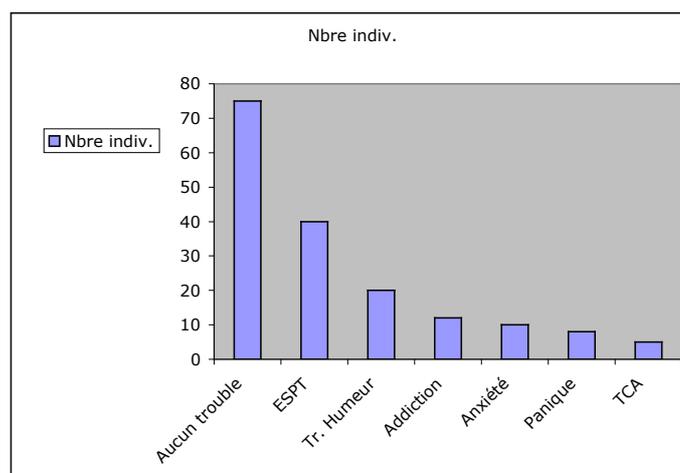
15/02/2013

20

État de stress post-traumatique et comorbidités

- L'ESPT est caractérisé par l'existence d'une importante comorbidité (retrouvée dans environ 2/3 des cas) et qui concerne notamment la dépression, les addictions (alcool et drogues), les troubles paniques et la phobie sociale
- Mais également des syndromes somatiques tels que fatigue chronique, fibromyalgie, ...

Principaux troubles psychiatriques dans les 6 mois suivant le trauma



Évaluer le risque

Comment évaluer le risque ? (1)

1. Facteurs généraux (sexe, âge)
2. Clinique de la réaction de stress aigu (RSA)
 - [Absence de réaction] <----> [Véritable chaos psychologique]
 - **Signes de risque particulier :**
 - Dissociation traumatique
 - Absence de réduction de l'anxiété deux semaines après traumatisme
 - Interruption de mémoire narrative - réapparition somato-sensorielle (*flash-backs*)
 - **Signes favorables**
 - Expression de l'affectivité
 - Capacité de réaction
 - Comportement actif ou passif selon les possibilités

Solomon et Mikulincer 2006. La réaction de stress au combat (RSC) est un marqueur de vulnérabilité important. Les vétérans avec RSC étaient 6.6 fois plus enclins à avoir un PTSD. Il était plus sévère et était à plus fort risque d'exacerbation/réactivation. Cependant, 23% des vétérans sans réaction de stress de combat présentaient un PTSD différé (17 ans après)
15/02/2013 23

Comment évaluer le risque ? (2)

3. Symptômes physiologiques RSA
 - Retour du rythme cardiaque à la normale, de PA
 - Conductance de la peau
 - Taux de cortisol
 - Bas -> ESPT
 - Haut -> Dépression
 - Taux de catécholamines
 - CRF ? (hypothalamus, aires limbiques)

Yehuda et al. 2006. Hippocampal volume in aging combat veterans with and without post-traumatic stress disorder : relation to risk and resilience factors ...
Forte réactivité des récepteurs aux glucocorticoïdes et réduction du taux de cortisol urinaire chez les vétérans PTSD 24

Comment évaluer le risque ? (3)

4. Facteurs biographiques
 - Événements de vie antérieurs (abus sexuel, maltraitance physique, négligence, décès familial, divorce, migration géographique, catastrophe,...)
 - Environnement précoce insécurisant
5. Facteurs familiaux
 - Comorbidité familiale (anxiété ++, dépression +), charge de stress permanente
6. Facteurs sociaux
 - Possibilité d'aide médicale et juridique
 - Soutien psychologique et social

Yehuda R et al. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005 Jul;90(7):4115-8.
15/02/2013

25

Comment évaluer le risque ? (4)

7. Facteurs neurocognitifs et intellectuels
8. Comorbidité (dépression, anxiété, ... schizophrénie)
9. Personnalité
 - Type A : hyperréactivité psychologique et physiologique, tendance à l'hostilité, la colère facile, la compétition et la dureté
 - Type C : déni, suppression des émotions, amabilité et compliance "pathologiques", hyperrationalité, évitement des conflits
 - Introvertis émotionnellement instables
 - Neuroticisme

15/02/2013

26

Comment évaluer le risque ? (5)

10. Attitudes

- Adaptation centrée sur problème (recherche active d'information et de solution) et adaptation centrée sur émotion (déni, retrait, utilisation de drogues) (Lazarus et Folkman)
- Pessimisme (introjection de la fatalité) et optimisme (perspective plus ouverte et tournée extérieur) (Peterson et Seligman).
- Expression de la détresse (exagérée ou réduite), hostilité (risque accru)
- Adaptations pathologiques

11. Possibilités d'action et interactions

- *Tendances individuelles et rôle de l'environnement*

15/02/2013

27

Dépression et PTSD

Relation complexe, Symptômes communs

- La dépression est l'affection associée la plus commune, partageant avec le syndrome de stress post traumatique un certain nombre de symptômes
 - anhédonie
 - troubles du sommeil
 - évitement
 - troubles de la concentration
 - agitation
 - retrait
 - irritabilité.

15/02/2013

28

PTSD et suicide

- Le PTSD constitue le plus fort risque de comportement suicidaire chez les jeunes adultes (Wonderlich et al. 1997).
- On retrouve ce risque chez les réfugiés.
- TS x 6 par rapport aux contrôles - Plusieurs idéations suicidaires quotidiennes (Kessler 1999 Archives G P)

15/02/2013

29

PTSD et autres troubles anxieux

- Le diagnostic *d'anxiété pré existante* accroît le risque de vulnérabilité au PTSD
- Phobie sociale / Phobie simple sont les plus communes
- **Attaques de panique/agoraphobie** surviennent souvent dans le contexte du PTSD
- Implications pour le traitement psychothérapeutique

15/02/2013

30

Interface addictions / PTSD

- Facteur de risque
- Auto-médication
- Interaction cyclique
- Interface neurobiologique

- Conduites addictives (Simpson et al. 2002)
 - Parmi les femmes et les adolescentes en traitement pour une addiction, taux d'abus sexuel durant l'enfance x 2 vs population générale

15/02/2013

31

Trauma et ESPT dans les troubles mentaux graves

- Étude portant sur patients présentant schizophrénie ou psychose bipolaire (Kennedy et al. 2002)
 - Environ 1/3 des sujets schizophrènes et 1/2 des sujets bipolaires réunissent les critères de l'ESPT sur la Penn PTSD Inventory. Les hallucinations et les délires ont été identifiés comme des événements traumatiques chez 60% des sujets avec schizophrénie, et seulement chez 15% des sujets avec trouble bipolaire. L'abus sexuel durant l'enfance et les divers événements stressants peuvent contribuer à la symptomatologie actuelle d'ESPT.
 - Cette étude souligne le besoin pour les cliniciens d'être sensibles aux expériences de la maladie des patients et d'être attentifs aux implications thérapeutiques de traiter l'ESPT chez les patients schizophrènes ou bipolaires.
- Effets des traumatismes de l'enfance chez les patients présentant un premier épisode de schizophrénie (Ucok et BikMaz, *Act Psychiatr Scand* 2007)
 - Les fréquences rapportées d'abus sexuel (ASE), émotionnel (AEE) et physique (APE) durant l'enfance sont respectivement de 29,8%, 40,9% et 13,6%. Les histoires de négligence émotionnelle (NEE) et physique (NPE) sont de 29,5% et 20,5%. Les patients avec ASE avaient + de symptômes positifs et TS avant admission, les patients avec AEE plus d'hallucinations et de délire.

15/02/2013

32

Trauma et ESPT dans les troubles mentaux graves (2)

- Troubles bipolaires (Leverish et al. 2002)
 - 631 patients suivis en ambulatoire 49% F et 36% H abus physique ou sexuel durant enfance/adolescence. Association troubles personnalité et addictions.
- Troubles psychotiques (Rosenberg, 2001; Read, 2003 ; Kilcommons et Morrison 2005 ; Mueser, 2002)
 - **Read et al.** traumatisme impliqué dans l'origine ? Vulnérabilité secondaire et implication dans déclenchement rechutes. Il y aurait même (Read et al. 2003) une relation significative entre abus sexuel durant l'enfance et hallucination.
 - **Kilcommons et Morrison** 2005. 32 personnes avec diagnostic psychose. 94% : au moins un événement traumatique. ESPT actuel chez 53%. Sévérité du trauma associée avec sévérité ESPT et expériences psychotiques. Aggression physique associée avec symptômes psychotiques positifs et agression sexuelle spécifiquement associée à hallucinations. Processus dissociatifs et croyances négatives consécutifs trauma associés à expérience psychotique (hallucinations).
 - **Mueser et al.** 2002. Modèle d'interaction entre PTSD et troubles mentaux sévères : les symptômes d'ESPT (éviter, hyperéveil, et réexpérience trauma) 1) exacerbent directement les troubles à partir de la vulnérabilité et de ses conséquences et 2) indirectement avec retraumatisation, addiction, difficultés relations interpersonnelles.

15/02/2013

33

Comorbidité dans le PTSD de l'enfant

- Chez 117 enfants maltraités, le PTSD est significativement corrélé à
 - des **troubles d'agitation et de déficit de l'attention**,
 - d'autres troubles anxieux,
 - de brefs troubles psychotiques
 - des idées suicidaires
 - une tendance à l'évolution vers des troubles de l'humeur.

15/02/2013

34

Conclusions

- L'ESPT permet de mettre en relation les niveaux clinique, cognitif, historique, physiologique, biologique et interactionnels
- Des relations assez précises entre « transferts », phénomènes subjectifs (par ex. émotion, peur), conséquences cognitives (mémoire, lecture de la réalité), implication de médiateurs et leurs activités biologiques peuvent être établies.
- Les conséquences à long terme sur les fonctions organiques et mentales d'un système globalement sensibilisé et dérégulé sont de plus en plus étudiées.

15/02/2013

35

Conclusions

- Le futur de la recherche devra préciser les facteurs de risque individuels, évaluer les traitements et leur adaptation aux cas particuliers, et intégrer les connaissances concernant les différents systèmes impliqués.
- Il s'agit donc également de concevoir des modèles d'interactions (favorables ou défavorables) et de trajectoires.
- L'imagerie aura sans doute un rôle central dans le suivi de l'évolution des fonctionnements émotionnels et mentaux.
- Une question centrale reste donc celle de l'implication de la connaissance des mécanismes et des risques prévisibles sur l'évolution de l'approche clinique et thérapeutique

15/02/2013

36

Références bibliographiques

- Allain H, Lessard Y, Bentue-Ferrer D. Thérapeutiques médicamenteuses actuelles du stress. In Thurin JM, Baumann N, (ed) : *Stress, pathologies et immunité*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2003
- De Beaurepaire R. Aspects biologiques de l'ESPT. In *Stress, pathologies et immunité* (ouvrage cité)
- Emilien G, Penasse C, Charles G, Martin D, Lasseaux L, Waltregny A. Posttraumatic stress disorder : hypotheses from clinical neuropsychology and psychopharmacology research. *Intern J of Psychiatry in clinical practice* 2000, 4:3-18
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995, 52:1048-1060
- Newport DJ, Nemeroff Ch. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *Current opinion in Neurobiology* 2000, 10:211-218
- Sauvagnat F (sous dir). Stress post-traumatique. *Psychologie clinique* 24 2007/2
- Southwick SM, Krystal JH, Morgan CA et al. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993, 50:266-274
- Van der Linden M, Ceshi G, D'Argembeau A, Juillerrat AC. Une approche cognitive et par imagerie cérébrale de la réaction individuelle au stress. In *Stress, pathologies et immunité*. In *Stress, pathologies et immunité* (ouvrage cité)
- Yehuda R (ed). Psychological trauma. Washington, American Psychiatric Press, 1998, 218p
- Yehuda R (ed). Risk factors for Posttraumatic stress disorder. Washington, American Psychiatric Press, 1999, 250 p
- + articles cités dans présentation.