

# Etat de stress post traumatique PTSD

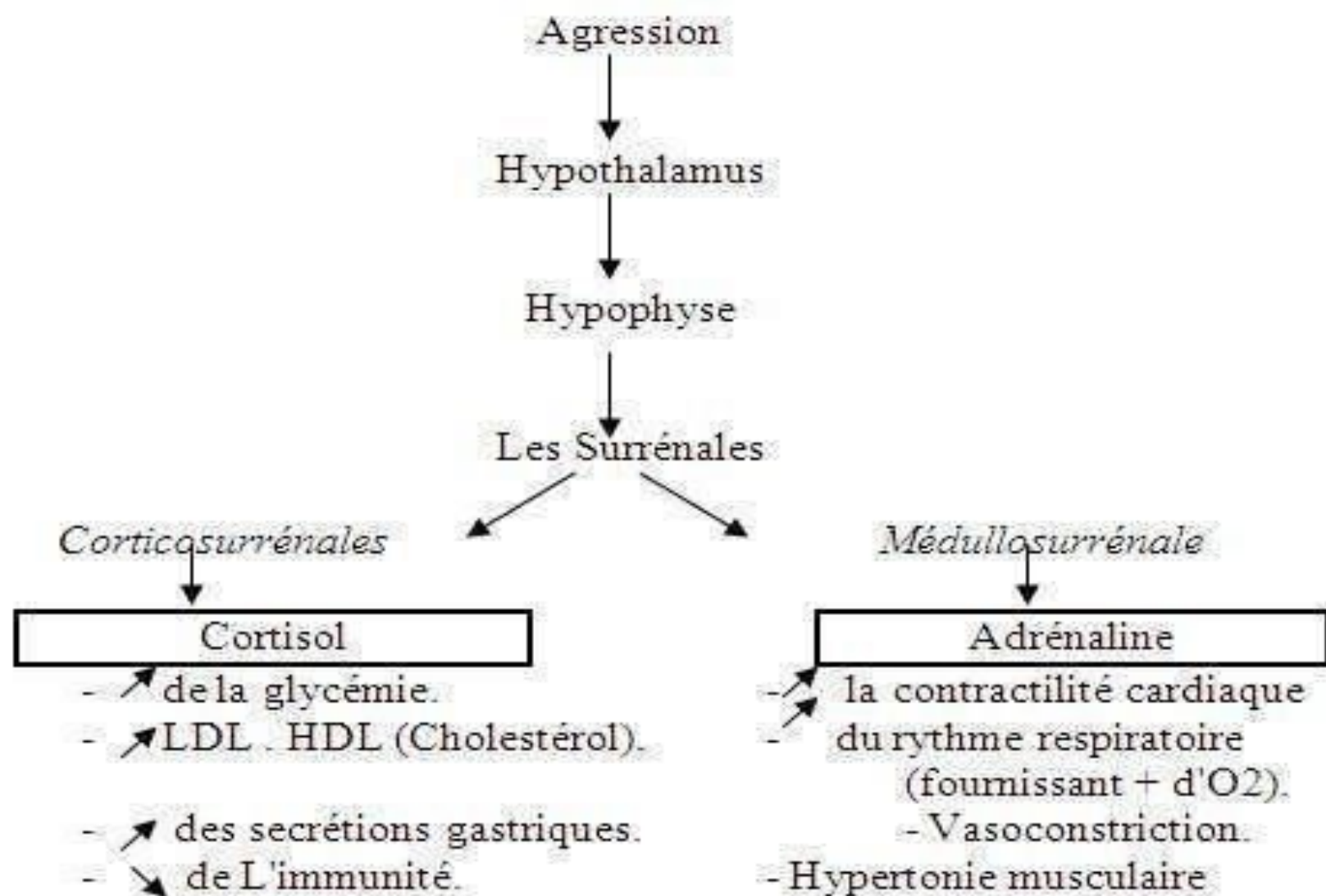
Pr T.Merzelkad  
Service de santé mentale  
HCA

stress la réaction réflexe, **neurobiologique, physiologique et psychologique** d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée.

Le mot anglais stress est emprunté au vocabulaire des métallurgistes.

En 1945, deux psychiatres militaires américains R. Grinker et J. Spiegel l'appliquent pour désigner l'état psychique des soldats soumis aux émotions du combat.

En 1950, le physiologiste canadien H. Selye adopte le terme de stress pour désigner ce qu'il appelait, depuis 1936, « **syndrome général d'adaptation** » ou réaction physiologique standard de l'organisme soumis à une agression.



**SCHEMA 1 : Physiologie au Stress**

- **Réaction immédiate adaptative**

- Dans la sphère cognitive: les facultés de jugement, d'évaluation et de mémoire sont stimulées dans une **hyperactivité** qui répond à l'urgence de la situation par une ou plusieurs décisions.
- Dans la sphère affective: des sentiments d'appréhension ou de peur et aussi de combativité, voire d'indignation et de colère.
- Dans la sphère volitionnelle, la réaction immédiate est un désir impérieux de passer à l'action
- Dans la sphère comportementale : attitude d'alerte et de préparation à la défense, gestes de défense et de combat, ou gestes de retrait et de fuite.

## **La réaction de stress dépassé:**

Qui peut se traduire soit par:

- une sidération stuporeuse.
- Une agitation motrice avec fuite panique.
- Des actions automatiques (état second).

## **Réaction inadaptée :chez les sujets prédisposés ou porteurs de pathologie on a:**

- des réactions anxieuses ou phobiques et des symptômes conversifs
- des la réaction confusionnelle, délirante (bouffée délirante), maniaque et plus rarement mélancolique
- la réaction schizophréniforme état dissociatif, autisme et délire chez l'adulte

## DEFINITION

Traumatisme psychologique ou trauma est un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

- notion introduite par le **DSM III ou ESPT** «état de stress post traumatique» selon la traduction française. Notion venant remplacer la névrose traumatique.
- Le P.T.S.D se caractérise par le développement d'un ensemble de **symptômes spécifiques** faisant suite à l'exposition à un événement traumatique qu'il soit physique et/ ou psychologique.
- Ce traumatisme constitue un événement hors du commun dépassant les expériences habituelles, vécu avec terreur et prenant le sens d'une rencontre manquée avec la mort.

## Historique:

L'histoire de la «névrose traumatique» pourrait remonter au cas de ce guerrier athénien de la bataille de Marathon, cité par Hérodote, qui devient aveugle pour le restant de ses jours pour avoir été effrayé par la vue subite d'un ennemi de taille colossale, qu'il avait pris pour un spectre.



C'est Pierre Janet qui, dans sa thèse de doctorat en lettres de 1889: corps étranger pénétrant par effraction le psychisme et y demeure ensuite pour donner lieu à une dissociation de la conscience

En 1893, Freud reprend et désigne de **réminiscence** la souvenance brute de l'événement au lieu d'idée fixe de Janet; Il préconise la « méthode cathartique sous hypnose»

**1952 DSM-I. troubles transitoires de la personnalité un diagnostic de «réaction de stress majeure»**

**Le DSM-II 1968 «réaction d'adaptation à la vie adulte» classé dans les perturbations situationnelles transitoires**

**Le DSM-III 1980, ESPT parmi les troubles anxieux**

**Le DSM-IV 1994, État de Stress Aigu**

**DSM-5 2013 le PTSD migre vers une nouvelle catégorie troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress**

Aux côtés du trouble réactif de l'attachement, le trouble d'engagement social désinhibé, le trouble d'adaptation, le trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié et le trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié

clinique

# A- les suites immédiates:

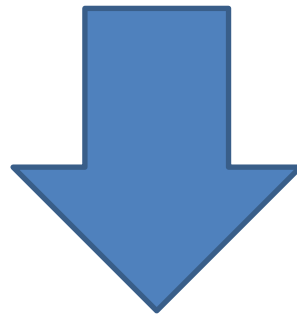
Les troubles aigus peuvent s'observer dans les suites immédiates de l'évènement. Ils sont divers : effroi, anxiété, réaction dépressive, crises névropathiques, états d'agitation, états de prostration, stupeur.....etc.

Et **manifestations psychosomatiques**: céphalées, vomissements, diarrhée, HTA, dyspnée asthmatiforme, urticaire, eczéma, troubles neuro-végétatifs.

A ce stade, il n'existe aucun indice de Pc individuel irréfutable.

## B- la période post-immédiate

- Première éventualité : On assiste en moins de 24 heures à la sédation des symptômes neuro-végétatifs gênants du stress
- Deuxième éventualité : la phase de latence, *période de préparation, d'incubation, de méditation, de contemplation ou de rumination*



**Variable** selon les situations et les individus, allant de quelques **heures/jours**, à plusieurs mois voir des années. C'est un temps apparemment **silencieux**, il montre cependant divers signes: replis sur soi, difficulté d'adaptation, symptômes anxieux, insomnies, syndromes neuro-végétatifs, euphorie paradoxale avec hyper activité, somatisation, troubles du caractère.

il correspond à un travail dynamique de remaniement des défenses de la personnalité.

## C-Phase d'état:

En quelques jours ou quelques semaines :

### a/ Le syndrome de répétition post traumatique:

Pathognomonique du psychotrauma où le patient revit l'expérience :

- Les cauchemars de répétition.
- Ruminations épuisantes.
- Evocations rassurantes.
- Pensées forcées.
- Tics et sursauts.

- Impressions soudaines que l'évènement va se reproduire.
- Gestes de défense ou d'agression.
- Fuite comme si l'évènement se reproduire.
- Etat d'alerte permanent avec évitement des stimuli associé au traumatisme

### **b/ Les symptômes névrotiques associés:**

- sentiment d'être incompris.
- Retrait, attente exigeante, plaintes multiples: quérulence.
- Conflits familiaux, sauts d'humeur, indifférence à la sexualité.



-Baisse de l'efficacité intellectuelle, retentissement professionnel.

**Selon les cas, prédominant:**

-Symptômes hystériques (conversion: cécité, céphalée en casque....).

-Plaintes hypocondriaques.

-Troubles phobiques.

-Symptômes obsessionnels (ruminations, rituels, vérifications).

-Manifestations psychosomatiques: UGD, HTA, asthme.....

## CRITERE DSM 5 : TSPT

- A. **Exposition** à la mort/violence sexuelle (4)
- B. **Reviviscence**: Souvenirs, rêves, dissociation, détresse, indices, R°physiologique ;
- C. **Evitement** : souvenirs, pensées, sentiments, rappels externes
- D. **Cognition et humeur** altérées 7: amnésie, croyances  $\Theta$ , distorsion, émotion  $\Theta$ , désintérêt, détachement, incapacité d'éprouver sentiment +

E. **Éveil et réactivité altérés** : irritabilité, destructeur,  $\checkmark$ vigilance, sursaut, concentration, sommeil

F.  $>$  **1**mois

G. souffrance clinique

H. Pas AMG ni substance

Préciser : dissociation:  $\text{dép}^\circ$ ,  $\text{déR}^\circ$ , expression retardée

# **Caractéristiques liés à l'âge et la culture**

## **–A la culture:**

les sujets qui ont récemment immigré présentent une prévalence élevée de psychotrauma.

## **–Les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant:**

Les SPT de l'enfant sont fréquents, durables et potentiellement graves. Le jeune âge n'est pas protecteur. Le rôle des parents est crucial, ils peuvent servir de «filtre» ou de «bouclier» entre l'évènement et l'enfant.

## **-Le psychotrauma chez les personnes âgées:**

Variable selon qu'il existe ou non un déficit cognitif.

Dans cette catégorie d'âge, le stress post traumatique ne répond pas forcément aux critères énumérés par le DSM. L'évènement provoquant n'est pas hors du commun, il est surtout mal interprété par le sujet.

# Diagnostic différentiel

- **Troubles de l'adaptation** : le facteur de stress n'est pas extrême (départ du conjoint, licenciement ...).
- **Etat de stress aigu** : survient dans les 4 semaines qui suivent l'évènement traumatique, les perturbations durent au max 4 semaines.
- **T.O.C**:  
les pensées intrusives, répétitives sont éprouvées comme inopportunes et ne sont pas associées au vécu d'un évènement traumatique.

- **Simulation:** doit être éliminée dans les situations où une restriction financière, une procédure d'indemnisation et des déterminants médico-légaux jouent un rôle.

- **Autres:** illusions, hallucinations et autres perturbations perceptuelles rencontrés dans la Sx, delirium, troubles psychotiques induits par une substance ou une affection médicale généralisée.

# Evolution

Une affection chronique, grave et invalidante

**Sans TRT:** le syndrome de répétition le plus souvent s'espace, s'atténue au profit d'un enkystement caractériopathique qui se manifeste alors par des troubles de la personnalité.

1/ troubles anxieux

2/ états dépressifs

3/ modification de la personnalité: culpabilité, irritabilité, colère, agressivité

4/ troubles des conduites: drogue, TS

5/ troubles psychotiques :Sx, EPB

6/ Répercussions familiales et professionnelles.



## **Traînée précocement:**

La névrose traumatique a une expression atténuée dans laquelle les répétitions sont moins chargées émotionnellement et les perturbations de la personnalité moins gênantes permettant ainsi une réhabilitation sociale quasi normale

PRISE EN CHARGE

# 1. Prise en charge médico-psychologique

Phase immédiate: 0 –24h (réaction de stress).à  
chaud où on installera le plan ORSEC:

- L'examen somatique est nécessaire.
- Le patient doit être accueilli comme un enfant en détresse.
- Favoriser la parole sans l'imposer.
- Eviter au max l'isolement.

Soutenir et prendre en charge le stress dépassé.

- Le thérapeute doit montrer l'empathie; doit montrer sa disponibilité, son inquiétude, son souci et son engagement vis-à-vis de la victime.
- Les besoins physiologiques assurés (alimentations, boissons,...) .
- Le patient doit être réintégré le plus vite possible dans sa collectivité
- L'utilisation des psychotropes (sédatifs, anxiolytiques) pour les cas extrêmes (sidération, agitation importante).
- Prévention de l'installation du PTSD et ce par le **DEBREIEFING** psychologique.

## Phase post immédiate: 24h-8j

Soit à la queue de stress, soit à la phase de latence soit au psychotrauma.

L'intervention peut être individuelle ou collective.

DEBRIEFING: le traitement consiste idéalement à faire revivre l'évènement traumatisant accompagné de sa charge émotionnelle. Cette méthode est libératrice car elle permet la verbalisation ainsi que la mentalisation du traumatisme afin d'éviter l'installation des ruminations, cauchemars et flash.

Elle permet également, de dépister les sujets à risque qui nécessitent une prise en charge psychothérapique ou chimiothérapique

Phase différée: 8jours et plus

Il s'agit de troubles qui ne sont malheureusement pas ou trop tardivement diagnostiqués. On parlera de prise en charge à froid. Il s'agit d'une prise en charge au long cours.

Elle est du ressort des spécialistes, psychiatres et psychologues à travers des cellules d'écoute, des consultations de psychologie et de psychiatrie.

L'essentiel du traitement est psychothérapique

## **La chimiothérapie:**

La chimiothérapie est fonction de la fluctuation de la symptomatologie.

**Les psychotropes :** les anxiolytiques (BZD, NLP sédatifs) et les AD (tricycliques, IRSS) aussi les thymorégulateurs et plus rarement aux NPL incisifs dans les épisodes psychotiques.

Des études ont montrés que les IRSS étaient indiqués en 1<sup>ere</sup> intention pour la majorité des symptômes spécifiques et non spécifiques

**Psychothérapies** : elles sont multiples à proposer:

1 –Psychothérapie de soutien

2-Technique abréactive ou débriefing (ou catharsis).

3-Cure psychanalytique et psychothérapie analytique

4-Relaxation de Schultz

5 –Hypnose

6-L'approche systémique: Pc après un trauma

7 –TCC: L'immersion imaginaire, Désensibilisation systématique



## 2. Autres prises en charge:

- Médico-chirurgicales selon les besoins.
- Hospitalisations de courte durée si nécessaire devant une conduite suicidaire ou EDC
- Prise en charge sociale: réinsertion SP
- Prise en charge juridique: La réhabilitation passe par la reconnaissance de statut de victime par le thérapeute mais aussi par l'expert (Réparation)