

Les symptômes psycho-traumatiques chez la personne âgée.

Christophe ARBUS
CHU de Toulouse

Hans Selye : « *le stress est la réponse de l'organisme en vue de s'adapter à toute demande de son environnement* »

Introduction

- Un évènement traumatique = **Peur** (confrontation avec le réel de la mort, directement, indirectement ou en tant que témoin)
- Soudain, violent, exceptionnel
- **Taux d'exposition** vie entière : **64 %**
- **Jusqu'à 90% après 75 ans**



➤ **1 à 2 % de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)**

Rappel clinique (DSM-5)

Etat de Stress Aigu (ESA) et Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

« Le monde entier est
Humeur négative
dû être à cet endroit »

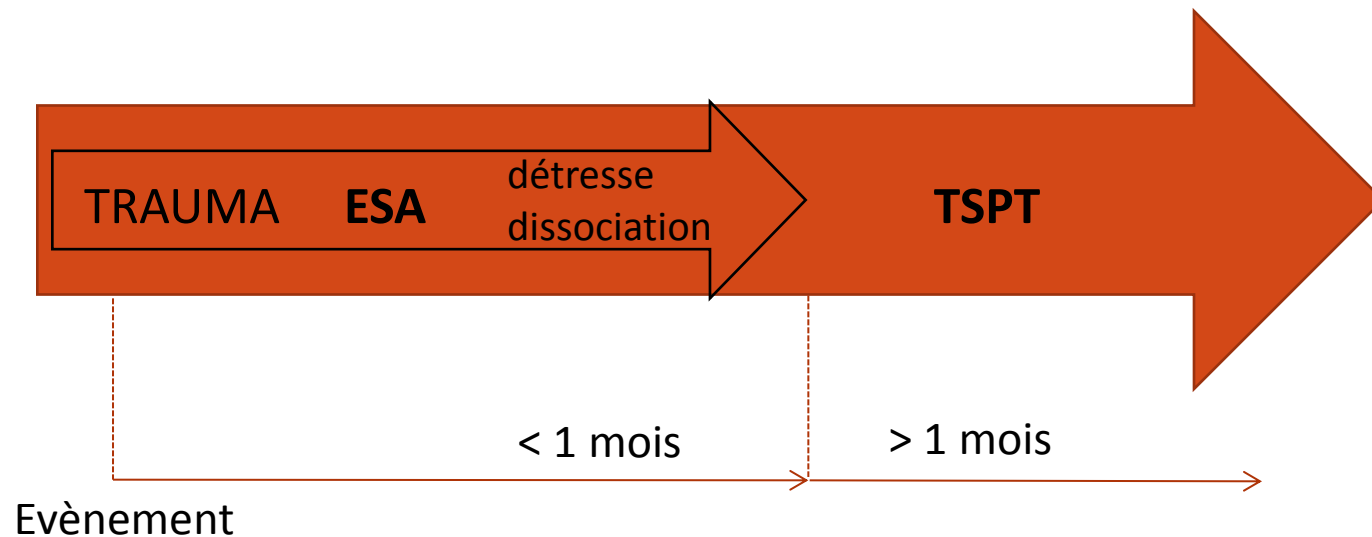
« Je revois constamment
**Symptômes
intrusifs**
l'accident dans ma tête, »



« Depuis mon accident
de voiture, je ne peux
plus me déplacer en
Evitement
voiture, ni repasser par
l'endroit de l'accident »

« Je sursaute pour un
rien »
**Hyperactivité
neurovégétative**
« Je suis très solitaire, souvent
sur mes gardes »

Rappel clinique



- Contrairement à l'édition précédente, le DSM-5 ne présente pas le TSPT comme étant un trouble de l'anxiété, mais plutôt comme un **trouble lié aux traumatismes et à un facteur de stress**
- La réaction émotionnelle subjective au traumatisme n'est plus un critère de diagnostic (**détresse péritraumatique, dissociation**)

Remarque

- Être exposé à un événement potentiellement traumatisant ne suffit pas. Il faut un « vécu traumatique » : effroi, horreur, impuissance, impression d'absence de secours, détresse, dissociation.
- *Ce qui fait trauma pour l'un ne le fait pas pour l'autre.
Ce qui fait trauma pour moi aujourd'hui ne l'eût pas fait hier*

Modalités cliniques évolutives

- 1 - Disparition de tous les symptômes
- 2 - Persistance de tous les symptômes
- 3 - Espacement et atténuation des reviviscences diurnes
- 4 - Modification des cauchemars et des rêves
- 5 - Développement de phobies spécifiques
- 6 - Enkystement caractéropathique et des tr. de la personnalité
- 7 - Ténacité des troubles psychosomatiques
- 8 - Développement de pathologies associées (asthénie, dépression, tr. psychosomatiques, conduites addictives)

En pratique clinique

- - TSPT transitoire (de 3 à 12 mois)
- - TSPT évolutif (plus d'un an, plusieurs années...)
- - TSPT enkysté (de l'ordre de 10 ans), voire définitif (toute la vie)

Le trauma dans le temps

- **Traumatisme ancien**
 - TSPT chronique ou TSPT retardé
 - Informations sur la nature évolutive du trouble
- **Traumatisme actuel ou récent**
 - Vulnérabilité du sujet âgé / TSPT
 - Réactions immédiates (dissociation, détresse)
 - Caractéristiques symptomatiques du trouble

Épidémiologie du TSPT du sujet âgé

- Les études en population générale
- Les études en population spécifiques
 - Seconde guerre mondiale, Holocauste
 - Guerre de Corée
 - Guerre du Vietnam
 - Guerre du Golf
 - Catastrophes naturelles (+/-)
 - Le fait d'autrui, agression de personnes (-)
- Les études prospectives (-)
- Les études précliniques et cliniques sur l'adaptation au stress et sur l'impact du stress au cours du vieillissement

Prévalence en population générale

- Informations sur :
 - TSPT actuel
 - TSPT vie entière
 - Prévalence des traumatismes
- Creamer et Parslow, Am J Geriatr Psychiatry 2008. « *The Australian National Survey of Mental Health* »
 - 11 000 participants, 1792 sujets > 65 ans, TSPT 12 mois

Age	Lifetime Trauma Exposure % (n)			Prevalence of 12-Month PTSD for Those Exposed to Trauma % (n)		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
18-24	56.8 (262)	47.5 (289)	51.5 (551)	3.8 (10)	5.9 (17)	4.9 (27)
25-34	65.0 (611)	51.9 (648)	57.5 (1,259)	2.5 (15)	4.6 (30)	3.6 (45)
35-44	65.3 (739)	55.7 (751)	60.1 (1,490)	2.0 (15)	3.1 (23)	2.6 (38)
45-54	67.5 (550)	55.7 (566)	60.9 (1,116)	2.2 (12)	3.7 (21)	3.0 (33)
55-64	65.4 (410)	51.7 (337)	58.4 (747)	2.0 (8)	1.5 (5)	1.7 (13)
65+	69.5 (508)	40.8 (433)	52.5 (941)	0.4 (2)	0.0 (0)	0.2 (2)
All ages	65.5 (3,080)	50.9 (3,024)	57.4 (6,104)	2.0 (62)	3.2 (96)	2.6 (158)

Prévalence en population générale

- Spitzer et al., J Clin Psychiatry, 2008. « *The Study of Health in Pomerania* »
 - 3170 participants, 851 sujets > 65 ans, TSPT vie entière et 1 mois

Table 2. Comparison of Trauma Exposure Rates and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Prevalence Between the 3 Adult Age Groups

Variable	Young (N = 997)		Middle-Aged (N = 1322)		Elderly (N = 851)		Statistics	
	N	%	N	%	N	%	χ^2	p
Trauma exposure	422	42.3	657	49.7	651	76.5	238.00	≤ .001
PTSD prevalence ^a								
Lifetime	17	4.0	25	3.8	20	3.1	0.83	.661
1-month	15	3.6	17	2.6	10	1.5	4.52	.104

^aPercentages refer to those with a positive trauma history.

Prévalence en population générale

Table 3. Traumatic Events Reported by Elderly Subjects (aged 65 years or older) in Relation to Gender

Event	Total Elderly (N = 851)		Women (N = 402)		Men (N = 449)		Univariate Statistics		Model Adjusted for Age (reference: women)		
	N	%	N	%	N	%	χ^2	p	OR	95% CI	p
Any trauma	651	76.5	292	72.6	359	80.0	6.32	.012	1.41	1.02 to 1.96	.039
Combat or war zone experience	338	39.7	136	33.8	202	45.0	11.03	.001	1.52	1.14 to 2.03	.005
Physical assault	131	15.4	31	7.7	100	22.3	34.53	.001	3.33	2.14 to 5.16	≤ .001
Rape	26	3.1	26	6.5	0	0	...	...	...	...	...
Childhood sexual abuse	6	0.7	5	1.2	1	0.2	3.16	.106 ^a	0.18	0.02 to 1.53	.115
Natural disaster	8	0.9	1	0.2	7	1.6	3.91	.072 ^a	6.32	0.77 to 51.73	.086
Serious/near fatal accident	93	10.9	32	8.0	61	13.6	6.90	.009	1.83	1.17 to 2.88	.009
Imprisonment/torture	155	18.2	13	3.2	142	31.6	114.78	.001	23.98	12.29 to 46.78	≤ .001
Life-threatening illness	130	15.3	46	11.5	84	18.7	8.65	.003	1.74	1.18 to 2.57	.005
Sudden, unexpected death of a loved one	355	41.7	184	45.8	171	38.1	5.15	.023	0.73	0.55 to 0.96	.022
Witnessing/learning about traumas	98	11.5	28	7.0	70	15.6	15.49	.001	2.41	1.51 to 3.83	≤ .001
PTSD prevalence ^b											
Lifetime	20	3.1	12	4.1	8	2.2	1.91	.167	0.52	0.21 to 1.30	.164
1-month	10	1.5	7	2.4	3	0.8	2.60	.107	0.36	0.09 to 1.42	.145

^aFisher exact test.

^bPercentages refer to those with a positive trauma history.

Abbreviation: PTSD = posttraumatic stress disorder.

Symbol: ... = not applicable.

Prévalence en population générale

- Byers, L et al.; Arch Gen Psy, 2010 (NCS-S)
 - 2575 sujets de plus de 55 ans, prévalence sur un an (DSM IV)

Table 2. 12-Month Prevalence Rates of *DSM-IV*/WMH-CIDI Mood, Anxiety, and Comorbid Disorders in 2575 Adults 55 Years and Older

12-mo Disorder	Total, Weighted % (SE) (N = 2575)	Weighted % (SE)				Rao-Scott χ^2	P Value
		55-64 y (n = 1114)	65-74 y (n = 813)	75-84 y (n = 526)	≥85 y (n = 122)		
Mood disorders							
Any mood	4.9 (0.4)	7.6 (0.9)	3.6 (0.6)	1.8 (0.6)	2.4 (1.4)	28.2	<.001
Major depressive disorder	4.0 (0.4)	6.2 (0.8)	3.1 (0.6)	1.1 (0.5)	1.8 (1.3)	25.9	<.001
Dysthymia	0.8 (0.3)	1.2 (0.6)	0.5 (0.2)	0.5 (0.3)	0.5 (0.6)	3.4	.34
Bipolar I or II disorder ^a	0.9 (0.2)	1.4 (0.4)	0.5 (0.3)	0.7 (0.4)	...	...	...
Anxiety disorders							
Any anxiety ^b	11.6 (0.7)	16.6 (1.2)	8.9 (1.1)	6.0 (0.9)	8.1 (2.5)	52.5	<.001
Panic disorder	1.3 (0.3)	2.0 (0.6)	0.6 (0.3)	1.0 (0.4)	0.5 (0.5)	8.8	.03
Agoraphobia without panic	0.8 (0.2)	1.4 (0.4)	0.5 (0.3)	0.4 (0.3)	...	...	...
Specific phobia	6.5 (0.5)	8.8 (0.9)	4.9 (0.9)	4.4 (0.9)	5.1 (2.1)	15.5	.001
Social phobia	3.5 (0.4)	5.1 (0.7)	3.1 (0.6)	1.5 (0.5)	...	...	...
Generalized anxiety disorder	2.0 (0.3)	3.2 (0.5)	1.4 (0.5)	0.8 (0.3)	1.8 (1.2)	12.7	.005
Posttraumatic stress disorder ^c	2.1 (0.4)	4.7 (0.9)	0.6 (0.2)	0.1 (0.1)	0.7 (0.6)	74.8	<.001
Comorbid disorder ^{d,u}	2.8 (0.4)	4.8 (0.8)	1.7 (0.5)	0.9 (0.4)	...	...	...

Prévalence (Populations spécifiques)

- Surtout des vétérans
 - Surtout des hommes...
 - Agressions ? Viols ? AVP ?
 - Quelques données sur les catastrophes naturelles
- Outils de mesures différents +++
- Comorbidités fréquentes (psy et somatiques)
- Difficultés diagnostiques ++, erreurs diagnostiques
- Prévalence identique / sujets jeunes
- Surtout liée à la sévérité du trauma

Averill et Beck,

Journal of Anxiety Disorders, Vol. 14, No. 2, pp. 133–156, 2000

TABLE 2
SAMPLE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER PREVALENCE RATES AMONG WORLD WAR II (WW II) AND KOREAN COMBAT VETERANS

Reference	Sample	Prevalence Rate (%)	Diagnostic Method	Comments
Blake et al. (1990)	Veterans admitted to nonpsychiatric unit WW II veterans not seeking treatment	18% WW II veterans 30% Korean veterans 9%	Mississippi scale for combat-related PTSD; CAPS-1	
Herrman & Eryavec (1994)	WW II veterans living in long-term care facility	23%	SCID; PTSD symptom checklist	57% had chronic course
Kidson et al. (1993)	Veterans attending outpatient psychiatric clinic	45% current PTSD 14% partial remission		
Op den Velde et al. (1993)	147 male Dutch resistance veterans who applied for disability pension	56% current PTSD 34% partial remission	Structured clinical interview at home using <i>DSM-III-R</i> criteria	Onset age varied
Rosen et al. (1989)	Veterans admitted for any psychiatric services	50%	Clinical interview using <i>DSM-III-R</i> criteria	
Sierles et al. (1983)	WW II combat veterans admitted to psychiatric units	27%	Structured clinical interview; SADS	
Spiro et al. (1994)	WW II community-dwelling veterans, Korean veterans exposed to heavy combat, seeking treatment	3.4% (0–12.4%)	Mississippi scale for combat-related PTSD; MMPI-2 Pk Combat Exposure Scale	Rates varied according to measure used

CAPS-1 = Clinician-Administered PTSD Scale; *DSM-III-R* = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, revised; MMPI-2 Pk Scale = Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, posttraumatic stress disorder scale; PTSD = posttraumatic stress disorder; SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SCID = Structured Clinical Interview for the *DSM-III-R*.

Averill et Beck,

Journal of Anxiety Disorders, Vol. 14, No. 2, pp. 133–156, 2000

TABLE 3
SAMPLE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER PREVALENCE RATES AMONG WORLD WAR II (WW II) AND KOREAN PRISONERS OF WAR

Reference	Sample	Prevalence Rate (%)	Diagnostic Method	Comments
Goldstein et al. (1987)	Former Japanese POWs	50%	MMPI data; structured clinical interview	
Guerrero & Crocq (1994)	817 WW II veterans who were POWs in Russia	50% 6 mos captivity 69% 10 mos captivity 67% lifetime	117-item questionnaire using <i>DSM-III-R</i> criteria; structured clinical interview (SADS-L)	
Kluznik et al. (1986)	188 POWs			
Neal et al. (1995)	30 former WW II Far East POWs	30% current PTSD 90% at least 1 symptom	CAPS-1; Impact of Event Scale; Mississippi Scale for Combat Stress Disorders	
Zeiss et al. (1985)	Korean POWs	20% continuous PTSD 36% later-life onset	Clinical surveys	
Zeiss & Dickman (1989)	442 ex-POWs interned in Germany or Japan	55.7%	Clinical interview; three-part rating scale based on <i>DSM-III</i> criteria	No differences based on site of internment

CAPS-1 = Clinician-Administered PTSD Scale; *DSM-III* = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; MMPI = Minnesota Multiphasic Personality Inventory; POW = prisoner of war; PTSD = posttraumatic stress disorder; SADS-L = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime.

Rescapés de camps de concentration

- Grand pourvoyeur d'ESPT chez le sujet âgé, y compris chez ceux âgés de plus de 75 ans et ceux ayant vécu l'holocauste durant leur enfance

Landau et coll., 2000; Cohen et coll., 2003

- 46% d'ESPT au sein d'un groupe de sujets âgés rescapés de l'holocauste (dont les 2/3 avaient vécu l'expérience des camps de la mort) avec trois fois plus de PTSD dans le groupe des rescapés d'Auschwitz

Kuch et Cox, 1992

Traumatisme actuel

- Catastrophes naturelles ou accidents
- Pas d'études concernant les atteintes à la personne...
- Ces études restent rares, instruments de mesure hétérogènes, pas d'études prospectives
- Pas de différence clinique significative entre adultes jeunes et sujets âgés - mêmes risques de TSPT...

(Hagstrom, 1995 ; Goenjian, 1994 ; Yasgan, 2006 ; Chung, 2005)

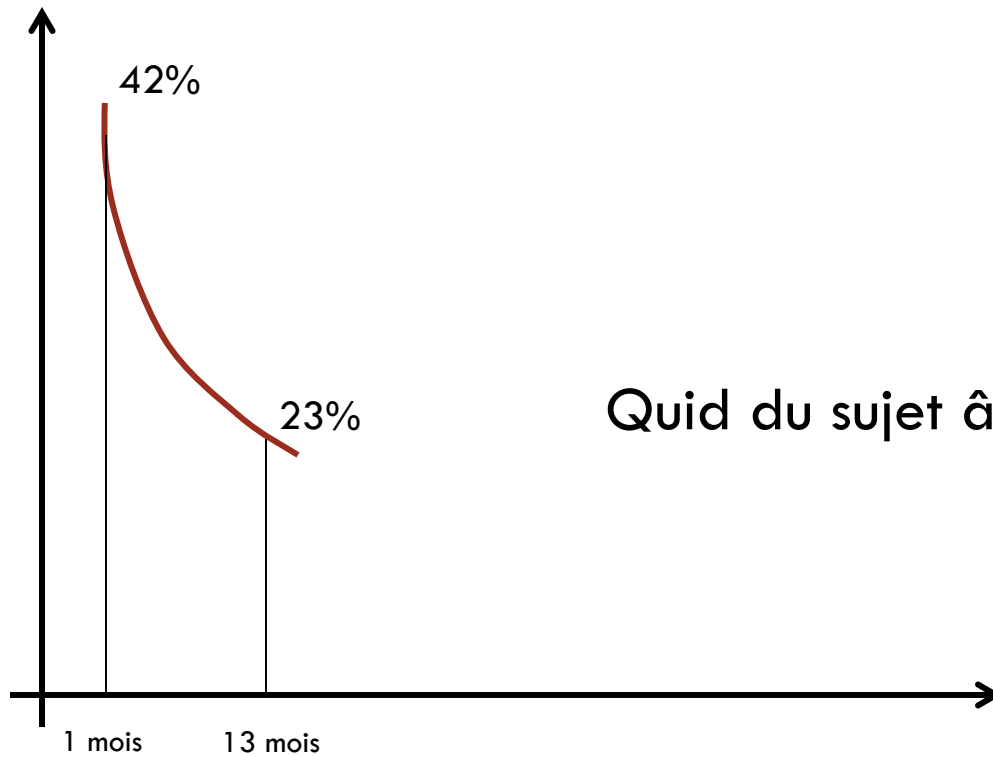
- L'âge est un facteur prédisposant au TSPT.

(Telles, 2009 ; Priebe, 2009 ; Chung, 2009 ; Phifer, 1990)

- Questions :
 - L'âge est-il un facteur de risque ? (adaptation - ; coping +)
 - Les facteurs de risques ne sont peut être pas les mêmes
 - Les réactions immédiates peuvent être différentes

Evolution spontanée du TSPT

Altindag, A., S. Ozen, et al. (2005)



Quid du sujet âgé ?

Étude STAGE - LST

- PHRC inter-régional (Toulouse-Limoges-Bordeaux)
 - Objectif principal : étude des facteurs prédictifs du TSPT (biologiques : cortisol salivaire, polymorphisme génétique et cliniques : PDI, PDEQ)
 - Objectif secondaire : étude de l'incidence du TSPT (CAPS, PCL)
- Critères d'inclusion
 - Age ≥ 65 ans
 - Critère A1
 - Admission aux urgences pour AVP ou agression
 - Avec / sans blessure objective physique mais sans détresse vitale
- S1, S5, M2, M3, M4, M5, M6, M12

Attentes déçues...

- Calcul de la taille de l'échantillon : 200 sujets
- Début des inclusions septembre 2007
- Clôture des inclusions : décembre 2010
- Total des inclusions : 39 sujets
- Attrition
 - M1 : 31 sujets
 - M6 : 25 sujets
 - M12 : 22 sujets

Analyses descriptives

	N=39	N (%)
Sexe	Homme	14 (36)
	Femme	25 (64)
Niveau d'étude	Sans diplôme	6 (15,4)
	BEPC/certificat d'étude	12 (30,8)
	CAP/BEP	8 (20,5)
	BAC	1 (2,6)
	Supérieur	12 (30,8)
Trauma	Agression	16 (41)
	AVP	23 (59)
Lieu de vie	Domicile seul	13 (33,3)
	Domicile avec conjoint	22 (56,4)
	Avec famille	3 (7,7)
	Institution	1 (2,6)
Statut marital	Célibataire	3 (7,7)
	Marié	22 (56,4)
	Séparé	4 (10,3)
	Veuf	10 (25,6)

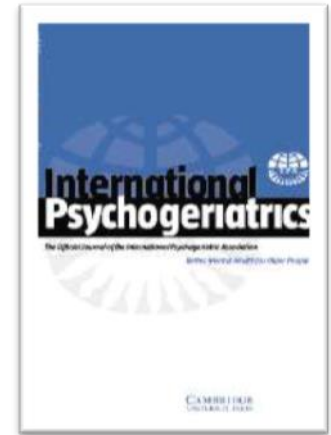
Diagnostic de TSPT

	N total	n TSPT (%)	Commentaires
1 mois	31	6 (19,4)	2 cas aigus
6 mois	25	6 (24)	2 nouveaux cas dont 1 < à 12 mois
12 mois	22	6 (27,3)	1 nouveau cas, 5 cas chroniques dont 1 depuis M 6

- La CAPS permet un diagnostic fiable
- Évaluation de la validité du diagnostic
- Faisabilité chez le sujet âgé

Peritraumatic distress but not dissociation predicts posttraumatic stress disorder in the elderly

Alain Brunet,¹ Steven Sanche,² Aude Manetti,³ Bruno Aouizerate,⁴
Régis Ribéreau-Gayon,⁵ Sandrine Charpentier,⁶ Philippe Birmes⁷
and Christophe Arbus⁷



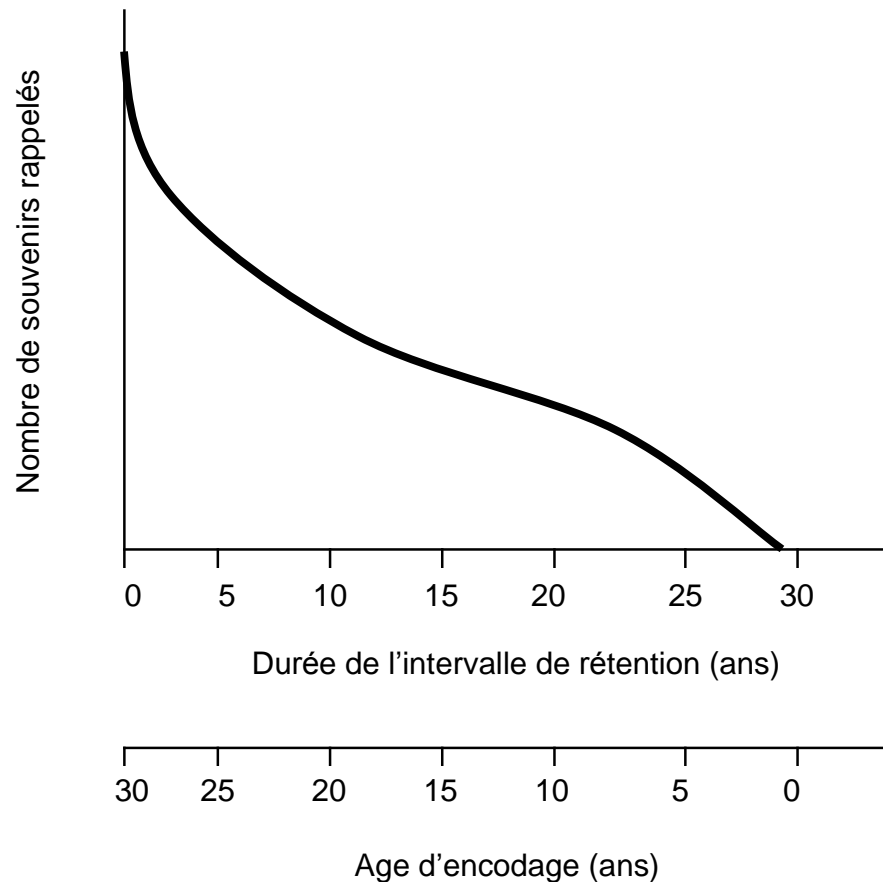
- Pour les patients agressés :
 - la sévérité de symptômes psychotraumatiques était plus importante ($p=0,003$)
 - plus de détresse ($p=0,001$), plus de dissociation ($p=0,004$)
- Une association significative était notée entre la détresse et les trois mesures du TSPT : PCLS ($p=0.008$), CAPS score ($p=0,016$) et CAPS diag. ($p=0,03$)

TSPT à expression retardée (« *delayed-PTSD* »)

- Le phénomène existe... peu d'information sur sa prévalence et facteurs associés - débattu +++
- Intervalle libre souvent très long - réaction initiale ?
- Théorie du pic de réminiscence ?
 - Recherches concernant la mémoire autobiographique (tout souvenir où le soi est objet de l'expérience - maintenir un sentiment d'unité dans la définition de notre identité personnelle)
 - Évolution des souvenirs avec le temps :
 - Amnésie infantile
 - Déclin (loi de Th. Ribot (1839-1916) « *Les maladies de la mémoire* »)
 - Pic de réminiscence (Rubin, 1986)

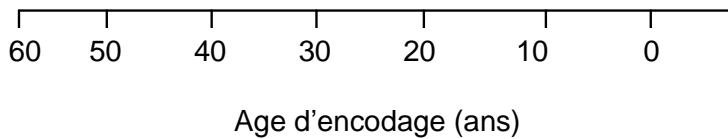
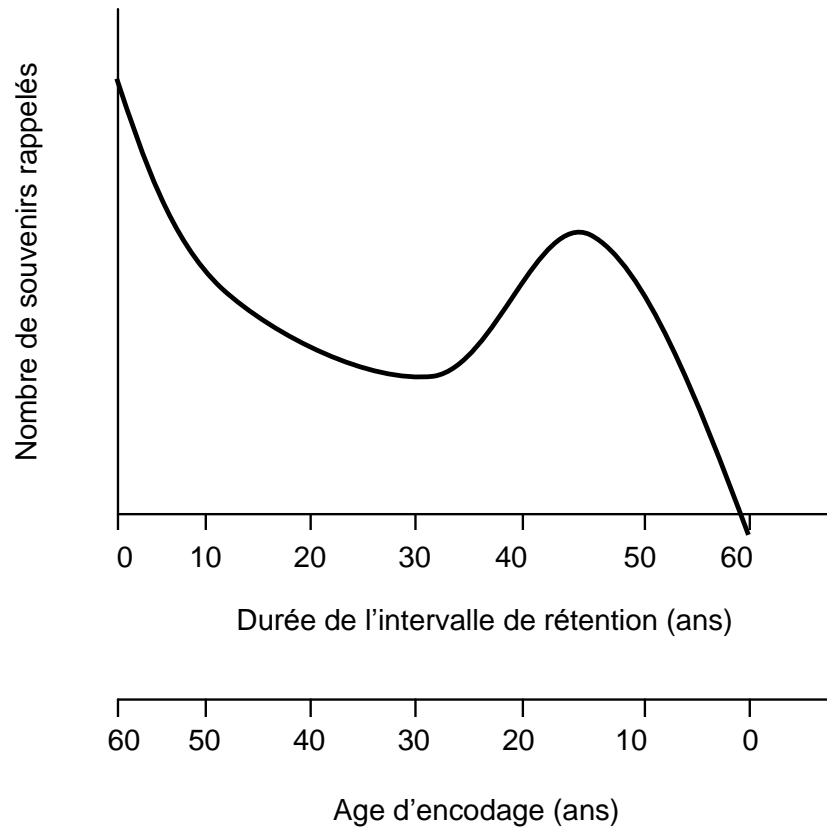
Évolution de souvenirs avec le temps

Courbe d'oubli d'Ebbinghaus



Évolution de souvenirs avec le temps

Distribution temporelle des souvenirs autobiographiques
(Rubin et al. 1986)



TSPT et vieillissement

- Les changements dans les **rôles** sociaux et familiaux et le **déclin fonctionnel** peuvent altérer la capacité à faire face aux souvenirs de trauma anciens ou favoriser **l'accessibilité** aux indices du trauma.
- Recherche d'une connaissance de soi, retour sur l'existence : **focus** sur les événements traumatiques
- Des **facteurs de stress** liés au vieillissement
 - tels que la retraite, les problèmes de santé, la déprivation sensorielle, la perte de revenu, la perte d'êtres chers, la diminution du soutien social, le déclin cognitif sont autant de déterminants du trouble

TSPT et vieillissement

- **Réexposition** à un facteur traumatique +/- similaire (guerre, catastrophe naturelle...) ou assimilé (hospitalisation, contention...)
- **Inefficacité des stratégies d'adaptation** antérieures pour gérer les symptômes de TSPT
 - si elles étaient basées sur l'évitement (comme boire de l'alcool ou l'hyper-investissement au travail)
- Inversement, **les capacités d'adaptation et de résilience** développées au cours d'une vie peuvent être un riche réservoir de ressources d'adaptation dans lequel puiser

Particularités cliniques avec le vieillissement

- **Un tableau incomplet**

- ↗ somatisation
- ↗ irritabilité
- ↗ hypervigilance
- ↘ symptômes intrusifs

- **3 sous-types de TSPT**

- ESPT de novo
- ESPT chronique
- ESPT retardé

- **Complications**

- Dépressive
 - Réponse au traitement plus longue chez les PA souffrant d'EDM et d'ESPT
- Cardiovasculaire
 - Augmentation du risque de maladie coronaire
- Addictologique (OH +++)
- TAG

- **Moins bonne reconnaissance**

- Mauvaise attribution du sympt. Psychique
- Diagnostic « contemporain »

Au total

- Les critères DSM-5 sont adaptés pour le diagnostic du TSPT chez le sujet âgé
- Le profil symptomatique peut être spécifique et doit être mieux défini
- Les études prospectives sont à développer
- L'impact des trauma actuels devront nous renseigner sur les facteurs de risque et l'éventuelle vulnérabilité des sujets âgés vis à vis du TSPT

Au total

- **PTSD et cognition :**
 - Les personnes âgées atteints d'un processus démentiel peuvent présenter plus de symptômes de TSPT.
 - Le TSPT peut être un facteur de risque de maladie neurodégénérative (OR x 2)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION