

PSYCHOMOTRICITÉ ET PSYCHOTRAUMATISME

GROUPE DE LECTURE ET D'ANALYSE N°3

Auteurs principaux : Margaux Chinaud, Allison Gousset, Corinne Hamard-Maurin, Océane Moreira

Co auteurs : Laura Dias Da Silva

1. Introduction

Ces réflexions sont issues d'un groupe de travail réunissant des professionnels et étudiants en psychomotricité. Ce groupe de réflexion et de discussion est centré sur la psychomotricité au sein de la prise en soin du psychotraumatisme. Il s'appuie sur des expériences cliniques et l'analyse de différents articles, mémoires ou ouvrages pluridisciplinaires.

La discussion de ce jour porte sur l'article "*Etat de stress post-traumatique consécutif à une maladie d'Alzheimer : émergence d'une pathologie sous-jacente dans le très grand âge*" de Emmanuel Monfort et Gilles Tréhel, (2017, pp.776-780).

Emmanuel Montfort est maître de conférences en psychologie à l'université Grenoble Alpes et ses recherches portent sur les thèmes de l'autonomie et du vieillissement, des technologies pour l'autonomie des psycho-traumatismes. Gille Tréhel est Docteur en psychologie fondamentale et psychanalyse à l'université Paris-Diderot VII, il est spécialiste du psychotraumatisme et s'intéresse au psychotraumatisme ancien.

Les coauteurs posent ici l'hypothèse, à travers un cas clinique d'un ancien combattant de 93 ans, d'une corrélation entre l'État de Stress Post-Traumatique et une maladie neurovégétative telle que la maladie d'Alzheimer.

2. Définition de l'état de stress post traumatique et de la maladie d'Alzheimer

a) La maladie d'Alzheimer

En 1907, Alois Alzheimer intrigué par la présence de troubles cognitifs chez une patiente de 50 ans, étudie son cerveau suite à son décès. Il met en évidence des lésions cérébrales caractérisées par des plaques bêta-amyloïdes et une dégénérescence neuro-fibrillaire. À la suite de nouvelles observations de lésions dans les cerveaux de patients malades, on commence à

partir des années 60 à évoquer la Maladie d'Alzheimer et la démence. Aujourd'hui, en France 900 000 personnes sont touchées par cette maladie, elle est la première cause de démence et la quatrième cause de mortalité en France.

La maladie d'Alzheimer est, selon les critères diagnostiques du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), (American Psychiatric Association, 2015), un trouble neurocognitif léger (déficit cognitif léger) ou majeur (démence) caractérisé par un déclin de la mémoire et de la capacité d'apprentissage avec un début insidieux et une progression graduelle des symptômes cognitifs et comportementaux. Dans le trouble neurocognitif léger, l'indépendance de la personne est maintenue, ce qui n'est plus le cas dans le trouble neurocognitif majeur (Cf Annexe 1). Elle présente une sémiologie dit des "4 A", désignant les signes cliniques d'un diagnostic positif pour : Amnésie, Agnosie, Apraxie et Aphasie.

b) L'État de Stress Post-Traumatique

Selon les critères diagnostiques du DSM-5, l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT), est un trouble anxieux associé à 8 critères diagnostiques et comportant quatre types de symptômes (Cf Annexe 2) :

- La reviviscence : diurne ou nocturne, spontanée ou réactionnelle
- L'évitement : de personnes, de lieux, d'activités...
- Les cognitions et l'humeur négative : inhibition, abus de substances néfastes, affects dépressifs...
- L'hypervigilance : état d'alerte permanent conduisant à l'épuisement

Il revêt des caractéristiques particulières telles que : avoir vécu ou avoir été témoin d'une situation où des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou été menacés de mort, durant laquelle son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. Le sujet a alors ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance et/ou encore d'horreur.

Les auteurs constatent aussi la présence d'ESPT à expression polymorphe tels que :

- L'ESPT de novo, dans le cas d'un événement récent
- L'ESPT complexe, attaché à des traumatismes répétés
- L'ESPT chronique, causé par la persistance de l'événement
- L'EPST retardé, dans le cas où le patient décompense des années après.

On distingue également l'ESPT chronique et l'ESPT retardé. L'ESPT chronique est diagnostiqué quand le patient présente ce trouble anxieux au-delà des 6 mois après l'événement. L'ESPT à expression retardée se compte lui en années.

Concernant l'ESPT dit retardé, la question du rôle hormonal se pose. En effet, d'un point de vue hormonal, l'ESPT est couramment lié et expliqué par une sécrétion excessive de cortisol sous le contrôle de l'hypothalamus. Une production en quantité élevée de cette hormone, comme dans le cas de l'ESPT, a un effet toxique sur le rétrocontrôle négatif hippocampique de sa propre inhibition (INSERM, 2011). La toxicité du cortisol agira également sur le rôle de mémorisation de l'hippocampe. Il sera alors observé « une dégradation de la mémoire épisodique et des capacités d'apprentissage » (Davezies, 2008, p. 2).

D'après Monfort & Tréhel (2017, p. 776-780), tout individu subit des traumatismes au cours de sa vie : accidents, décès, déménagements, abandons... ~~Et constat est fait que l~~ Habituellement, l'être humain a la capacité d'intérioriser, de métaboliser et d'entrer en résilience. Si les dernières études épidémiologiques dans la population générale mettent en lumière ce phénomène de résilience tout au long de la vie, selon Monfort & Tréhel, on constate par exemple, un taux de prévalence de l'ESPT plus important ~~chez~~ parmi les survivants de la seconde guerre mondiale, qui ont vécu un traumatisme ~~est~~ beaucoup plus important.

De plus, un tableau clinique atténué d'un ESPT pourrait être masqué par une autre pathologie, celui-ci est "dominé par des souvenirs intrusifs, des troubles du sommeil, une sensibilité aux stimuli présents, mais aussi une sensibilité accrue aux difficultés liées à l'âge" (Monfort & Tréhel, 2017, p. 777). Ainsi on retrouve des comorbidités psychiatriques ou psychosomatiques. "Un jour j'ai vu du bleu, qui a fait écho au ciel, même bleu que j'ai regardé durant tout mon viol", (Flament, 2016)

3. Corrélation entre la Maladie d'Alzheimer et l'ESPT

Après un stress important ou un traumatisme, il peut y avoir une période où les capacités de résilience de la personne fonctionnent avec plus ou moins de somatisation. Cela prend en compte la personnalité de la personne, les marques d'éducation etc. A ce moment-là, la personne se trouverait dans la courbe "basse" en imaginant une courbe en U. Cette courbe redescend, le traumatisme est encore présent à bas-bruit, la personne ne présente plus d'anxiété, ce qui n'occasionne pas de demande et donc pas de consultation.

Quand le traumatisme se réveille à la suite d'une baisse des fonctions cognitives, un dépassement émotionnel, l'ESPT apparaît retardé. De façon hypothétique on peut penser qu'avec l'apparition de la démence, les mécanismes cognitifs d'inhibition et de refoulement de l'événement traumatique ne se fait plus aussi bien... C'est en tout cas ce que semblent supposer Tréhel & Montfort (2017, p 778-779).

Dans les cas où l'on retrouve un ESPT retardé après 40 ou 50 ans, on peut aussi s'interroger sur le rôle de la mémoire corporelle et émotionnelle. On le sait, ces types de mémoire semblent persister malgré le vieillissement normal. L'ESPT ressurgit car il n'a peut-être pas été évoqué ou exprimé corporellement et c'est seulement des années après qu'un facteur déclenchant viendrait réactiver le traumatisme. Comme nous l'explique Akian (2018, p 9), ceci serait dû à la présence de l'amygdale, noyau situé dans le cerveau. La mémoire émotionnelle, prenant fonction dans l'amygdale, permettrait la reviviscence du traumatisme.

Des études récentes sur la maladie d'Alzheimer, maladie de civilisation en forte expansion, révèlent des "manifestations tardives d'une symptomatologie post-traumatique, associée à la survenue d'une démence" (Tréhel & Montfort, 2017, p 778-779). Selon l'hypothèse de Tréhel & Montfort, la « résilience » aurait joué son rôle sur l'évènement traumatique mais pas sur l'inscription corporelle des émotions qui l'accompagnent.

L'ESPT est plutôt associé à des troubles de la mémoire et de la vitesse de traitement de l'information. Ainsi il serait possible que "les personnes âgées avec des troubles neurocognitifs oublient les caractéristiques des événements traumatiques qu'ils ont vécus, mais conservent le souvenir des émotions qui leur étaient associées." (Monfort, & Tréhel, 2017, p.777). Ainsi le

contrôle des souvenirs traumatiques anciens serait moins efficace avec la survenue de troubles cognitifs.

4. Hypothèses et contradictions

Durant ces dernières années, des recherches ont débuté concernant la corrélation entre l'EPST et la maladie d'Alzheimer. En 1988, deux anciens combattants de la première guerre mondiale, Hamilton et Workman, atteints d'Alzheimer, sont hospitalisés en psychogériatrie en raison d'agitation croissante, d'une désorientation, de troubles du comportement et d'agitation nocturne (Hamilton JD, Workam Jr RH., 1998 ; 11 : 763-8). Finalement, ces symptômes sont associés au tableau clinique de l'ESPT, 75 ans après l'événement vécu.

Puis en 2001, Van Achterberg et Southwick (2001, 206-7) ont observé une femme âgée de 95 ans, diagnostiquée Alzheimer, qui souffrait également d'un EPST. Survivante du naufrage du Titanic, elle consulte 73 ans plus tard pour un syndrome post-traumatique tardif causé par une détérioration progressive de ses fonctions cognitives.

Ces manifestations sont comparables à ceux des anciens combattants par le symptôme de reviviscence. On retrouve dans les deux cas des symptômes psycho-comportementaux de délire et d'agitation, associés à la survenue de pathologies démentielles.

Mais il existe des exemples contradictoires où l'atteinte des fonctions cognitives paraissait avoir interféré avec la qualité de ces souvenir, mais paradoxalement cela n'empêchait pas la survenue d'un syndrome de répétition.

5. La prise en soin psychomotrice

Nous pouvons à l'instar de Trehel & Montfort (2017), évoquer les moments de toilette, conséquence d'une perte d'autonomie, qui pourrait révéler une reviviscence traumatique. Cette dépendance de soin corporel, soulignée par le patient lui-même comme événement traumatique récent, ferait-elle référence à une émotion actuelle ou passée ? Cette situation, vécue comme une perte de dignité, d'humiliation, de vulnérabilité, voire de mise en danger a-t-elle un rapport avec l'émergence d'un souvenir présent ou passé ?

Les émotions (éprouvé bien réel et présent) pourraient être l'un des derniers bastions de la mémoire du patient, lui permettant d'exprimer un ressenti du passé. Monfort & Tréhel (2017), citent Hiskey et al (2008) pour lesquels, au cours des reviviscences, les souvenirs physiques centrés sur le corps sont plus nombreux, que les souvenirs des émotions ressenties au moment de la situation traumatique” La légitimité d'une prise en charge psychomotrice prend alors tout son sens, à la fois au niveau corporel, mais aussi dans la gestion de ces émotions. D'autant plus que les auteurs émettent l'hypothèse de facteurs prédictifs de l'émergence d'un ESPT en différé : perte d'étayage, événements de rupture spatiale, affective et temporelle. D'où la nécessité de la psychomotricité, d'être à l'écoute de ces souvenirs et de l'émergence de ces derniers chez la personne âgée.

Par exemple, certains psychomotriciens évoquent dans leurs pratiques les cas de résidents avec démences présentant des résistances au toucher, aux soins d'hygiène. On a appris, par l'entourage, qu'ils avaient été victimes de violences corporelles mais ne l'avaient jamais autant évoqué.

D'autres psychomotriciennes rapportent le cas de résidentes qui manifestaient de l'agitation en revivant la scène de découverte de l'infidélité de leur mari.

Quelles seraient les conséquences de troubles davantage liés à l'expression d'un traumatisme ancien qu'à la démence ? Ne devrions-nous pas être plus attentifs à cette possibilité ?

En conséquence, si une médiation ou une situation réveille le traumatisme il s'avère nécessaire d'adapter notre prise en soin. Quelles que soient les pathologies la verbalisation des éprouvés corporels est essentielle. L'écoute approfondie du discours de la famille et des proches, nous guide sur les événements (traumatiques) de sa vie peut-être en rapport avec les des manifestations comportementales qui nous interpellent.

Conclusion :

Nous avons évoqué, l'ESPT dit « retardé », dont les manifestations peuvent apparaître des années après le traumatisme, parfois 40, 50 ans après l'évènement. Les conséquences sont les suivantes :

1. Plusieurs facteurs sous-jacents à l'apparition soudaine d'un état de stress post traumatique pourraient être en corrélation avec l'apparition de démence type Maladie d'Alzheimer.
2. Au même titre que les autres professionnels, les psychomotriciens doivent donc être vigilants à devant l'apparitions des symptômes post traumatiques, notamment chez la personne âgée. Ainsi il faut veiller à observer attentivement les manifestations psychocorporelles du patient, résident, lors de nos accompagnements mais aussi et surtout prendre en compte l'histoire de la personne en s'appuyant sur l'entourage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Akian M., (2018). "Expression d'un corps traumatisé". *Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien*. Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice. Boulogne-Billancourt.

American Psychiatric Association. (2015). "DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux". Elsevier Masson.

INSERM (2011) *Bases neurobiologiques et neuroendocriniennes du stress*. Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/>

Davezies, P. (2008, Octobre). Stress et pouvoir d'agir : données biologiques. *Santé et Travail*, N°64.

Flament Flavie. *Consolation*. (2016). <https://www.elle.fr/People/La-vie-des-people/News/Flavie-Flament-violee-a-13-ans-Avec-ce-livre-j-espere-liberer-la-parole-3325255>).

Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J. S., & Tranel, D. (2014). Feelings without memory in Alzheimer disease. *Cognitive and behavioral neurology*, 27(3), 117.

Hamilton JD, Workam Jr RH. (1998). Persistence of combats-related posttraumatic stress symptoms for 75 years. *J. Trauma Stress* ; 11 : 763-8

Hiskey S, Luckie M, Davies S, Brewin CR. (2008). "The phenomenology of reactivated trauma memories in older adults: a preliminary study". *Aging Ment Health* ;12:494–8.

Laurent Davezies. *“La République et ses territoires : la circulation invisible des richesses”*. (2008), Éd. Le Seuil.

Monfort, E., & Tréhel, G. (2017, November). État de stress post-traumatique consécutif à une maladie d'Alzheimer : émergence d'une pathologie sous-jacente dans le très grand âge. *“In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique”* (Vol. 175, No. 9, pp. 776-780). Elsevier Masson.

Van Achterberg, M. E., Rohrbaugh, R. M., & Southwick, S. M. (2001). "Emergence of PTSD in trauma survivors with dementia". *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(3), 206–207.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Anne Blind Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Margaux Chinaud Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Valentine Dario Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Eugénie Demarest Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Laura Dias Da Silva Psychomotricienne D.E Experte en Psychomotricité, Maîtrise STAPS en neuropsychologie et neurosciences du mouvement : exercice, performance, santé

Alicia Beloucif, Psychomotricienne D.E

Allison Gousset Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Corine Hamard-Maurin Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Océane Moreira Etudiante en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Thomas Simon Étudiant en psychomotricité à l'ISRP PARIS

Mathilde Akian Psychomotricienne D.E

Isabelle Graine Psychomotricienne D.E

Elodie Cottel Psychomotricienne D.E

Bérénice Stringari Psychomotricienne D.E

ANNEXE 1

Critères diagnostics de la démence de type Alzheimer, DSM-V

Voici ces critères :

A. Les critères du trouble neurocognitif majeur (démence) ou du trouble neurocognitif léger sont rencontrés.

B. Début insidieux et progression graduelle d'une déficience dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines).

C. Les critères suivants pour la maladie d'Alzheimer probable ou possible sont rencontrés :

Pour le trouble neurocognitif majeur :

La **maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée si une des conditions suivantes est présente ; autrement, la **maladie d'Alzheimer possible** doit être diagnostiquée.

1. Évidence d'une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer selon l'histoire de la famille ou des tests génétiques.

2. Les trois éléments suivants sont présents :

1. Évidence claire de déclin de la mémoire et de l'apprentissage et d'au moins un autre domaine cognitif (basée sur l'histoire détaillée ou des tests neuropsychologiques).

2. Déclin progressif régulier de la cognition, sans plateaux prolongés.

3. Aucune évidence d'étiologie mixte (c'est-à-dire, absence d'autres maladies neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique, mentale ou systémique ou d'une condition susceptible de contribuer au déclin cognitif).

D. Pour le trouble neurocognitif léger :

La **maladie d'Alzheimer probable** est diagnostiquée s'il y a évidence d'une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer provenant de tests génétiques ou des antécédents familiaux.

La **maladie d'Alzheimer possible** est diagnostiquée s'il n'y a pas d'évidence d'une

mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer provenant de tests génétiques ou de l'histoire de la famille, et les trois des éléments suivants sont présents :

1. Évidence claire de déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
2. Déclin progressif régulier de la cognition, sans plateaux prolongés.
3. Aucune évidence d'étiologie mixte (c'est-à-dire, absence d'autres maladies neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique, ou systémique ou d'une condition susceptible de contribuer au déclin cognitif).

E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou d'un autre trouble mental, neurologique ou systémique.

La présentation typique de la maladie est amnésique (c'est-à-dire, avec une déficience de la mémoire et de l'apprentissage). Des présentations non amnésiques inhabituelles, en particulier des variantes visuo-spatiales et d'aphasie logopénique (langage non fluent), existent également.

À la phase de trouble neurocognitif léger, la maladie d'Alzheimer se manifeste typiquement par une déficience de la mémoire et de l'apprentissage, parfois accompagnée par des déficits de la fonction exécutive.

À la phase de trouble neurocognitif majeur (démence), les capacités visuospatiales et perceptuelles-motrices ainsi que le langage seront également déficients, en particulier lorsque la démence est modérée à sévère. La cognition sociale tend à être conservée jusqu'à tard dans le cours de la maladie.

La prééminence de la perte de mémoire peut causer des difficultés importantes relativement tôt dans le cours de la maladie. La cognition sociale (et donc le fonctionnement social) et la mémoire procédurale (par exemple, danser, jouer des instruments de musique) peuvent être relativement préservées pendant des périodes prolongées.

ANNEXE 2 :

Critères diagnostiques du DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015*) pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10)

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans

Critères A :

Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : *Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.*

Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;*

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ;

3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E :

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F :

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

DSM-5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux American Psychiatric Association, 5th Edition . Arlington VA. American Psychiatric Association 2015, Elsevier Masson/ Date de publication: 07/2015/