peuvent coexister avec une désinhibition du contact social. De plus, un diagnostic de TDAH et un diagnostic de désinhibition du contact social peuvent être simultanément portés chez un même enfant.

Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques 309.81 (F43.10)

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, *cf.* les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
   1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
   2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
   3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
   4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

      N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
   1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

      N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
   2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

      N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
   3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

      N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
   4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
   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 traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
   1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
   2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
   1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
   2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
   3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
   4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, 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. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
   7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
   1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
   2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
   3. Hypervigilance.
   4. Réaction de sursaut exagérée.
   5. Problèmes de concentration.
   6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins

A. Chez l'enfant de 6 ans ou moins, exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
   1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
   2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant.
      N.B. : Être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images.
   3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.
B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
   1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
      N.B. : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.
   2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
      N.B. : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/aux événements traumatiques.
   3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.
   4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
   5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.
C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques,

doivent être présents et débuter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Évitement persistant de stimuli

1. Évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
2. Évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.

Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.
5. Comportement traduisant un retrait social.
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).
2. Hypervigilance.
3. Réaction de sursaut exagérée.
4. Difficultés de concentration.
5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus, et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex., sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts]) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble de critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du trouble stress post-traumatique (TSPT) est le développement de symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques. Les réactions émotionnelles à l'événement traumatique (p. ex. peur, impuissance, horreur) ne font plus partie du critère A[1]. La présentation clinique du TSPT varie. Chez certains individus, la peur de revivre l'expérience traumatique et les symptômes émotionnels et comportementaux qui l'accompagnent peuvent être au premier plan. Pour d'autres, l'anhédonie ou des états d'humeur dysphoriques et les cognitions négatives peuvent être particulièrement douloureux. Chez certains autres individus, l'éveil et des symptômes de réaction extériorisée sont prédominants, tandis que chez d'autres, des symptômes dissociatifs sont au premier plan. Enfin, certaines personnes présentent des combinaisons de ces groupes de symptômes.

Les événements traumatiques directement vécus du critère A incluent mais ne sont pas limités à : l'exposition à la guerre en tant que combattant ou civil, les menaces d'agression ou les agressions physiques effectives (p. ex. agression physique, vol, vol avec violence, abus physique pendant l'enfance), les menaces ou violences sexuelles effectives (p. ex. pénétration sexuelle forcée, pénétration sexuelle sous l'emprise d'alcool ou de drogues, abus sexuel avec ou sans contact, trafic sexuel), le fait d'être enlevé, d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre, les catastrophes naturelles ou causées par l'homme et les accidents graves de la route. Chez les enfants, les événements sexuellement violents peuvent inclure des expériences sexuelles sans blessure ou violence physique mais inappropriées compte tenu du stade de développement. Une maladie mortelle ou une affection médicale potentiellement mortelle n'est pas nécessairement à considérer comme un événement traumatique. Les incidents médicaux qui sont qualifiés comme des événements traumatiques incluent des événements soudains, catastrophiques (p. ex. se réveiller pendant une intervention chirurgicale, choc anaphylactique). Les événements vécus en tant que témoin incluent mais ne sont pas limités à : être témoin d'une blessure grave ou d'une menace de blessure grave, d'une mort non naturelle, de l'abus physique ou sexuel subi par une autre personne suite à une agression violente, de violences domestiques, d'un accident, d'une guerre ou d'une catastrophe, ou d'une catastrophe médicale concernant l'un de ses enfants (p. ex. une hémorragie mettant en jeu le pronostic vital). L'exposition indirecte en apprenant un événement doit concerner des événements affectant des parents proches ou des amis et des événements qui sont violents ou accidentels (p. ex. une mort due à des causes naturelles ne doit pas être prise en considération). De tels événements incluent les agressions personnelles violentes, le suicide, les accidents graves et les blessures graves. Le trouble peut être particulièrement sévère ou de longue durée quand le facteur de stress est interpersonnel et intentionnel (p. ex. torture, violence sexuelle).

L'événement traumatique peut être revécu de diverses façons. Habituellement l'individu a des souvenirs récurrents, involontaires et envahissants de l'événement (critère B1). Les souvenirs envahissants dans le TSPT se distinguent des ruminations dépressives dans la mesure où ils se rapportent uniquement à des souvenirs pénibles, involontaires et intrusifs. L'accent est mis sur les souvenirs récurrents de l'événement qui incluent d'habitude des éléments comportementaux sensoriels, émotionnels ou physiologiques. Un symptôme fréquent de la reviviscence est le rêve pénible qui rejoue l'événement lui-même ou ce qui est représentatif ou thématiquement lié aux menaces majeures impliquées dans l'événement traumatique (critère B2). L'individu peut éprouver des états dissociatifs qui durent de quelques secondes à plusieurs heures ou même

1. NDT. À la différence du DSM-IV.

des jours, pendant lesquels des éléments de l'événement sont revécus et l'individu se comporte comme si l'événement se reproduisait (critère B3). De tels événements arrivent sur un continuum allant de brèves intrusions visuelles ou d'autres intrusions sensorielles liées à l'événement traumatique sans perte d'orientation de la réalité, à une perte de conscience complète de l'environnement actuel. Ces épisodes, souvent mentionnés comme des *flashbacks* (scènes rétrospectives), sont typiquement brefs mais peuvent être associés à une détresse prolongée et à un hyperéveil. Chez les jeunes enfants, la reconstitution d'événements liés au traumatisme peut apparaître dans le jeu ou au cours d'états dissociatifs. Les sentiments de détresse psychique intense (critère B4) ou les réactions physiologiques (critère B5) surviennent fréquemment quand l'individu est exposé à des événements déclencheurs qui ressemblent à un aspect de l'événement traumatique ou qui le symbolisent (p. ex. des jours venteux après un ouragan, voir quelqu'un qui ressemble à son agresseur). Le facteur déclenchant peut être une sensation physique (p. ex. des vertiges pour les survivants d'un trauma crânien, des battements de cœur rapides pour un enfant précédemment traumatisé), particulièrement chez les individus pour lesquels le tableau clinique est riche en symptômes somatiques.

Les stimuli associés au traumatisme sont constamment (p. ex. toujours ou presque toujours) évités. L'individu fait généralement des efforts délibérés pour éviter des pensées, des souvenirs, des sentiments ou des conversations associés à l'événement traumatique (p. ex. en utilisant des techniques de distraction pour éviter des rappels internes) (critère C1) et éviter des activités, des objets, des situations ou des gens qui en réveillent le souvenir (critère C2).

Des altérations négatives des cognitions ou de l'humeur associées à l'événement débutent ou s'aggravent après l'exposition à l'événement. Ces altérations négatives peuvent prendre des formes diverses, y compris l'incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique ; une telle amnésie est typiquement due à l'amnésie dissociative et n'est pas due à un traumatisme crânien, l'alcool ou des médicaments (critère D1). Une autre forme consiste en des attentes exagérément négatives et persistantes (c.-à-d. toujours ou presque toujours) quant à des aspects importants de la vie concernant soi-même ou d'autres personnes, ou quant à l'avenir (p. ex. « j'ai toujours eu un mauvais jugement », « les gens ayant autorité ne sont pas dignes de confiance ») et qui peuvent se manifester comme une altération négative de l'identité apparente depuis le traumatisme (p. ex. « je n'aurai plus jamais confiance en personne ») (critère D2). Les individus souffrant d'un TSPT peuvent avoir des distorsions cognitives persistantes à propos de la cause de l'événement traumatique qui les poussent à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes (p. ex. « c'est entièrement de ma faute si mon oncle a abusé de moi ») (critère D3). Un état émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité, honte) a débuté ou s'est aggravé après l'exposition à l'événement (critère D4). L'individu peut éprouver une réduction nette de l'intérêt pour des activités précédemment appréciées ou une diminution de la participation à ces mêmes activités (critère D5), un sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres (critère D6), ou une incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (particulièrement le bonheur, la joie, la satisfaction ou des émotions associées à l'intimité, la tendresse et la sexualité) (critère D7).

Les individus souffrant d'un TSPT peuvent manifester des accès de colère voire un comportement verbal et/ou physique agressif avec peu ou pas de provocation (p. ex. crier sur autrui, commencer des bagarres, détruire des objets) (critère E1). Ils peuvent aussi avoir des comportements irréfléchis ou autodestructeurs comme la conduite imprudente, l'usage excessif d'alcool ou de drogues, ou des comportements d'automutilation ou suicidaires (critère E2). Le TSPT est souvent caractérisé par une sensibilité accrue aux menaces potentielles, y compris celles qui sont liées à l'expérience traumatique

(p. ex. être particulièrement sensible à la menace potentiellement posée par des voitures ou des camions après un accident de véhicule automobile) et celles non liées à l'événement traumatique (p. ex. en ayant peur de faire une crise cardiaque) (critère E3). Les individus souffrant d'un TSPT peuvent être très réactifs à des stimuli inattendus, en montrant une réaction de sursaut exagérée ou une nervosité, en réponse aux bruits forts ou à des mouvements inattendus (p. ex. en sursautant en réponse à une sonnerie de téléphone) (critère E4). Des difficultés de concentration, y compris la difficulté de se rappeler des événements quotidiens (p. ex. oublier son numéro de téléphone) ou de faire attention au cours de tâches précises (p. ex. suivre une conversation soutenue pendant une période prolongée) sont habituellement rapportées (critère E5). Les difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil sont fréquentes et peuvent être associées à des cauchemars et des préoccupations concernant sa sécurité ou à un niveau d'éveil généralisé élevé qui interfère avec la qualité du sommeil (critère E6). Certains individus éprouvent également des symptômes dissociatifs persistants de détachement de leurs corps (dépersonnalisation) ou du monde qui les entoure (déréalisation) ; cela est noté à l'aide de la spécification « avec symptômes dissociatifs ».

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Le trouble peut être associé à une régression du développement, comme la perte du langage chez les jeunes enfants. Il peut également y avoir des pseudo-hallucinations auditives, comme l'expérience sensorielle d'entendre ses pensées parlées avec une ou plusieurs voix différentes, et des idéations de persécution. À la suite d'événements traumatiques prolongés, répétés et sévères (p. ex. abus subis pendant l'enfance, torture), l'individu peut de plus éprouver des difficultés à gérer ses émotions ou à maintenir des relations interpersonnelles stables, ou éprouver des symptômes dissociatifs. Quand l'événement traumatique est une mort violente, des symptômes tant de deuil problématique que de TSPT peuvent être présents.

Prévalence

Aux États-Unis, le risque sur la vie entière pour le TSPT défini en utilisant les critères du DSM-IV est de à 8,7 % à 75 ans. La prévalence à 12 mois chez les adultes est d'environ 3,5 % aux États-Unis. Des estimations inférieures ont été trouvées en Europe et dans la plupart des pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine, s'élevant à environ 0,5-1,0 %. Bien que des groupes différents aient des niveaux différents d'exposition à des événements traumatiques, la probabilité conditionnelle de développer un TSPT après un degré semblable d'exposition peut aussi varier selon les groupes culturels. Les taux de TSPT sont plus élevés parmi les vétérans et d'autres personnes dont la profession augmente le risque d'exposition traumatisante (p. ex. policiers, pompiers, personnel médical de secours). Les taux les plus élevés (allant d'un tiers à plus de la moitié de ceux qui sont exposés) sont trouvés parmi les personnes ayant survécu à un viol, un combat militaire, une captivité, ou un internement ou un génocide pour des raisons ethniques ou politiques. La fréquence du TSPT peut varier selon le stade du développement. Chez les enfants et les adolescents, y compris les enfants préscolaires, on a habituellement montré une fréquence relativement peu élevée après l'exposition à des événements traumatisants sérieux ; cependant, cela peut être lié au fait que les critères utilisés précédemment étaient insuffisamment détaillés sur le plan développemental. La prévalence du TSPT répondant entièrement aux critères diagnostiques semble également être plus basse chez les adultes plus âgés comparativement à la population générale ; il semble que les cas de TSPT ne répondant pas entièrement aux critères diagnostiques sont plus fréquents que ceux qui y répondent entièrement chez les personnes âgées et que leurs symptômes sont associés à une altération clinique importante. En

comparaison avec les Américains blancs non hispaniques, des taux de TSPT plus élevés ont été rapportés chez les Américains d'origine hispanique, les Afro-Américains et les Indiens d'Amérique, et des taux moins élevés chez les Américains d'origine asiatique, après ajustement selon l'exposition traumatique et les variables démographiques.

Développement et évolution

Le TSPT peut survenir à n'importe quel âge, à partir de la 1re année de la vie. Les symptômes débutent habituellement dans les 3 premiers mois après le traumatisme mais il peut y avoir un retard de quelques mois, voire de quelques années avant que les critères diagnostiques ne soient remplis. Il existe une foule d'arguments en faveur de ce que le DSM-IV a appelé « à survenue différée » mais qui est maintenant appelé « à expression retardée » pour souligner que certains symptômes apparaissent de façon typique immédiatement après le traumatisme et que le retard concerne l'apparition des critères au complet.

Fréquemment, la réaction d'un individu à un traumatisme remplit initialement les critères pour le trouble stress aigu juste après le traumatisme. Les symptômes du TSPT et la prédominance relative de certains symptômes peuvent varier au fil du temps. La durée des symptômes varie aussi, avec un rétablissement complet à 3 mois chez approximativement la moitié des adultes, tandis que certains individus restent symptomatiques pendant plus de 12 mois et parfois pendant plus de 50 ans. Il peut y avoir une récurrence et une intensification des symptômes en réponse à des rappels du traumatisme original, à des facteurs de stress de la vie quotidienne ou à de nouveaux événements traumatiques. Chez les individus âgés, le déclin de la santé, l'altération du fonctionnement cognitif et l'isolement social peuvent renforcer les symptômes du TSPT.

Les manifestations cliniques de la reviviscence peuvent varier au cours du développement. Les jeunes enfants peuvent rapporter la réapparition de rêves effrayants sans contenu spécifique lié à l'événement traumatique. Avant 6 ans (*cf.* les critères pour le sous-type préscolaire), les jeunes enfants ont plus tendance à exprimer des symptômes de reviviscence par le jeu qu'à se référer directement ou symboliquement au traumatisme. Ils peuvent ne pas manifester de réactions de peur au moment de l'exposition ou pendant la reviviscence. Les parents peuvent rapporter une vaste gamme de changements émotionnels ou comportementaux chez les jeunes enfants. Les enfants peuvent se concentrer sur des interventions imaginées dans leur jeu ou leur récit. En plus de l'évitement, les enfants peuvent devenir préoccupés par des choses qui rappellent le traumatisme. Comme les jeunes enfants ont des difficultés à exprimer des pensées ou à étiqueter des émotions, les altérations négatives des cognitions ou de l'humeur ont tendance à concerner principalement des modifications de l'humeur. Les enfants peuvent être soumis à plusieurs traumatismes en même temps (p. ex. abus physique, être témoin de violence familiale) et être incapables d'identifier le début de symptômes survenant dans un contexte chronique. Un comportement évitant peut être associé à une limitation du jeu ou du comportement exploratoire chez les jeunes enfants, à une réduction de la participation à de nouvelles activités chez les enfants d'âge scolaire ou à une réticence à poursuivre des opportunités d'épanouissement chez les adolescents (p. ex. sortir avec un garçon/une fille, conduire une voiture). Les enfants plus âgés et les adolescents peuvent se juger comme lâches. Les adolescents peuvent entretenir l'impression qu'ils présentent des changements qui les rendent socialement indésirables et les écartent de leurs pairs (p. ex. « maintenant je ne trouverai jamais ma place »), et leur font perdre leurs ambitions pour le futur. L'irritabilité ou l'agressivité des enfants et des adolescents peuvent interférer avec les relations avec les pairs et le comportement scolaire. Les comportements imprudents peuvent conduire à des blessures accidentelles chez soi-même ou chez les autres, inciter à la recherche de sensations ou à des

comportements à haut risque. Les individus qui continuent à souffrir d'un TSPT à un âge adulte avancé peuvent exprimer moins de symptômes d'hyperéveil, d'évitement, de cognitions négatives et d'altérations de l'humeur par rapport à des adultes plus jeunes présentant un TSPT, bien que les adultes qui ont été exposés à des événements traumatisants à un âgé avancé puissent présenter plus d'évitements, d'hyperéveil, de problèmes de sommeil et de crises de pleurs que des adultes plus jeunes exposés aux mêmes événements traumatisants. Chez les individus plus âgés, le trouble est associé à des perceptions négatives de sa santé, au recours aux soins de santé primaire et à des idées suicidaires.

Facteurs de risque et pronostiques

Les facteurs de risque (et les facteurs protecteurs) sont généralement divisés en pré, péri et post-traumatiques.

Facteurs prétraumatiques

Tempéramentaux. Ceux-ci incluent les problèmes émotionnels durant l'enfance dès l'âge de 6 ans (p. ex. expositions traumatiques antérieures, problèmes d'extériorisation ou d'anxiété) et des troubles mentaux antérieurs (p. ex. trouble panique, trouble dépressif, TSPT ou trouble obsessionnel-compulsif [TOC]).

Environnementaux. Ceux-ci incluent un statut socio-économique bas, un niveau éducatif bas, l'exposition à des traumatismes antérieurs (particulièrement pendant l'enfance), des circonstances défavorables durant d'enfance (p. ex. dénuement économique, dysfonctionnement familial, séparation parentale ou mort parentale), des caractéristiques culturelles (p. ex. stratégies d'adaptation fatalistes ou auto-accusatrices), un bas niveau intellectuel, un statut ethnique minoritaire et des antécédents psychiatriques familiaux. La présence d'un support social avant l'exposition à l'événement est protectrice.

Génétiques et physiologiques. Ceux-ci incluent le genre féminin et un âge jeune au moment de l'exposition au traumatisme (pour les adultes). Certains génotypes peuvent être protecteurs ou augmenter le risque de TSPT après l'exposition à des événements traumatisants.

Facteurs péritraumatiques

Environnementaux. Ceux-ci incluent : la sévérité (le degré) du traumatisme (plus grande est l'ampleur du traumatisme, plus grande est la probabilité de TSPT), la perception d'une menace mortelle, les blessures physiques, la violence interpersonnelle (en particulier lorsque le traumatisme est commis par une personne qui est en charge du sujet ou, chez l'enfant, le fait d'être témoin d'une menace faite à une personne qui en est responsable) et, pour le personnel militaire, être l'auteur de violences, être témoin d'atrocités, ou tuer l'ennemi. Enfin, la survenue d'une dissociation pendant le traumatisme et sa persistance après le traumatisme sont un facteur de risque.

Facteurs post-traumatiques

Tempéramentaux. Ceux-ci incluent les évaluations négatives, les stratégies d'adaptation inadéquates et le développement d'un trouble stress aigu.

Environnementaux. Ceux-ci incluent : l'exposition ultérieure à des rappels répétés bouleversants, les événements de vie ultérieurs défavorables et les pertes financières ou autres pertes en lien avec le traumatisme. Le support social (y compris, pour les

enfants, la stabilité familiale) est un facteur protecteur qui modère l'évolution après le traumatisme.

Questions diagnostiques liées à la culture

Le risque de survenue et la sévérité du TSPT peuvent différer selon les groupes culturels en raison de variations dans le type d'exposition traumatique (p. ex. génocide), de l'impact sur la sévérité du trouble provenant de la signification attribuée à l'événement traumatique (p. ex. incapacité à exécuter des rites funéraires après un meurtre de masse), du contexte socioculturel en cours (p. ex. résider parmi les auteurs d'actes criminels impunis après un conflit) et d'autres facteurs culturels (p. ex. stress acculturatif chez les immigrants). Le risque relatif pour le TSPT résultant d'expositions particulières (p. ex. persécutions religieuses) peut varier selon les groupes culturels. L'expression clinique des symptômes ou des groupes de symptômes du TSPT peut varier selon les cultures, particulièrement en ce qui concerne les symptômes d'évitement et d'anesthésie émotionnelle, les rêves bouleversants et les symptômes somatiques (p. ex. vertiges, essoufflement, sensations de chaleur).

Les syndromes culturels et les vocabulaires de détresse propres à une culture influencent l'expression du TSPT et la gamme de troubles comorbides, selon les cultures, en fournissant des modèles comportementaux et cognitifs qui lient les expositions traumatiques avec des symptômes spécifiques. Par exemple, les symptômes d'une attaque de panique peuvent être marqués dans le TSPT chez les Cambodgiens et les Sud-Américains en raison d'une association entre exposition traumatique et attaque de *khyâl* et *ataque de nervios* ressemblant à des attaques de panique. Une évaluation approfondie des expressions locales du TSPT devrait inclure l'évaluation des concepts culturels de détresse (*cf.* « Formulation culturelle » dans la section III).

Questions diagnostiques liées au genre

Le TSPT est plus répandu chez les femmes que chez les hommes sur la vie entière. Les femmes en population générale souffrent de TSPT sur une durée plus longue que les hommes. Au moins une part du risque accru de TSPT chez les femmes semble imputable à la probabilité plus grande d'exposition à certains événements traumatiques, comme le viol et d'autres formes de violence interpersonnelle. Dans les populations exposées spécifiquement à de tels facteurs de stress, les différences de risque de survenue d'un TSPT selon le genre sont réduites ou insignifiantes.

Risque suicidaire

Les événements traumatiques comme les mauvais traitements subis durant l'enfance augmentent le risque individuel de suicide. Le TSPT est associé à une idéation suicidaire et à des tentatives de suicide et la présence du trouble peut indiquer quels individus avec une idéation suicidaire vont en fin de compte planifier un suicide ou faire une tentative de suicide.

Retentissement fonctionnel du trouble stress post-traumatique

Le TSPT est associé à un haut niveau de handicap physique, social et professionnel, ainsi qu'à des coûts économiques considérables et des niveaux élevés d'utilisation des soins de santé. L'altération du fonctionnement s'observe dans le domaine social, interpersonnel, développemental, éducatif, physique et professionnel. Dans la communauté et chez les vétérans, le TSPT est associé à des relations sociales et familiales médiocres, un absentéisme au travail, un revenu inférieur et une plus faible réussite éducative et professionnelle.

Diagnostic différentiel

Troubles de l'adaptation. Dans les troubles de l'adaptation, le facteur de stress peut avoir n'importe quelle sévérité ou être de n'importe quel type à la différence de ce qui est requis pour le critère A du TSPT. Le diagnostic d'un trouble de l'adaptation est utilisé quand la réponse à un facteur de stress répond au critère A du TSPT mais ne remplit pas tous les autres critères du TSPT (ou les critères d'un autre trouble psychique). On fait également un diagnostic de trouble de l'adaptation quand les symptômes du TSPT surviennent en réponse à un facteur de stress qui ne répond pas au critère A du TSPT (p. ex. départ du conjoint, licenciement).

Autres troubles et affections post-traumatiques. La psychopathologie qui apparaît chez des individus exposés à un facteur de stress extrême ne doit pas obligatoirement être attribuée à un TSPT. Le diagnostic requiert que l'exposition à un traumatisme précède le début ou l'exacerbation de symptômes pertinents. De plus, si les symptômes survenant en réponse à un facteur de stress extrême répondent aux critères d'un autre trouble psychique, on doit porter ce diagnostic au lieu de ou en plus de celui de TSPT. D'autres diagnostics et affections sont exclus s'ils sont mieux expliqués par un TSPT (p. ex. symptômes du trouble panique survenant uniquement après l'exposition à des rappels traumatiques). S'ils sont graves, les symptômes survenant en réponse à un facteur de stress extrême peuvent justifier un diagnostic séparé (p. ex. amnésie dissociative).

Trouble stress aigu. Le trouble stress aigu se distingue du TSPT par le fait que la durée des symptômes du trouble stress aigu est limitée entre 3 jours et 1 mois après l'exposition à l'événement traumatique.

Troubles anxieux et trouble obsessionnel-compulsif. Dans le TOC, il y a des pensées intrusives récurrentes mais celles-ci répondent aux critères d'une obsession. De plus, les pensées intrusives ne sont pas liées à un événement traumatique vécu par la personne, elles sont habituellement associées à des compulsions et les autres symptômes du TSPT ou du trouble stress aigu sont typiquement absents. Ni l'éveil et les symptômes dissociatifs du trouble panique ni l'évitement, l'irritabilité et l'anxiété de l'anxiété généralisée ne sont associés à un événement traumatique spécifique. Les symptômes de l'anxiété de séparation sont clairement liés à la séparation de la maison ou de la famille plutôt qu'à un événement traumatique.

Trouble dépressif caractérisé. La dépression caractérisée peut être précédée ou non par un événement traumatique et le diagnostic peut être posé si les autres symptômes du TSPT sont absents. Spécifiquement, l'épisode dépressif caractérisé n'inclut pas de symptômes des critères B ou C du TSPT. Il n'inclut pas non plus certains symptômes des critères D ou E du TSPT.

Troubles de la personnalité. Les difficultés interpersonnelles qui surviennent, ou qui sont fortement exacerbées, après l'exposition à un événement traumatique peuvent orienter vers un diagnostic de TSPT plutôt que vers celui d'un trouble de la personnalité, dans lequel on s'attendrait à de telles difficultés indépendamment de toute exposition traumatique.

Troubles dissociatifs. L'amnésie dissociative, le trouble dissociatif de l'identité et la dépersonnalisation/déréalisation peuvent être ou ne pas être précédés par l'exposition à un événement traumatique ou peuvent présenter ou ne pas présenter de symptômes de TSPT concomitants. Quand les critères complets du TSPT sont également présents, on doit évoquer le sous-type de TSPT « avec symptômes dissociatifs ».

Trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle). La survenue de symptômes somatiques dans un contexte de détresse post-traumatique

peut être évocatrice d'un TSPT plutôt que d'un trouble de conversion (trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle).

Troubles psychotiques. Les *flashbacks* (scènes rétrospectives) survenant au cours d'un TSPT doivent être distingués des illusions, des hallucinations et d'autres troubles des perceptions pouvant survenir au cours de la schizophrénie, des épisodes psychotiques brefs et d'autres troubles psychotiques, des troubles dépressifs et bipolaires avec caractéristiques psychotiques, d'un état confusionnel (delirium), des troubles induits par une substance/un médicament et d'un trouble psychotique dû à une autre affection médicale.

Lésion cérébrale traumatique. Quand une lésion cérébrale survient dans le contexte d'un événement traumatique (p. ex. accident traumatique, explosion d'une bombe, traumatisme d'accélération/ralentissement), elle peut s'accompagner de certains des symptômes d'un TSPT. Un événement causant un traumatisme crânien peut aussi constituer un événement traumatique psychologique, et les symptômes neurocognitifs liés à la lésion cérébrale traumatique (LCT) n'excluent pas un TSPT et peuvent survenir simultanément. Les symptômes appelés postcommotionnels dans le passé (p. ex. céphalées, vertiges, hypersensibilité à la lumière ou au bruit, irritabilité, troubles de la concentration) peuvent survenir dans les populations avec et sans lésions cérébrales, y compris chez les individus souffrant d'un TSPT. Comme les symptômes du TSPT et les symptômes neurocognitifs liés à une LCT peuvent se chevaucher, le diagnostic différentiel entre TSPT et symptômes d'un trouble neurocognitif imputable à une LCT doit reposer sur la présence des symptômes qui sont distinctifs de chaque tableau clinique. Alors que la reviviscence et l'évitement sont caractéristiques du TSPT et ne sont pas les effets de la LCT, la persistance d'une désorientation et d'une confusion sont plus spécifiques d'une LCT (effets neurocognitifs) que d'un TSPT.

Comorbidité

Les individus souffrant d'un TSPT ont 80 % plus de risques que ceux sans TSPT d'avoir des symptômes répondant aux critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychique (p. ex. dépressif, bipolaire, anxieux ou de l'usage d'une substance). La comorbidité avec un trouble de l'usage d'une substance et un trouble des conduites est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Parmi le personnel combattant des États-Unis et les vétérans de combat qui ont participé aux guerres récentes d'Afghanistan et d'Irak, la survenue simultanée d'un TSPT et d'une LCT légère était de 48 %. Bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation et de l'anxiété de séparation. Enfin, il y a une comorbidité considérable entre TSPT et troubles neurocognitifs majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ces troubles.

Trouble stress aigu

Critères diagnostiques — 308.3 (F43.0)

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :
   1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
   2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. **N.B. :** Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
   N.B. : Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

Symptômes envahissants

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
   N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
   N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
   N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

Humeur négative

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (p. ex. se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

Symptômes d'évitement

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Symptômes d'éveil

10. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
12. Hypervigilance.
13. Difficultés de concentration.
14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.
N.B. : Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.

D. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale (p. ex. lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

Caractéristiques diagnostiques

La caractéristique essentielle du trouble stress aigu est le développement de symptômes caractéristiques persistant de 3 jours à 1 mois après l'exposition à un ou des événements traumatiques. Les événements traumatiques directement vécus incluent mais ne sont pas limités à : l'exposition à la guerre en tant que combattant ou civil, les menace d'agression ou les agressions physiques effectives (p. ex. violence sexuelle, violence physique, combat actif, violence physique et/ou sexuelle pendent l'enfance, enlèvement, prise d'otage, attaque terroriste, torture), les catastrophes naturelles ou causées par l'homme (p. ex. tremblement de terre, ouragan, accident d'avion) et les accidents graves (p. ex. accident de voiture grave ou accident industriel). Chez les enfants, les événements sexuels traumatiques peuvent inclure des expériences sexuelles inappropriées sans qu'il y ait violence ou blessure. On ne considère pas nécessairement comme événement traumatique une maladie mortelle ou invalidante. Les incidents médicaux qualifiés comme des événements traumatiques impliquent des événements soudains, catastrophiques (p. ex. se réveiller pendant une intervention chirurgicale, choc anaphylactique). Les événements stressants qui ne comportent pas les caractéristiques sévères et traumatiques du critère A peuvent conduire à un diagnostic de trouble de l'adaptation mais pas à celui de trouble stress aigu.

La présentation clinique du trouble de stress aigu peut varier selon les individus mais elle implique typiquement une réaction anxieuse associée à l'une ou l'autre forme de reviviscence ou de réactivité à l'événement traumatique. Chez certaines personnes, une présentation dissociative ou détachée peut être au premier plan, bien que celles-ci présentent aussi typiquement une réactivité émotionnelle ou physiologique intense en réponse aux rappels du traumatisme. Chez d'autres individus, il peut y avoir une forte réaction de colère caractérisée par une irritabilité voire des réponses agressives. Le tableau symptomatique doit être présent pendant au moins 3 jours après l'événement traumatique et le diagnostic peut être posé seulement jusqu'à 1 mois après l'événement. Les symptômes qui apparaissent immédiatement après l'événement mais qui se résolvent en moins de 3 jours ne répondent pas aux critères d'un trouble stress aigu.

Les événements vécus en tant que témoin incluent mais ne sont pas limités à : être témoin d'une blessure grave ou d'une menace de blessure grave, d'une mort non naturelle, de l'abus physique ou sexuel subi par une autre personne suite à une agression violente, de violences domestiques graves, d'un accident sévère, d'une guerre ou d'une catastrophe médicale concernant l'un de ses enfants (p. ex. hémorragie mettant en jeu le pronostic vital). L'exposition indirecte en apprenant un événement doit concerner des événements affectant des parents proches ou des amis et des événements qui sont violents ou accidentels (p. ex. une mort due à des causes naturelles ne doit pas être prise en considération). De tels événements incluent les agressions personnelles violentes, le suicide, les accidents graves et les blessures graves. Le trouble peut être particulièrement sévère ou de longue durée quand le facteur de stress est interpersonnel et intentionnel (p. ex. torture, violence sexuelle). La probabilité de développer ce trouble augmente avec l'intensité et la proximité physique du facteur de stress.

L'événement traumatique peut être revécu de diverses façons. Habituellement, l'individu a des souvenirs récurrents et intrusifs de l'événement (critère B1). Les reviviscences sont spontanées ou sont déclenchées par des souvenirs récurrents de l'événement survenant d'habitude en réponse à un stimulus qui rappelle l'expérience traumatique (p. ex. le bruit d'une voiture « pétaradante » peut déclencher le souvenir de coups de feu). Ces souvenirs intrusifs incluent souvent des composants sensoriels (p. ex. ressentir la chaleur intense que l'on avait perçue dans une maison en feu), émotionnels (p. ex. revivre la peur que l'on avait éprouvée quand on pensait qu'on allait être poignardé) ou physiologiques (p. ex. revivre l'essoufflement que l'on avait ressenti quand on était sur le point de se noyer).

Des rêves bouleversants peuvent contenir des thèmes qui sont représentatifs ou thématiquement liés à des menaces majeures posées par l'événement traumatique (p. ex. chez une personne qui a survécu à un accident de voiture, les rêves pénibles peuvent impliquer des accidents de voiture, chez un soldat qui a participé à un combat, les rêves pénibles peuvent impliquer le fait d'être blessé dans des circonstances autres qu'au combat).

Les états dissociatifs peuvent durer de quelques secondes à plusieurs heures, ou même plusieurs jours, pendant lesquels des aspects de l'événement sont revécus et l'individu se comporte comme s'il était réellement dans l'événement. Alors que les réponses dissociatives sont fréquentes pendant un événement traumatique, seules les réponses dissociatives qui persistent au-delà de 3 jours après l'exposition au traumatisme sont prises en compte pour le diagnostic de trouble stress aigu. Chez des enfants en bas âge, la reconstitution d'événements liés au traumatisme peut apparaître au cours du jeu et peut inclure des moments dissociatifs (p. ex. un enfant qui a survécu à un accident de voiture peut reproduire de façon répétée des accidents de voiture en se concentrant sur le jeu, en proie à un sentiment de détresse). Ces épisodes, souvent appelés des *flashbacks* (scènes rétrospectives), sont typiquement brefs mais ils impliquent l'impression que l'événement traumatique survient dans la situation présente et qu'il ne s'agit pas simplement d'un souvenir et ils sont associés à une détresse significative.

Certains individus présentant le trouble n'ont pas de souvenirs intrusifs de l'événement lui-même mais éprouvent une détresse psychologique ou une réactivité physiologique intense quand ils sont exposés à des événements déclencheurs qui ressemblent ou symbolisent un aspect de l'événement traumatique (p. ex. des jours venteux pour des enfants qui ont survécu à un ouragan, entrer dans un ascenseur pour un homme ou une femme qui a été violé(e) dans un ascenseur, voir quelqu'un qui ressemble à son agresseur). Le facteur déclenchant peut être une sensation physique (p. ex. sensation de chaleur pour la victime d'une brûlure, sensations vertigineuses pour les survivants

d'un traumatisme crânien), en particulier chez des individus présentant de nombreuses manifestations somatiques. La personne peut avoir une incapacité persistante à ressentir des émotions positives (p. ex. du bonheur, de la joie, de la satisfaction, ou des émotions associées à l'intimité, à la tendresse ou à la sexualité) tout en étant capable d'éprouver des émotions négatives comme la crainte, la tristesse, la colère, la culpabilité ou la honte.

Les altérations de la conscience peuvent inclure une *dépersonnalisation*, une sensation d'être détaché de soi (p. ex. se voir de l'autre côté d'une pièce) ou une *déréalisation*, le fait d'avoir une vision déformée de son environnement (p. ex. avoir l'impression que les choses se déplacent au ralenti, voir les choses dans un état d'hébétude, ne pas être conscient d'événements que l'on enregistrerait en temps normal). Certains individus rapportent également une incapacité à se rappeler un aspect important de l'événement traumatique qui a probablement été mémorisé. Ce symptôme est imputable à une amnésie dissociative et n'est pas imputable à un traumatisme crânien, à l'alcool ou à des drogues.

Les stimuli associés au traumatisme sont constamment évités. L'individu peut refuser de discuter de l'expérience traumatique ou adopter des stratégies d'évitement pour minimiser la conscience de certaines réactions émotionnelles (p. ex. usage excessif d'alcool lors du rappel de l'expérience). Cet évitement comportemental peut inclure l'évitement des nouvelles données de l'expérience traumatique dans les médias, le refus de retourner sur le lieu de travail où le traumatisme est arrivé, ou l'évitement de l'interaction avec des personnes qui ont partagé la même expérience traumatique.

Les individus présentant un trouble stress aigu ont souvent du mal à s'endormir ou à maintenir le sommeil, ce qui peut être associé à des cauchemars ou à un niveau d'hyperéveil généralisé qui empêche un sommeil adéquat. Les individus présentant un trouble stress aigu peuvent s'emporter pour un rien et même faire preuve d'un comportement verbal et/ou physique agressif suite à des provocations mineures. Le trouble stress aigu est souvent caractérisé par une sensibilité accrue concernant des menaces potentielles, y compris celles qui sont liées à l'expérience traumatique (p. ex. la victime d'un accident de voiture peut être particulièrement sensible à la menace potentielle représentée par une voiture ou un camion) ou celles qui ne sont pas liées à l'événement traumatique (p. ex. peur d'avoir une crise cardiaque).

Il est souvent fait état de difficultés de concentration, y compris d'une difficulté à se rappeler des événements quotidiens (p. ex. oublier son numéro de téléphone) ou à faire attention à des tâches spécifiques (p. ex. suivre une conversation pendant une période de temps soutenue). Les personnes présentant un trouble stress aigu peuvent être très réactives à des stimuli inattendus, et présenter une réaction de sursaut ou une nervosité intense en réponse à des bruits forts ou des mouvements inattendus (p. ex. un individu peut sursauter en réponse à une sonnerie de téléphone).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les individus présentant un trouble stress aigu entretiennent habituellement des pensées catastrophiques ou extrêmement négatives à propos de leur rôle dans l'événement traumatique, de leur réponse à l'expérience traumatique ou de la probabilité d'un malheur à venir. Par exemple, un individu présentant un trouble stress aigu peut se sentir excessivement coupable de ne pas avoir pu empêcher l'événement traumatique ou de ne pas avoir su gérer l'expérience traumatique avec plus de succès. Les individus présentant un trouble stress aigu peuvent aussi interpréter leurs symptômes d'une façon catastrophique et interpréter leurs souvenirs ou *flashbacks* (scènes rétrospectives) ou leur émoussement affectif comme les signes d'une diminution de leurs facultés psychiques. Les personnes présentant un trouble stress aigu font fréquemment des

attaques de panique au cours du mois qui suit l'exposition au traumatisme, déclenchées par des reviviscences du traumatisme ou survenant spontanément. De plus, les individus présentant un trouble stress aigu peuvent avoir un comportement chaotique ou impulsif. Ils peuvent, par exemple, faire preuve d'imprudences au volant, prendre des décisions irrationnelles ou s'adonner au jeu d'argent de façon excessive. Les enfants peuvent présenter une anxiété de séparation significative, pouvant se manifester par un besoin excessif d'attention de la part des personnes qui prennent soin d'eux. En cas de perte après un décès survenu dans des circonstances traumatiques, les symptômes du trouble stress aigu peuvent prendre l'aspect d'une réaction aiguë de deuil. Dans de tels cas, les symptômes de reviviscence, de dissociation et d'éveil peuvent impliquer des réactions de perte, comme des souvenirs intrusifs des circonstances de la mort de l'individu, le refus de croire qu'il est décédé et un sentiment de colère à l'égard de la mort. Certains symptômes postcommotionnels (p. ex. céphalées, vertiges, sensibilité à la lumière et au bruit, irritabilité, déficits de concentration), qui surviennent fréquemment après une lésion cérébrale traumatique légère, font également souvent partie du trouble stress aigu. Les symptômes postcommotionnels sont également fréquents dans les populations de personnes cérébrolésées et non cérébrolésées, et la fréquence de survenue des symptômes postcommotionnels pourrait donc être en rapport avec les symptômes du trouble de stress aigu.

Prévalence

La prévalence du trouble stress aigu dans des populations récemment exposées à un traumatisme (c.-à-d. dans le mois qui suit l'exposition au traumatisme) varie selon la nature de l'événement et le contexte dans lequel il est évalué. Dans des populations tant américaines que non américaines, le trouble stress aigu a tendance à être identifié dans moins de 20 % des cas après des événements traumatiques qui n'impliquent pas une violence interpersonnelle, dans 13 à 21 % des cas lors d'accidents de voiture, dans 14 % des cas lors de lésion cérébrale traumatique légère, dans 19 % des cas à l'occasion d'une agression, dans 10 % des cas lors de brûlures graves et dans 6 à 12 % des cas lors d'accidents industriels. Des taux plus élevés (c.-à-d. entre 20 et 50 %) sont rapportés après des événements traumatiques interpersonnels, y compris après une agression, un viol ou une fusillade de masse dont la personne a été témoin.

Développement et évolution

Le trouble stress aigu ne peut être diagnostiqué que 3 jours après un événement traumatique. Bien que le trouble stress aigu puisse évoluer vers un trouble stress post-traumatique (TSPT) après 1 mois, il peut également s'agir d'une réponse de stress transitoire qui évolue favorablement dans le mois qui suit l'exposition au traumatisme et qui n'aboutit pas à un TSPT. Approximativement la moitié des individus qui développent finalement un TSPT présentent initialement un trouble stress aigu. Il peut y avoir aggravation des symptômes au cours du premier mois, souvent en réponse à des facteurs de stress persistants ou à la survenue de nouveaux événements traumatiques.

Les formes cliniques de reviviscence peuvent varier au cours du développement. Contrairement aux adultes ou aux adolescents, les enfants en bas âge peuvent rapporter des rêves effrayants sans contenu reflétant clairement les aspects du traumatisme (p. ex. se réveiller après un traumatisme en ayant très peur mais être incapable de relier le contenu d'un rêve à l'événement traumatique). Les enfants de 6 ans ou moins ont plus tendance que les enfants plus âgés à exprimer les symptômes de reviviscence par

un jeu qui se réfère directement ou symboliquement au traumatisme. Par exemple, un très jeune enfant qui a survécu à un incendie peut dessiner des flammes. Les enfants en bas âge ne manifestent pas nécessairement des réactions de crainte au moment de l'exposition ou même pendant une reviviscence. Chez les enfants en bas âge qui ont été traumatisés, les parents rapportent typiquement de nombreuses expressions émotionnelles différentes comme la colère, la honte ou le retrait et même des affects excessivement positifs. Bien que les enfants puissent éviter les rappels du traumatisme, ils sont parfois préoccupés par les rappels (p. ex. un jeune enfant qui a été mordu par un chien peut parler constamment de chiens tout en évitant d'aller à l'extérieur à cause de la crainte d'entrer en contact avec un chien).

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les facteurs de risque incluent la présence de troubles mentaux antérieurs, de niveaux élevés d'affectivité négative (névrosisme), d'une plus grande sévérité perçue de l'événement traumatique, et d'un style pour faire face (*coping*) de type évitant. Les appréciations catastrophiques de l'expérience traumatique – souvent caractérisées par des appréciations exagérées d'un dommage à venir, par de la culpabilité ou une perte d'espoir – sont fortement prédictives d'un trouble stress aigu.

Environnementaux. Il va de soi qu'un individu doit être exposé à un événement traumatique pour être à risque de développer un trouble stress aigu. Les facteurs de risque pour le trouble incluent la présence de traumatismes antérieurs.

Génétiques et physiologiques. Les femmes sont plus à risque de développer un trouble stress aigu.

Une réactivité élevée, se manifestant par une réaction exagérée au bruit, présente avant l'exposition au traumatisme, augmente le risque de développer un trouble stress aigu.

Questions diagnostiques liées à la culture

Le profil des symptômes du trouble stress aigu peut varier selon les cultures, en particulier pour ce qui est des symptômes dissociatifs, des cauchemars, de l'évitement et des symptômes somatiques (p. ex. vertiges, essoufflement, sensations de chaleur). Les syndromes culturels et les vocabulaires de détresse propres à une culture influencent l'expression des profils de symptômes locaux du trouble stress aigu. Certains groupes culturels peuvent présenter des variantes particulières de réponses dissociatives, comme la possession ou des comportements évoquant un état de transe, dans le mois qui suit l'exposition au traumatisme. Des symptômes de panique peuvent être au premier plan du tableau clinique dans le trouble de stress aigu chez les Cambodgiens et les Américains d'Amérique latine, en raison d'une association entre l'exposition traumatique et l'attaque de *khyâl* et l'*ataque de nervios*, respectivement, qui ressemblent à des attaques de panique.

Questions diagnostiques liées au genre

Le trouble stress aigu est plus répandu chez les femmes que chez les hommes. Des différences neurobiologiques liées au genre concernant la réponse au stress peuvent contribuer au risque accru chez les femmes de développer un trouble stress aigu. Le risque accru pour le trouble chez les femmes peut être attribué en partie à une plus grande probabilité d'exposition à des événements traumatiques comportant un haut risque conditionnel pour le trouble stress aigu, comme le viol et d'autres violences interpersonnelles.

Retentissement fonctionnel du trouble stress aigu

On a montré que le fonctionnement dans les domaines sociaux, interpersonnels ou professionnels était altéré chez les survivants d'accidents, d'agression et de viol qui développent un trouble stress aigu. Les très hauts niveaux d'anxiété qui peuvent être associés au trouble stress aigu peuvent interférer avec le sommeil, les niveaux d'énergie et les capacités attentionnelles. L'évitement dans le trouble stress aigu peut aboutir à un retrait généralisé dans de nombreuses situations perçues comme potentiellement menaçantes, ce qui peut être à l'origine du non-respect des rendez-vous médicaux, d'un évitement à se rendre à des rendez-vous importants en voiture et d'un absentéisme au travail.

Diagnostic différentiel

Troubles de l'adaptation. Dans les troubles de l'adaptation, le facteur de stress peut avoir n'importe quelle sévérité ou être de n'importe quel type à la différence de ce qui est requis par le critère A du trouble stress aigu. On fait un diagnostic de trouble de l'adaptation quand la réponse à un événement répondant au critère A ne remplit pas les critères d'un trouble stress aigu (ou d'un autre trouble mental spécifique) et quand les symptômes d'un trouble stress aigu surviennent en réponse à un facteur de stress qui ne répond pas à la définition du critère A concernant l'exposition à une mort effective ou à une menace de mort, une blessure grave ou une violence sexuelle (p. ex. départ du conjoint, licenciement). Par exemple, les réactions de stress sévères à des maladies mortelles peuvent inclure certains symptômes du trouble stress aigu mais être décrites de façon plus adéquate parmi les troubles de l'adaptation. Certaines formes de réponse aiguë au stress ne comportent pas de symptômes du trouble stress aigu et peuvent être caractérisées par la colère, la dépression ou la culpabilité. Ces réponses sont décrites de façon plus appropriée comme faisant partie d'un trouble de l'adaptation. Les réponses à type de dépression ou de colère observées au cours d'un trouble de l'adaptation peuvent comporter des ruminations à propos de l'événement traumatique, plutôt que des souvenirs bouleversants involontaires et intrusifs caractéristiques d'un trouble stress aigu.

Trouble panique. Les attaques de panique spontanées sont très fréquentes dans le trouble stress aigu. Cependant, on ne porte un diagnostic de trouble panique que si les attaques de panique sont inattendues et si elles sont accompagnées d'une anxiété anticipatoire d'attaques futures ou de changements inadaptés du comportement associés à la crainte des conséquences possibles des attaques.

Troubles dissociatifs. Des réponses dissociatives sévères (en l'absence de symptômes caractéristiques du trouble stress aigu) peuvent faire partie d'une déréalisation/dépersonnalisation. La persistance d'une amnésie sévère du traumatisme en l'absence des symptômes caractéristiques d'un trouble stress aigu peut justifier un diagnostic d'amnésie dissociative.

Trouble stress post-traumatique. Le trouble stress aigu se distingue du TSPT par le fait que les symptômes d'un trouble stress aigu doivent survenir dans le mois qui suit l'événement traumatique et se résoudre au cours de cette période de 1 mois. Si les symptômes persistent plus d'un mois et répondent aux critères de TSPT, on doit changer le diagnostic de trouble stress aigu pour celui de TSPT.

Trouble obsessionnel-compulsif. Dans le trouble obsessionnel-compulsif, il y a des pensées intrusives récurrentes, mais celles-ci respectent la définition d'une obsession. De plus, les pensées intrusives ne sont pas liées à un événement traumatique vécu, il y a habituellement des compulsions et les autres symptômes du trouble de stress aigu sont typiquement absents.

Troubles psychotiques. Les *flashbacks* (scènes rétrospectives) survenant au cours d'un trouble stress aigu doivent être distingués des illusions, des hallucinations et des autres perturbations de la perception pouvant survenir dans la schizophrénie, d'autres troubles psychotiques, le trouble dépressif ou le trouble bipolaire avec caractéristiques psychotiques, le syndrome confusionnel (delirium), les troubles induits par une substance/un médicament et les troubles psychotiques dus à une autre affection médicale. Les *flashbacks* (scènes rétrospectives) du trouble stress aigu sont distingués de ces autres perturbations de la perception par le fait qu'ils sont directement liés à l'expérience traumatique et qu'ils surviennent en l'absence d'autres caractéristiques psychotiques ou induites par des substances.

Lésion cérébrale traumatique. Quand il a y lésion cérébrale dans le contexte d'un événement traumatique (p. ex. accident traumatique, explosion d'une bombe, accélération/ralentissement traumatique), la personne peut présenter certains symptômes du trouble stress aigu. L'événement qui cause un traumatisme cérébral peut aussi constituer un événement psychologique traumatique et les symptômes neurocognitifs liés à la lésion cérébrale traumatique (LCT) n'excluent pas le trouble stress aigu et peuvent survenir simultanément. Les symptômes appelés postcommotionnels dans le passé (p. ex. céphalées, vertige, hypersensibilité à la lumière et au bruit, irritabilité, troubles de la concentration) peuvent survenir dans des populations avec ou sans lésions cérébrales, y compris chez les individus souffrant d'un trouble stress aigu. Comme les symptômes du trouble stress aigu et les symptômes neurocognitifs liés à une LCT peuvent se chevaucher, le diagnostic différentiel entre trouble stress aigu et symptômes neurocognitifs imputables à une LCT doit reposer sur la présence des symptômes qui sont spécifiques à chaque présentation. Alors que la reviviscence et l'évitement sont caractéristiques du trouble stress aigu et ne sont pas des effets d'une LCT, la persistance d'une désorientation et une confusion sont plus spécifiques d'une LCT (avec symptômes neurocognitifs) que d'un trouble stress aigu. Par ailleurs, le diagnostic différentiel est orienté par le fait que les symptômes du trouble stress aigu persistent seulement pendant un mois après l'exposition au traumatisme.

Troubles de l'adaptation

Critères diagnostiques

A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition au(x) facteur(s) de stress.

B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne un ou les deux éléments suivants :
   1. Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.
   2. Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

Spécifier le type :

309.0 (F43.21) Avec humeur dépressive : Baisse de l'humeur, larmoiement ou sentiment de désespoir sont au premier plan.

309.24 (F43.22) Avec anxiété : Nervosité, inquiétude, énervement ou anxiété de séparation sont au premier plan.

309.28 (F43.23) Mixte avec anxiété et humeur dépressive : Une combinaison de dépression et d'anxiété est au premier plan.

309.3 (F43.24) Avec perturbation des conduites : La perturbation des conduites est au premier plan.

309.4 (F43.25) Avec perturbation mixte des émotions et des conduites : Les symptômes émotionnels (p. ex. dépression, anxiété) et la perturbation des conduites sont au premier plan.

309.9 (F43.20) Non spécifié : Pour les réactions inadaptées qui ne sont pas classables comme un des sous-types spécifiques du trouble de l'adaptation.

Caractéristiques diagnostiques

La présence de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress identifiable est la caractéristique essentielle des troubles de l'adaptation (critère A). Le facteur de stress peut être un événement unique (p. ex. la fin d'une relation amoureuse) ou il peut s'agir de facteurs de stress multiples (p. ex. des difficultés financières et des problèmes conjugaux importants). Les facteurs de stress peuvent être récurrents (p. ex. associés à des crises financières saisonnières, à des relations sexuelles insatisfaisantes) ou continus (p. ex. une maladie douloureuse persistante avec invalidité croissante, un voisinage à fort taux de criminalité). Les facteurs de stress peuvent affecter un seul individu, une famille entière ou un plus grand groupe ou une communauté (p. ex. une catastrophe naturelle). Certains stress peuvent accompagner des événements développementaux spécifiques (p. ex. aller à l'école, quitter la maison parentale, revenir dans la maison parentale, se marier, devenir parent, ne pas parvenir à atteindre ses buts professionnels, prendre sa retraite).

On peut porter un diagnostic de troubles de l'adaptation après la mort d'une personne aimée quand l'intensité, la qualité ou la persistance des réactions de chagrin excèdent ce qui peut être normalement attendu, compte tenu des normes culturelles, religieuses ou adaptées à l'âge. Un ensemble plus spécifique de symptômes concernant le deuil a été intitulé *deuil complexe persistant.*

Les troubles de l'adaptation sont associés à un risque accru de tentatives de suicide et de suicide accompli.

Prévalence

Les troubles de l'adaptation sont fréquents, bien que la prévalence puisse varier largement en fonction de la population étudiée et des méthodes d'évaluation utilisées. Le pourcentage d'individus traités en ambulatoire pour un problème de santé mentale avec un diagnostic principal de trouble de l'adaptation est d'approximativement 5 à 20 %. Dans les services de consultation hospitalière en psychiatrie, c'est souvent le diagnostic le plus fréquent, approchant souvent les 50 %.

Développement et évolution

Par définition, la perturbation dans les troubles de l'adaptation débute dans les 3 mois qui suivent le début d'un facteur de stress et ne dure pas plus de 6 mois après cessation du facteur de stress ou de ses conséquences. Si le facteur de stress est un événement

aigu (p. ex. un licenciement), le début de la perturbation est habituellement immédiat (c.-à-d. en quelques jours) et la durée est relativement brève (c.-à-d. pas plus de quelques mois). Si le facteur de stress ou ses conséquences persistent, le trouble de l'adaptation peut se poursuivre et devenir chronique.

Facteurs de risque et pronostiques

Environnementaux. Les personnes qui ont des conditions de vie défavorisées éprouvent un haut niveau de stress et peuvent être plus à risque pour des troubles de l'adaptation.

Questions diagnostiques liées à la culture

Le contexte de la situation culturelle de l'individu doit être pris en compte quand on porte un jugement clinique pour savoir si sa réponse au stress est inadaptée ou si la détresse associée est supérieure à ce que l'on attendrait. La nature, l'importance et l'expérience des facteurs de stress et l'évaluation de la réponse aux facteurs de stress peuvent varier selon les cultures.

Retentissement fonctionnel des troubles de l'adaptation

La détresse subjective ou l'altération du fonctionnement associées aux troubles de l'adaptation se manifestent fréquemment par une diminution des performances au travail ou à l'école et par des modifications temporaires des relations sociales. Un trouble de l'adaptation peut compliquer le cours évolutif de la maladie chez des individus souffrant d'une affection médicale générale (p. ex. diminution de la compliance au traitement médical recommandé ; augmentation de la durée d'un séjour hospitalier).

Diagnostic différentiel

Trouble dépressif caractérisé. Si un individu présente des symptômes répondant aux critères d'un épisode dépressif caractérisé en réponse à un facteur de stress, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est pas applicable. Le profil de symptômes de l'épisode dépressif caractérisé le différencie de celui des troubles de l'adaptation.

Trouble stress post-traumatique et trouble stress aigu. Dans les troubles de l'adaptation, le stress peut avoir n'importe quelle sévérité plutôt que la sévérité et le type exigés par le critère A du trouble stress aigu et du trouble stress post-traumatique (TSPT). Pour distinguer les troubles de l'adaptation de ces deux diagnostics post-traumatiques, on peut se fonder sur le moment de survenue et sur le profil symptomatique. Les troubles de l'adaptation peuvent être diagnostiqués immédiatement et persister jusqu'à 6 mois après l'exposition à l'événement traumatique, tandis que le trouble de stress aigu peut survenir uniquement entre 3 jours et 1 mois après l'exposition au stress et le TSPT ne peut être diagnostiqué qu'un mois après la survenue du facteur de stress traumatique. Le profil symptomatique exigé pour un diagnostic de TSPT et le trouble stress aigu les différencie des troubles de l'adaptation. En ce qui concerne les profils symptomatiques, un trouble de l'adaptation peut être diagnostiqué après un événement traumatique quand un individu présente les symptômes d'un trouble stress aigu ou d'un TSPT qui ne remplissent pas ou qui n'excèdent pas le seuil diagnostique pour l'un ou l'autre trouble. Un diagnostic de trouble de l'adaptation pourrait aussi être indiqué chez des individus qui n'ont pas été exposés à un événement traumatique mais qui présentent par ailleurs le profil de symptômes complet d'un trouble stress aigu ou d'un TSPT.

Troubles de la personnalité. En ce qui concerne les troubles de personnalité, certains traits de personnalité peuvent être associés à une vulnérabilité accrue à des

situations de stress pouvant ressembler à un trouble de l'adaptation. L'anamnèse du fonctionnement de la personnalité permettra d'orienter l'interprétation des comportements de détresse et de distinguer un trouble de la personnalité de longue date d'un trouble de l'adaptation. Alors que certains troubles de la personnalité augmentent la vulnérabilité à la détresse, les facteurs de stress peuvent à leur tour renforcer des symptômes d'un trouble de la personnalité. En présence d'un trouble de la personnalité, on doit porter un diagnostic additionnel de trouble de l'adaptation si les critères symptomatologiques d'un trouble de l'adaptation sont remplis et si la perturbation causée par le stress excède ce qui peut être imputable aux symptômes du trouble de la personnalité (c.-à-d. que le critère C est rempli).

Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales. Les facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales constituent des entités psychologiques spécifiques (p. ex. symptômes, comportements ou autres facteurs psychologiques) qui influencent négativement une affection médicale. Ces facteurs psychologiques peuvent précipiter, aggraver ou constituer des facteurs de risque pour une affection médicale, ou ils peuvent aggraver une affection existante. En revanche, un trouble de l'adaptation est une réaction à un facteur de stress (p. ex. une affection médicale).

Réactions de stress normales. La plupart des personnes sont bouleversées quand il leur arrive de mauvaises choses. Cette réaction ne constitue pas un trouble de l'adaptation. On doit réserver ce diagnostic à des réactions de détresse (p. ex. altération de l'humeur, anxiété ou troubles du comportement) dont l'ampleur excède ce à quoi on s'attendrait normalement (ce qui peut varier selon les cultures) ou quand l'événement défavorable précipite l'altération du fonctionnement.

Comorbidité

Les troubles de l'adaptation peuvent accompagner la plupart des troubles mentaux et n'importe quelle affection médicale. On peut faire un diagnostic de trouble de l'adaptation, en plus de celui d'un autre trouble mental, seulement si ce dernier n'explique pas les symptômes particuliers survenant en réaction à un facteur de stress. Par exemple, un individu peut développer un trouble de l'adaptation, avec humeur dépressive, après la perte d'un travail et en même temps avoir un trouble obsessionnel-compulsif. De même, un individu peut avoir un trouble dépressif ou un trouble bipolaire et un trouble de l'adaptation pourvu que les critères pour les deux troubles soient remplis. Les troubles de l'adaptation accompagnent habituellement les affections médicales et peuvent constituer la réponse psychologique majeure à la présence d'une affection médicale.

Autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié

309.89 (F43.8)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques dans lesquels des symptômes caractéristiques d'un trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress et entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants sont au premier plan mais ne remplissent tous les critères d'aucun des troubles de la classe des troubles liés

à un traumatisme ou à un facteur de stress. La catégorie autre trouble spécifié lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress est utilisée dans des situations où le clinicien décide de communiquer la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble spécifique lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress ne sont entièrement remplis par le tableau clinique. Cela est fait en notant « autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié » suivi de la raison spécifique (p. ex. « deuil complexe persistant »).

Exemples de présentations pouvant être spécifiées en utilisant la désignation « autre trouble spécifié » :

1. **Troubles ressemblant à un trouble de l'adaptation avec début retardé des symptômes survenant plus de 3 mois après le facteur de stress.**
2. **Troubles ressemblant à un trouble de l'adaptation persistant plus de 6 mois sans prolongation de la durée du facteur de stress.**
3. ***Ataque de nervios* (attaque de nerfs) :** *Cf.* « Glossaire des concepts culturels de détresse » en annexe.
4. **Autres syndromes d'ordre culturel :** *Cf.* « Glossaire des concepts culturels de détresse » en annexe.
5. **Deuil complexe persistant :** Ce trouble est caractérisé par une peine et des réactions de deuil sévères et persistantes (*cf.* « Affections proposées pour des études supplémentaires »).

Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié

309.9 (F43.9)

Cette catégorie correspond à des tableaux cliniques dans lesquels des symptômes caractéristiques d'un trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress et entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants sont au premier plan mais ne remplissent tous les critères d'aucun des troubles de la classe des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress décrits précédemment dans ce chapitre. La catégorie autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié est utilisée dans des situations où le clinicien décide de *ne pas* communiquer la raison particulière pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas entièrement les critères d'un trouble spécifique lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, et inclut les situations où l'on n'a pas assez d'informations pour poser un diagnostic spécifique (p. ex. aux urgences).