



ÊTRE COUPE DE SON CORPS : SYMPTÔME DU SYNDROME DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE

Léa LAUGERY

Psychologue clinicienne

Article disponible en ligne :

<https://www.associationepsylon.com/articles>

Pour citer cet article :

Léa LAUGERY (2023), *Être coupé de son corps, symptôme du syndrome de stress post-traumatique*, article from www.associationepsylon.com/articles

ÊTRE COUPE DE SON CORPS : SYMPTÔME DU SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Léa LAUGERY

Psychologue clinicienne

I. COMPRENDRE le corps traumatisé

1°) Rapide historique du psychotraumatisme

Nous sommes aux XVIIIe et XIXe siècle. Les médecins militaires voient revenir des champs de bataille des hommes blessés, meurtris, des soldats désespérés par la mort d'un camarade, ou effrayés par la fureur des combats. En 1809, un aliéniste parle alors de « névrose traumatique » (Crocq 2012). Après les soldats, ce sont les accidents de chemin de fer ou de travail ou encore les études sur l'hystérie qui amènent les médecins à s'intéresser en profondeur au traumatisme et à mettre à jour leurs savoirs. Des psychanalystes connus tels que Freud, Breuer ou Janet vont expliquer certains troubles, comme l'hystérie, par un vécu traumatisant dans la vie passée voire l'enfance. Breuer parle notamment d'événements qui, n'ayant pu se manifester, sont « restés coincés » sous la conscience du malade (Josse 2017).

A la fin des années 1900 comme au XXe siècle, les guerres reprennent de plus belle. Dépassés par les « blessés psychiques » qui ne peuvent retourner au front, les chercheurs multiplient les expérimentations mais un soupçon permanent de fausse aliénation mentale plane sans cesse sur les soldats. Les hautes autorités sont réticentes à reconnaître cette pathologie qui leur fait perdre des hommes et qui remet trop en question la portée de la guerre. Ils accusent leurs prédispositions héréditaires, ou la mauvaise volonté qu'ils mettent à retourner au front, allant jusqu'à utiliser des traitements faradiques douloureux (électricité) pour les « guérir ». Ils se rendent rapidement compte, en essayant de prévenir les risques, que le trauma apparaît bien après la guerre et non du fait de prédispositions.

De querelles en querelles, les tableaux étiopathogéniques (qui expliquent la maladie) s'étoffent et apparaissent les termes « hypnose de bataille » ou « psychonévrose de guerre ». Cependant, là encore, les impacts de la guerre sont minimisés, révélant des tableaux cliniques où prédominent du stress, de la fatigue etc. Cela implique pour les soldats qu'ils auraient une « réaction normale » et qu'ils ne seraient victimes que d'une « fatigue transitoire ». Du point de vue des autorités, reconnaître que la guerre est la cause du problème expose à de trop grands risques de désertion. À la fin de la seconde guerre mondiale cependant, face aux troubles impressionnants des soldats, force est de se rendre à l'évidence que les situations où « la vie est mise en péril » entraînent des conséquences psychiatriques inévitables. Chaque homme aurait ainsi son « point de rupture » :

« Les recrues, rompues psychologiquement après un séjour prolongé sur le front, ne sont ni des lâches ni des faibles mais des personnes normales incapables d'endurer plus longtemps les contraintes extrêmes de la guerre. Même les combattants les plus aguerris, en service actif depuis longtemps, rescapés à diverses reprises d'unités décimées, finissent par s'effondrer » (Grinkel et Spiegel, 1945).

C'est la porte ouverte à toutes sortes d'expérimentations à base d'électrochocs, de « narcoanalyse », de sédatifs, de cures du sommeil. Les troubles persistent bien après la fin de la guerre. Outre des symptômes traumatiques, les vétérans présentent de la mésestime de soi, des comportements suicidaires, de la dépression, de l'impulsivité, des accès de colère et une consommation accrue de substances telles que l'alcool ou les drogues. Cela fait 40 ans seulement que le Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD tel qu'on le nomme aujourd'hui (ou ESPT, état de stress post-traumatique) est inscrit dans le livre des classifications des maladies mentales. Il admet que les troubles ne sont pas uniquement liés à la guerre, mais qu'il s'applique à des troubles consécutifs à tout autre événement délétère/mauvais.

2°) Critères diagnostiques d'un état de stress post-traumatique (voir Annexe 1) : la particularité de la dissociation

Exposé à un traumatisme, le sujet ressent une menace pour son intégrité physique. L'événement provoque un sentiment intense d'effroi, d'horreur, mais aussi d'impuissance. La personne sent qu'elle peut mourir ce qui entraîne une détresse extrême. Le sujet, désorienté, a son champ de conscience rétréci, se retrouve dans une sorte de confusion mentale voire un « état second » de « sidération ». Tout cela s'accompagne d'agitation, d'anxiété, de colère, de fuite. Le sujet peut également oublier. L'amnésie partielle ou complète préserve en fin de compte le sujet.

En bref, être dans un état de stress post-traumatique veut dire être confronté à différents symptômes récurrents qui peuvent avoir un impact sur sa vie : répétition (flash-back, souvenirs répétés, rêves en lien avec ce qui a été vécu etc.), évitement (éviter dans la vie courante ce qui pourrait rappeler l'expérience de près ou de loin) et l'hyperactivité neurovégétative (trouble du sommeil, de la concentration, hypervigilance etc.). La personnalité elle-même vient à se modifier. Les médecins et psychologues considèrent cet état au même titre qu'une affection chronique grave. L'intensité des symptômes peut toutefois s'estomper avec du temps, un bon accompagnement et du soutien.

L'un des critères que l'on retrouve dans le PTSD, c'est celui de "dissociation". La dissociation prend généralement deux formes ; celle de la dépersonnalisation ou celle de la déréalisation (voir annexe 1). Dans le premier cas la pensée s'arrête, elle se déconnecte du corps, de ses sens, de ses émotions. Le corps bloqué ne peut faire face à une réalité trop insupportable, il se coupe. Le sujet se sent comme étranger à soi-même. Dans un second cas, l'environnement lui-même est perçu comme différent, irréel. Ce vécu étrange renvoie au sujet qu'il n'est pas à la bonne place, que le monde est comme modifié.

Après un traumatisme, le corps et le psychisme peuvent donc être coupés l'un de l'autre. Et il faut une énergie dont l'un et l'autre ne disposent plus pour se retrouver. Toute l'énergie est en effet tournée vers la digestion, l'intégration de l'événement, ou son évitement. Le sujet se replie, n'entretient plus son lien aux autres, les priorités sont bouleversées. Les émotions peuvent s'en trouver engourdies, le rapport aux autres empreint d'indifférence, et un décalage se crée entre perception et sensation. C'est ce que l'on peut retrouver dans le cas des crises non épileptiques psychogènes (CNEP). Elles ressemblent aux crises épileptiques ; contractions, convulsions, chutes brutales, mais alors que ces dernières sont visibles via encéphalogramme, les CNEP n'ont pas de causes, pas d'explication. 75% des patient.e.s ont cependant vécu des violences traumatiques. Le corps « agit comme une bouilloire qui va exploser » (ibid). Le corps et l'esprit se déconnectent pendant cette crise dissociative.

3°) La spécificité des violences sexuelles dans le rapport au corps

Les violences sexuelles ont le triste privilège d'être, avec les tortures, les violences qui ont les conséquences psychotraumatiques les plus graves, avec un risque très élevé de développer un état de stress posttraumatique chronique associé à des troubles dissociatifs chez plus de 80% des victimes de viol, contre seulement 24 % pour l'ensemble des traumatismes (Breslau, 1991). Ce taux approche 87 % en cas de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance. Alors que les viols et les agressions sexuelles, reconnus comme des crimes et délits, sont passibles de lourdes peines, ils sont l'objet d'un déni généralisé, d'une loi du silence et d'une impunité quasi totale. Moins de 10% des victimes portent plainte et seules 25% en parlent à des professionnels de la santé ou du secteur social. L'immense majorité des victimes, qu'elles soient des adultes ou des enfants, sont abandonnées sans protection, ni reconnaissance, ni soin. 83% des victimes ayant répondu à l'enquête IVSEA (2015) rapportent n'avoir jamais été protégées, ni reconnues comme telles (Salmona, 2008). Faute d'être reconnues et soignées, en raison d'un manque de formation des professionnels qui ne sauront pas dépister les violences, ni en rechercher et diagnostiquer les conséquences, ces victimes gravement traumatisées développent des stratégies hors normes et invalidantes pour survivre aux violences et à leur mémoire traumatique. Et elles risquent d'être exposées à des revictimisations (7 victimes sur 10 ont subi des violences sexuelles à répétition, IVSEA, 2015). (Salmona, 2008). Sans une prise en charge adaptée, ces troubles psychotraumatiques peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie. Ils ne sont pas liés à la victime mais à la gravité de l'agression et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur, Ils sont à l'origine pour les victimes traumatisées d'une très grande souffrance mentale, d'une perte d'estime de soi, d'un impact considérable sur leur vie scolaire, professionnelle, sociale, affective et sexuelle, et sur leur santé avec un risque de mort précoce par accident, maladie ou suicide (près de 50% des victimes ont tenté de se suicider, IVSEA, 2015).

Une métaphore peut être utilisée pour parler de la gravité des conséquences en fonction du vécu du traumatisme : celle du sac à dos (Hingray et El Hage, 2020). Le sac à dos est plus ou moins lourd en fonction du type d'événements, des valeurs mises à mal, des possibilités ou impossibilité d'action de la victime, du soutien relationnel, du regard de la société, du vécu émotionnel, de l'histoire, des séquelles psychiques ou physiques, de l'implication des proches, etc. (voir Annexe 2 ou photo/dessin). Ce que cela montre globalement c'est que le traumatisme est d'autant plus traumatique, et la dissociation d'autant plus forte, s'il est causé par une personne (et non une catastrophe, une voiture, etc.), s'il est inattendu, s'il menace l'intégrité physique ou psychique et si la personne ne reçoit aucun soutien.

Lors d'un traumatisme, l'activité du cortex préfrontal, qui sert à réguler les émotions, diminue. Cela peut entraîner des humeurs dites "labiles", mouvantes, passant d'un extrême à l'autre, mais également des états corporels de sidération ou d'hypervigilance. L'activité de l'amygdale, centre de la peur, du stress, de l'anxiété, augmente et ne s'arrête plus. L'activité de l'hippocampe, centre de la mémoire, diminue, les souvenirs s'estompent, sont mal régulés, ressurgissent sans contrôle. (Annexe 3 ou photo)

4°) La crise suicidaire

Les conduites dissociantes sont des conduites à risques fréquentes lorsque le sujet subit un traumatisme : conduites auto-agressives (se frapper, se mordre, se brûler, se scarifier, tenter de se suicider), mises en danger (conduites routières dangereuses, jeux dangereux, sports extrêmes, conduites sexuelles à

risques, situations prostitutionnelles, fugues, fréquentations dangereuses), conduites addictives (consommation d'alcool, de drogues, de médicaments, troubles alimentaires, jeux addictifs), des conduites délinquantes et violentes contre autrui (l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter et s'anesthésier) (Josse, 2017).

Ces conduites dissociatives qui ont pour objet de faire vivre le corps, de vouloir amorcer un changement, de vouloir rendre visible ce qui est insoutenable au-dedans, rechargent malheureusement la mémoire traumatique, la rendent toujours plus explosive, rendent les conduites dissociantes toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger et/ou à la violence.

La stigmatisation qui entoure en particulier les troubles mentaux et le suicide signifie que beaucoup de gens qui ont attenté à leur vie ne cherchent pas à se faire aider et ne reçoivent pas l'aide dont ils auraient besoin. La prévention du suicide n'a pas été convenablement traitée tant que l'on n'avait pas conscience du fait que le suicide constitue un problème majeur de santé publique et parce que de nombreuses sociétés le considèrent comme un tabou et n'en parlent pas ouvertement. Évaluer les liens, les contacts, les soutiens, le somatique (alimentation, sommeil, douleurs) semble pourtant essentiel dans la prise de conscience de la douleur intérieure du sujet.

II. AGIR sur ce corps coupé suite au traumatisme

1°) Les émotions

Lors du traumatisme, une déconnexion totale peut se faire, sous la forme de la dissociation, amenant le sujet à se sentir comme une "huître fermée", trop longtemps bloquée. Se reconnecter à son corps est alors l'étape la plus difficile. Dans un premier temps, il est important, avant même de s'occuper du corps, de reconnaître l'émotion, éventuellement savoir d'où elle vient. L'émotion dit toujours quelque chose, vient exprimer un besoin non assouvi. La tristesse par exemple vient pointer du doigt le besoin d'attirer de la compassion, du sens, d'avoir du réconfort. La colère indique le besoin de respect, d'intégrité, d'écoute.

S'observer dans un premier temps, sans chercher nécessairement à comprendre, s'exposer graduellement à l'émotion permet de ne pas se faire mal, d'accepter en douceur ce qu'il se passe en soi. Des exercices prônés par les sophrologues ou les danse-thérapeutes permettent d'aider le corps et l'émotion à se relier. Chacun s'expose à son rythme et il est souvent plus facile d'avoir un filet de sécurité, un soutien, ou, à défaut, d'être son propre soutien avec le maximum de bienveillance envers soi.

2°) Les pensées

Nous avons tous des croyances et des pensées qui nous viennent de notre vécu, notre éducation, et des événements plus ou moins traumatiques que nous vivons. Les pensées automatiques surviennent tout de suite, comme des flashes. Elles guident nos émotions. Ces pensées ne sont donc pas les mêmes pour tous. Prenons un exemple : une personne arrive en retard et dans la salle, les pensées peuvent aller de « j'espère que cette personne va bien », « elle va arriver » à « c'est toujours pareil, c'est pourtant un jour important », « oh mon dieu il est arrivé quelque chose ». Il y a plusieurs manières de voir les événements, plusieurs manières de se sentir en corps. Au-delà se trouvent les croyances, , celles qui amènent ces pensées et donc ces émotions. Elles peuvent venir du tempérament, du vécu, de la famille,

des expériences. L'événement traumatique vécu amène à avoir des croyances profondes sur soi, les autres et le monde, des pensées comme "je suis nulle", "je ne peux faire confiance à personne". Dans ces situations-là, quand la pensée tourne, quand la pensée fuse, quand "le petit vélo" ne s'arrête pas de rouler, tout est intellectualisé et le corps n'existe plus. Il est comme coupé, étranger, absent. Il est alors nécessaire de pratiquer des exercices pour retourner au corps, à l'émotion, à l'apaisement. Il est ainsi possible de faire de la "défusion" de la pensée ; ces exercices où le sujet prend le temps de poser chacune de ses pensées sur une feuille qu'il.elle laisse couler au fil de la rivière. Si cela peut prendre la forme d'une feuille qui glisse, cela peut également prendre la forme de gouttes d'eau de pluie, de grains de sable dans un sablier, de bulles de savon. Certain.e.s utilisent également l'image de la pensine, dans les livres d'Harry Potter, avec cette idée qu'il est possible d'imaginer chaque pensée, négative ou encombrante, sortir de sa tête comme un long filament pour venir se déposer ailleurs.

3°) Corps et bien-être

L'OMS définit la santé comme "un état de complet bien-être physique, mental et social", mettant en lien étroitement l'intellectuel, l'émotionnel, le corporel et le relationnel. Suite à un traumatisme, le sujet n'est plus "en forme", il n'a plus de corps. En imaginant que le corps est un coffre-fort de ressources, d'or, de diamants, de moments précieux, l'événement traumatique peut être vu comme une effraction venant vider ce précieux butin accumulé toutes ces années de choses qui font du bien. Mais tout ce qui a été volé n'est peut-être pas perdu. C'est le moment d'aller sur le Bon Coin voir si tout ce qui a été volé ne serait pas en train d'être revendu.

Se faire du bien, retrouver ses contours, c'est pouvoir reconnaître ce qui fait, ou faisait du bien, avant. Ce qui aide encore aujourd'hui à tenir. Il est ainsi possible de différencier des ressources internes, qui ne dépendent que de soi, des ressources externes, dépendantes des autres. Dans le premier cas se trouvent par exemple le contact avec la nature, le sport, la marche, les bains chauds, le thé, la lecture, la musique, se tenir près d'un feu, se faire une bouillotte, méditer, etc. Dans le second cas se trouvent les rencontres entre ami.e.s, les coups de téléphone aux proches, les moments à deux, les chats, les cours de yoga, etc. Ces ressources sont autant de possibilités de renouer doucement avec ses émotions, puis son corps.

Conclusion

Face au corps coupé, face à l'étrangeté d'une enveloppe malade, qui n'appartient plus au sujet et qui crie pourtant, se retrouver peut sembler relever de l'impossible. Le pari, celui de tenir quand tout est bousculé par le traumatisme, est ardu. Retrouver un fonctionnement qui convient à soi prend du temps, tout comme développer son bien-être et son amour de soi. Intégrer la mémoire traumatique permet de faire sortir la victime de la sidération initiale, de l'ancrer à nouveau dans son corps, de manière plus alignée, sans vécu d'étrangeté. Faire des liens entre les symptômes et les violences subies permet d'amener le vécu à être mieux représenté, mieux compris, comme un expert en déminage qui viendrait désamorcer petit à petit les bombes intériorisées. Mettre des mots sur les comportements, les situations, les émotions, permet de "remettre son monde à l'endroit" et de réintégrer son corps.

BIBLIOGRAPHIE

BRESLAU, N., DAVIS, GC. ANDRESKI, P. PETERSON, EL. (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults, *Arch. Gen. Psychiatry*.

CROCQ L. (2012) 16 leçons sur le trauma..

GRINKER R.R., SPIEGEL J.P. (1945) War Neuroses. American military experience.

HAINES, S., STANDING, S. (2019) Le trauma, quelle chose étrange.

HINGRAY, C., EL HAGE, W., (2020) Le trauma, comment s'en sortir ?

JOSSE, É. (2019). Chapitre 17. Histoire du psychotraumatisme. Dans : Cyril Tarquinio éd., Pratique de la psychothérapie EMDR (pp. 189-196).

SALMONA, M. (2008). La mémoire traumatique in L'aide-mémoire en Psychotraumatologie.

VAN DER KOLK, B., (2022) Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit, le corps dans le traumatisme.

Annexe 1 : Critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique selon le DSM-5

- 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). **Note** : 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 plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :
5. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. Note : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 6. 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. Note : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
 7. 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.) Note : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
 8. 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.
 9. 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 :
10. 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.
 11. 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 :

12. 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).
13. 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 »).
14. 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.
15. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
16. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
17. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
18. 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 durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Spécificateurs

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).

Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).

Avec expression retardée

Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).



