

Trouble de stress post-traumatique complexe et trouble dissociatif de l'identité partiel

Deux diagnostics novateurs dans la CIM-11

Jolanda Fäh Vaucher^{1,a}
Yvonne Renevey^{1,a}
Jan Gysi²

¹ Psychologues-psychothérapeutes, reconnues au niveau fédéral, cabinet Perspective, Fribourg, Suisse

² Médecin psychiatre et psychothérapeute FMH, Sollievo.net, Berne, Suisse

^a JFV et YR sont co-autrices principales, elles ont contribué de manière égale à cet article.

Résumé. Le domaine de la psychotraumatologie a été enrichi avec l'entrée en vigueur de la CIM-11. Les deux diagnostics « trouble de stress post-traumatique complexe » (TSPTc) et « trouble dissociatif de l'identité partiel (TDIp) » sont particulièrement novateurs. Cet article présente le TSPTc et le TDIp sous l'angle des critères diagnostiques, des diagnostics différentiels et des preuves neurobiologiques, et aborde également la problématique du TDIp imité. Une investigation approfondie en cas de suspicion de la présence de ces deux troubles est primordiale pour la conception d'une prise en charge adéquate pour ces patients, encore mal reconnus dans l'expression de leur souffrance.

Mots clés : syndrome post-traumatique, trouble dissociatif de l'identité, diagnostic différentiel, neurobiologie, CIM

Abstract. Complex post-traumatic stress disorder and partial dissociative identity disorder: Two novel diagnoses in the ICD-11. The field of psychotraumatology has been enriched by the introduction of the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). The two diagnoses "complex post-traumatic stress disorder" (CPTSD) and "partial dissociative identity disorder (PDID)" are particularly innovative. This article presents CPTSD and PDID in terms of diagnostic criteria, differential diagnoses, and neurobiological evidence, and also discusses the problem of mimicked PDID. In-depth investigation in cases of suspected presence of these two disorders is crucial to the design of appropriate care for these patients, whose suffering is still poorly recognized.

Keywords: post-traumatic syndrome, dissociative identity disorder, differential diagnosis, neurobiology, ICD

Resumen. Trastorno de estrés postraumático complejo y trastorno disociativo de identidad parcial. Dos diagnósticos innovadores en la CIE-11. El campo de la psicotraumatología se enriqueció con la introducción de la CIE-11. Los dos diagnósticos "trastorno de estrés postraumático complejo" (TEPTc) y "trastorno de identidad disociativa parcial" (TIDp) son especialmente innovadores. En este artículo se presentan el TEPTc y el TIDp en términos de criterios diagnósticos, unos diagnósticos diferenciales y pruebas neurobiológicas, y también se analiza la problemática del TIDp mímico. Una investigación en profundidad de los casos en los que se sospecha la presencia de estos dos trastornos es vital para idear una atención adecuada para estos pacientes, todavía poco reconocidos en la expresión de su sufrimiento.

Palabras claves: síndrome postraumático, trastorno disociativo de la identidad, diagnóstico diferencial, neurobiología, CIE

Introduction

En 2022, dans le numéro 6 de cette revue, Lorette et Lucchelli [1] citent des informations générales sur la CIM-11 [2], son utilité et sa structure, ainsi que les modifications apportées aux diagnostics des troubles

mentaux. L'objectif de ce présent article est de compléter et d'approfondir les deux nouveaux diagnostics du domaine de la psychotraumatologie : le « trouble de stress post-traumatique complexe (6B41) » dans le chapitre « troubles spécifiquement associés au stress », et le « trouble dissociatif de l'identité partiel (6B65) » dans le chapitre « troubles dissociatifs ». Ces deux diagnostics n'avaient pas été spécifiés dans la CIM-10 [3], ce qui posait problème pour classifier des symptômes complexes chez de nombreux patients. Grâce à un grand nombre d'études, la validation scientifique de ces deux pathologies a permis leur inclusion dans la

Correspondance : J. Fäh Vaucher
<jfv@perspective-psy.ch>

CIM-11, qui a été approuvée en mai 2019 par l'Assemblée mondiale de la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Depuis 2022, la version française peut être consultée en ligne [2].

La première partie de l'article abordera le diagnostic du TSPTc. Les personnes ayant reçu ce diagnostic ont été exposées à un événement traumatique ou à une série d'événements traumatiques, et les altérations qui en découlent sont beaucoup plus importantes et touchent le fonctionnement affectif, relationnel et par rapport à soi-même. Il existe des chevauchements de symptômes entre le TSPTc, le trouble de la personnalité borderline et le TDIp, ce qui rend le diagnostic difficile. Le TDIp est détaillé dans la deuxième partie de l'article. Il est souvent difficile de déceler des états de personnalité distincts assumant des fonctions exécutives, car les symptômes sévères (par exemple, actes parasuicidaires, automutilations, addictions) sont fréquemment vécus comme perturbants dans les deux diagnostics abordés ici. Une évaluation clinique approfondie peut éclairer cet enchevêtrement.

Le trouble de stress post-traumatique complexe

Dans la onzième révision de la *Classification internationale des maladies* de l'OMS, un nouveau diagnostic a été introduit dans le chapitre « troubles spécifiquement associés au stress », en complément du diagnostic déjà existant de « trouble de stress post-traumatique » : le « trouble de stress post-traumatique complexe » (voir encadré 1). Pour les deux, l'exposition à un événement traumatique est une condition préalable.

Le TSPTc permet de reconnaître les répercussions supplémentaires, au-delà du trouble de stress post-traumatique (TSPT), d'une exposition à un événement ou à une série d'événements traumatiques chroniques ou répétés [4], tels que des abus dans l'enfance et des violences domestiques ou communautaires. Comme pour un TSPT, aucun diagnostic ne peut être posé sur la seule base de l'événement : les symptômes post-traumatiques que la personne éprouve après les événements sont déterminants. Ce sont plutôt les traumatismes interpersonnels qui conduisent à un TSPTc [5], en particulier en cas de traumatismes durant l'enfance [6].

Le trouble de stress post-traumatique

Les critères du TSPT n'ont été que peu modifiés dans la CIM-11. Outre le critère de l'« exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants », des symptômes doivent exister dans trois domaines précis (reviviscence, évitement, et perceptions persistantes de menace actuelle accrue), et entraîner une altération fonctionnelle. Le vécu de détresse lors de l'événement n'y figure cependant plus.

Encadré I 6B4I Trouble de stress post-traumatique complexe [2]

Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) est un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (par exemple, torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants). Tous les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par : 1) des problèmes de régulation de l'affect ; 2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et 3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.

Le diagnostic de TSPTc requiert la présence d'un ou plusieurs facteurs de stress traumatique, et la présence d'au moins un symptôme dans chacun des trois groupes de symptômes d'un TSPT :

- 1) reviviscence (par exemple, souvenirs, flashbacks, cauchemars) dans le présent,
- 2) évitement de pensées, souvenirs, activités, situations ou personnes rappelant l'événement/les événements et
- 3) perceptions persistantes de menace actuelle accrue (par exemple, hypervigilance, réaction de sursaut accrue à des stimuli inattendus).

Le diagnostic nécessite de plus la présence d'au moins un symptôme parmi trois groupes de critères supplémentaires, nommés « perturbations dans la triade de l'organisation de soi » :

- 1) altérations persistantes du fonctionnement affectif : réactivité émotionnelle accrue, difficultés à se remettre de stress mineurs, expressions intenses des émotions, comportements de mise en danger de soi ou automutilations. Il peut également y avoir un engourdissement émotionnel, y compris une incapacité à ressentir des sentiments avec une tendance à la dépersonnalisation et la déréalisation⁷. Des déclencheurs internes ou externes entraînent des intrusions et, par la suite, des affects intenses, mais les personnes concernées n'ont pas toujours conscience du lien avec le traumatisme, surtout en cas d'une chronicisation ;
- 2) altérations persistantes du fonctionnement par rapport à soi-même : sentiment d'identité durablement

altéré, conviction marquée d'être inférieur et sans valeur, sentiments d'échec, de culpabilité et de honte, voire crises de honte ;

3) altérations persistantes du fonctionnement relationnel : restrictions dans la capacité d'interagir sur un pied d'égalité et en partenariat et de maintenir ces relations, et difficultés à faire confiance aux autres et à se sentir émotionnellement proche des autres.

Pour que le diagnostic puisse être posé, ces symptômes doivent entraîner une gêne importante dans les relations familiales, de couple ou autres relations sociales, dans la capacité à travailler ou à suivre des études, ou dans les loisirs.

Les symptômes du TSPT simple peuvent être plutôt en arrière-plan dans les descriptions des personnes concernées, et être masqués par les symptômes du trouble de l'organisation de soi [8].

Outils diagnostiques

Compte tenu de la nouveauté du diagnostic, il n'existe que peu de questionnaires ou d'entretiens permettant de l'établir. Néanmoins, il y a un questionnaire dont la version française a été validée [9], le ITQ – *International Trauma Questionnaire* (The International Trauma Consortium) [10]. En outre, le ITI – *International Trauma Interview* [11] est en cours de validation dans plusieurs langues.

Diagnostic différentiel

TSPTc versus TSPT

Les deux cas impliquent qu'il y ait eu au moins un événement traumatisant. Dans le cas du TSPTc, les troubles de l'auto-organisation sont persistants et omniprésents, contrairement aux symptômes intermittents du TSPT, et ils surviennent dans une grande variété de contextes. Les diagnostics de TSPT et de TSPTc s'excluent mutuellement.

TSPTc versus TPB

(trouble de la personnalité borderline)

Formellement, la distinction diagnostique réside dans le fait que le TSPTc présume la présence d'un facteur de stress traumatique. Cependant, il existe de nombreux points de chevauchement conceptuels entre le TPB et le TSPTc, car environ 80 % des personnes souffrant de TPB font état de traumatismes dans leur histoire personnelle (violences sexuelles, violences physiques prolongées, négligence physique et corporelle) [12]. Les études menées jusqu'à présent indiquent que l'impulsivité, les comportements suicidaires et l'automutilation sont associés à un comportement autodestructeur et sont plus fréquents chez les TPB [13]. Les difficultés liées

au concept de soi indiquent une instabilité du sentiment de soi dans le cas d'un TPB ; les personnes atteintes de TSPTc souffrent d'une estime de soi négative persistante. Dans le TPB, les difficultés relationnelles se caractérisent par des schémas d'interaction volatiles et un engagement intense dans les relations, ainsi qu'un va-et-vient entre idéalisation et dévalorisation des partenaires ; dans le TSPTc, la tendance persistante est d'éviter les relations et de prendre ses distances en cas d'émotions intenses. Lorsque tant les critères d'un TPB que ceux d'un TSPTc sont remplis, les deux diagnostics doivent être posés.

Le diagnostic différentiel entre TSPTc versus TDI/TDlp est décrit plus bas.

Preuves neurobiologiques

De nombreuses études ont démontré que les expériences négatives vécues pendant l'enfance entraînent des changements fonctionnels et structurels importants dans les régions du cerveau sensibles au stress et aux émotions, comme l'amygdale, l'hippocampe et le gyrus cingulaire antérieur, tout comme des effets négatifs sur les fonctions neurocognitives, notamment la mémoire de travail et le contrôle de l'inhibition [14]. D'autres modifications mises en évidence concernent notamment les gènes (modulation des gènes, longueur des télomères), les défenses immunitaires (CRP, IL6, TNF- α) et le système de stress hormonal (cortisol) [15]. L'ampleur et les conséquences des modifications cérébrales dépendraient de l'importance des violences et négligences, ainsi que de leur nature et de l'âge de la personne au moment des événements traumatiques [16]. Ces résultats mettent en évidence les difficultés qu'ont les sujets à gérer leurs émotions et les interactions avec les autres.

Des études menées chez des personnes présentant un TSPTc ont mis en évidence des volumes réduits dans des zones du cerveau associées, entre autres, à la régulation des émotions et des impulsions (hippocampe, amygdale, cortex insulaire, cortex cingulaire antérieur) [17].

Le trouble dissociatif de l'identité partiel

Dans la CIM-10, le TDlp était groupé sous le terme « troubles dissociatifs non autrement spécifiés », et sa description comportait en outre des affirmations non scientifiques : la rareté, l'induction iatrogène et des caractéristiques spécifiques à la culture ont été réfutées dans le développement de la nouvelle version [7]. Dans la définition de la CIM-11 (voir encadré 2), le concept des identités dissociatives et la notion de la perte du contrôle exécutif ont été introduits, ainsi que la manière dont les états de personnalité non dominants influencent la personnalité du quotidien. Un ou plusieurs états de personnalité non dominants envahissent l'état

de personnalité dominant dans le quotidien. Cela se produit le plus souvent en réaction à un état émotionnel fragile ou extrême, à une fatigue générale qui entraîne une baisse du contrôle frontal du cerveau, ou à une réactivation de souvenirs traumatiques. Ces épisodes sont vécus de manière aversive par l'état de la personnalité dominant.

Le TDIp et le trouble dissociatif de l'identité sont associées à des traumatismes sévères et chroniques, dont de la violence physique, sexuelle et émotionnelle. Le lien entre le TDI et la violence sévère, ou une violence répétée subie durant la petite enfance, a été démontré par plusieurs études [18, 19]. Lorsque les symptômes apparaissent de manière autonome et égodystonique par rapport à la personne du quotidien, et que de nombreuses comorbidités, et des traitements ou psychothérapies ayant échoué dans le passé, sont présents, il est conseillé d'investiguer la présence au minimum d'un TDIp. La discussion autour du diagnostic peut être aussi controversée et hétérogène que les manifestations de ce trouble, dont la prévalence est proche de celle de la schizophrénie [20]. Il est important d'y apporter plus de clarté par des connaissances approfondies dans ce domaine. Le diagnostic peut être posé après un processus d'évaluation sur la durée, qui fait usage des instruments de détection et des entretiens cliniques validés [21].

Distinction entre le TDIp et le TDI

Des états de personnalité distincts de l'individu peuvent temporairement prendre le contrôle exécutif des actions d'une personne. C'est un des critères principaux qui distinguent le TDIp d'un TDI [7]. Chez le premier, la perte du contrôle exécutif se manifeste passagèrement, par des actions relativement restreintes dans le temps et leur complexité (par exemple, automutilations, agressions envers d'autres personnes, actes compulsifs obsessionnels, alimentation incontrôlée, consommation de substances). Chez le TDI se présentent deux états de personnalité principaux ou plus, qui prennent le contrôle exécutif dans des actions plus complexes, ou étendues dans différents domaines de la vie. L'amnésie sur les manifestations d'une autre partie est souvent minime ou inexistante dans le TDIp. Les personnes avec TDI souffrent également d'intrusions par des états dissociatifs, mais ils parlent moins volontairement de leurs symptômes les plus sévères, tels que les changements d'état ou leurs amnésies complètes [21].

Preuves neurobiologiques

Il n'existe actuellement aucune étude neuroanatomique sur le TDIp. En revanche, plusieurs études sur les TDI ont été publiées au cours de la dernière décennie, qui ont établi la preuve de l'existence de ce trouble.

L'anatomie cérébrale des personnes ayant un TDI en comparaison avec des sujets sains montre des structures à taille réduite liées aux fonctions suivantes : la consolidation de la mémoire (hippocampe), la perception des sensations, la pleine conscience, l'exécution des mouvements et l'apprentissage des peurs. Les axones neuronaux blancs, liés à la régulation des réactions de fuite ou d'attaque, sont agrandis [22]. Une activation cérébrale d'un état de personnalité a été détectée pour la première fois en 1985 chez un individu, et confirmée à plusieurs reprises pour des groupes de personnes dans des études consécutives indépendantes [18]. En 2003, cela a été démontré dans une étude basée sur l'imagerie cérébrale par induction de stimuli pour un groupe de personnes exposées à des scripts autobiographiques neutres et liés à leurs traumatismes [23]. Dans des études ultérieures, des paradigmes utilisant la tomographie par émission de positons, la résonance magnétique fonctionnelle et les électroencéphalogrammes ont mis en évidence des activations distinctes selon différents états de personnalité [24]. Les états actifs dans le quotidien sont marqués par un afflux sanguin élevé dans des zones cérébrales qui répriment les émotions, tandis que les états émotionnellement activés se sont manifestés par

Encadré 2

6B65 Trouble dissociatif de l'identité partiel [2]

Le trouble dissociatif de l'identité partiel se caractérise par une perturbation de l'identité dans laquelle il y a deux états distincts de la personnalité ou plus (identités dissociatives) associés à des interruptions marquées dans la sensation de soi et la capacité d'agir. Chaque état de la personnalité inclut son propre schéma d'expérience, de perception, de conception et de relation avec soi, son corps et l'environnement. Un état de la personnalité est dominant et fonctionne normalement dans la vie quotidienne, mais est envahi par un état de la personnalité non dominant ou plus (intrusions dissociatives). Ces intrusions peuvent être d'ordre cognitif, affectif, perceptif, moteur ou comportemental. Elles sont vécues comme interférant avec le fonctionnement de l'état de la personnalité dominant et sont généralement désagréables. Les états de la personnalité non dominants ne prennent pas le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu de façon récurrente, mais il peut y avoir des épisodes occasionnels, limités et transitoires pendant lesquels un état de la personnalité distinct assume le contrôle exécutif pour se livrer à des comportements circonscrits, par exemple en réaction à des états émotionnels extrêmes ou au cours d'épisodes de préjudice auto-infligé ou de la réactivation de souvenirs traumatiques. [...]

des phénomènes semblables détectés dans des zones liées à des modes de panique et de fuite [25]. D'après les résultats des études neurobiologiques des dernières années, les doutes sur l'existence du TDI peuvent être considérés comme non fondés.

L'importance du diagnostic

Avant qu'un TDI soit reconnu chez une personne, elle aurait en moyenne reçu quatre diagnostics erronés, des traitements pharmaceutiques inadéquats, subi plusieurs hospitalisations, et aurait déjà passé un grand nombre d'années dans les services de santé publique [18]. Le phénomène de la dissociation est décrit depuis bientôt deux siècles et continue à être à l'heure actuelle un sujet de débat [26, 27]. Si des questionnaires sont utilisés pour un dépistage, il est conseillé de les utiliser sous forme d'entretien, car ils peuvent provoquer de la confusion ou une détresse importante, en fonction de la partie de la personnalité qui est prédominante [21]. La passation de l'entretien semi-structuré SCID-D [28] peut être considérée comme le « gold standard » [29] pour déceler un TDI(p) et le différencier d'autres diagnostics. Le SCID-D dans sa dernière version, adaptée au DSM-5 et à la CIM-11 et sa version française [30] ont montré une fiabilité et une validité discriminante et convergente bonnes à excellentes. Un autre entretien clinique, le « *Trauma and Dissociation Symptoms Interview* » (TADS-I) [31] serait en cours de validation dans sa version française. La durée des deux entretiens serait de trois à quatre heures pour des personnes avec un trouble sévère. Bien que le fait d'avoir vécu un ou plusieurs événements traumatiques ne soit pas obligatoire pour que l'on puisse diagnostiquer un trouble dissociatif de l'identité, la plupart des personnes souffrant de TDI et de TDIp répondent également aux critères d'un TSPT ou TSPTc. La perte du contrôle exécutif avec des actions totalement (TDI) ou partiellement dissociées (TDIp) ainsi que les amnésies dissociatives sont des éléments de distinction précis, ceux-ci n'apparaissant pas en cas de TSPTc. Si un TSPTc et un TDI/TDIp sont tous deux présents, ils doivent être diagnostiqués tous les deux, car ils figurent dans des chapitres différents de la CIM-11.

Le TDI « imité »

Certains individus croient souffrir d'un TDI, en se reconnaissant dans ce diagnostic à travers les médias, les réseaux sociaux ou la littérature [32]. Parfois, ils ont reçu un diagnostic positif erroné établi par des professionnels insuffisamment qualifiés. On appelle ces cas « TDI imité » ou « TDI faux positif » [33]. Ainsi, il y a des individus qui publient dans les médias sociaux, croyant souffrir d'un TDI et exposant ouvertement les différentes « parties de leur personnalité ». Or, la honte et la peur

qu'éprouvent les gens souffrant d'un TDI font partie des éléments centraux qui les empêchent de montrer leurs états de personnalité sans une thérapie spécifique pour ce trouble [7]. Dans le cas contraire, il peut s'agir d'un TDI imité, et cette option doit être exclue à l'aide d'un diagnostic approfondi. La différence entre un TDI avéré et un TDI imité a également pu être démontrée par une activation neuro-cérébrale distincte, en comparant des sujets ayant un diagnostic de TDI et des personnes qui imitaient des états de personnalité [25, 34].

Conclusion

L'OMS s'était fixé pour objectif d'accroître l'utilité clinique de tous les diagnostics de la nouvelle CIM-11, afin de permettre aux cliniciens de toutes les régions du monde d'utiliser le diagnostic aussi facilement que possible. Ce changement de paradigme, particulièrement pour ces deux diagnostics du TSPTc et TDIp, aura un impact non seulement sur la recherche et sur l'utilisation de la CIM-11, mais aussi sur la précision des diagnostics ainsi que sur les traitements basés sur les preuves des différents patients. Il correspond à une reconnaissance scientifique de la pathologie, souvent grave, qui se développe à la suite de violences et de négligences dans l'enfance. En effet, il s'agit de comprendre le mieux possible les patients et les conditions d'apparition des symptômes, afin d'offrir le meilleur traitement possible à ces patients si fragiles souffrant d'un TSPTc et/ou d'un TDIp.

Remerciements

Les autrices et auteurs remercient l'AFTD pour son soutien et Olivier Piedfort-Marin pour ses commentaires sur une version précédente de cet article.

Liens d'intérêts les autrices et auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Lorette A, Lucchelli JP. Présentation de la nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11). *Inf Psychiatr* 2022 ; 98 (6) : 426-34.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Classification Internationale des Maladies Onzième Révision : CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité (Version : 01/2023)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr> (consulté le 18 février 2023).
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10, version 2008*. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr> (consulté le 27 novembre 2022).
4. Courtois CA. Complex trauma, complex reactions : assessment and treatment. *Psychol Trauma* 2004 ; 41 : 412-25.
5. Hyland P, Vallières F, Cloitre M *et al.* Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland : prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021 ; 56 : 649-58.
6. Hyland P, Murphy J, Shevlin M *et al.* Variation in post-traumatic response : the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017 ; 52 : 727-36.

7. Gysi J. « Les troubles dissociatifs dans la CIM-11 : un changement de paradigme dans l'histoire de la psychiatrie ». In : Binet É. *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité*. Paris : Dunod, 2022.
8. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S. ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *J Nerv Ment Dis* 2018 ; 206 : 270-76.
9. Cyr G, Bélanger C, Godbout N. French translation and validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian community sample. *Child Abuse Negl* 2022 ; 128 : 105627.
10. The International Trauma Consortium. *International Trauma Questionnaire*. <https://www.traumameasuresglobal.com/itq> (consulté le 22 novembre 2022).
11. Gelezelyte O, Roberts NP, Kvedaraitė M *et al.* Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *Eur J Psychotraumatol* 2022 ; 13 (1) : 2037905.
12. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2021 ; 8 (1) : 16.
13. Frost R, Hyland P, Shevlin M, Murphy J. Distinguishing complex PTSD from borderline personality disorder among individuals with a history of sexual trauma : a latent class analysis. *Eur J Trauma Dissociation* 2020 ; 4 : 100080.
14. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci* 2016 ; 17 : 652-66.
15. Ioannidis K, Askelund AD, Kievit RA, van Harmelen A. The complex neurobiology of resilient functioning after childhood maltreatment. *BMC Med* 2020 ; 18 : 32.
16. Hübener M, Bonhoeffer T. Neuronal plasticity : beyond the critical period. *Cell* 2014 Nov 6 ; 159 (4) : 727-37.
17. Maercker A, Cloitre M, Bachem R *et al.* Complex post-traumatic stress disorder. *The Lancet* 2022 ; 400 (10345) : 60-72.
18. Reinders A, Veltman D. Dissociative identity disorder : out of the shadow at last? *The British Journal of Psychiatry* 2021 ; 219 : 413-14.
19. Piedfort-Marin O, Rignol G, Tarquinio C. Le trouble dissociatif de l'identité : les mythes à l'épreuve des recherches scientifiques. *Annales Médico-psychologiques* 2021 ; 179 (4) : 374-85.
20. Binet É. « Les troubles dissociatifs dans la CIM-11 : un changement de paradigme dans l'histoire de la psychiatrie ». In : Binet É. *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité*. Paris : Dunod, 2022.
21. Piedfort-Marin O. « Évaluation et diagnostic du trouble dissociatif de l'identité : outils et méthodes ». In : Binet É. *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité*. Paris : Dunod, 2022.
22. Bilihar D, Delgado, E, Buryak *et al.* A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation* 2020 ; 4 : 100-148.
23. Reinders A, Nijenhuis E, Quak J. One brain, two selves. *Neuroimage* 2003 ; 20 : 2119-25.
24. Lebois L, Ross D, Kaufmann M. « I am not I » : The Neuroscience of Dissociative Identity Disorder. *Biological Psychiatry* 2022 ; 91 : e11-e13.
25. Schlumpf Y, Nijenhuis E, Chalavi *et al.* Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces : An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage Clinical* 2013 ; 3 : 54-64.
26. Nijenhuis E. The Need to Constrain the Concept of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation* 2022 ; 23(5) : 1-3.
27. Piedfort-Marin O. Le besoin de concepts clairs. *European Journal of Trauma & Dissociation* 2022 ; 6(4) : 100301.
28. Steinberg M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. Washington DC : American Psychiatric Press, 1994.
29. Brand B, Dalenberg C, Frewen P *et al.* « Trauma-related dissociation is no fantasy. Addressing the errors of omission and commission in Merckelbach and Patihis (2018) ». *Psychological Injury and Law* 2018 ; 11(4) : 377-93.
30. Piedfort-Marin O. Reliability and validity study of the French-language version of the SCID-D semi-structured clinical interview for diagnosing DSM-5 and ICD-11 dissociative disorders. *Annales Médico-psychologiques* 2021 ; 179(4) : 374-385.
31. Boon S, Mattheis H. *Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I) Manual* 2015. Maarssen, NL, 2015.
32. Binet É. Trouble dissociatif de l'identité en 2021 : stigmates d'un trouble dissociatif et d'une suspicion centenaire. *Inf Psychiatr* 2021 ; 97(9) : 785-8.
33. Pietkiewicz, IJ, Banbura-Nowak A, Tomalski R, Boon S. Revisiting False-Positive and Imitated Dissociative Identity Disorder. *Front Psychol* 2021 ; 6 ; 12 : 637929.
34. Reinders A, Willemsen A, Vos H *et al.* Fact or factitious? A psychological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PloS one* 2012 ; 7(6) : e39279.