

La dissociation d'origine traumatique : une dimension clinique encore méconnue



Dossier rédigé par l'AFTD (Association Francophone du Trauma et de la Dissociation), avec la contribution de la FSTSS (French Society for Traumatic Stress Study).

Chères Consœurs, Chers Confrères,

En tant que Présidente de l'**AFTD** (Association Francophone du Trauma et de la Dissociation) et Président de la toute nouvelle **FSTSS** (French Society for Traumatic Stress Studies), nous avons le plaisir de vous faire parvenir ce dossier qui aborde le thème de la dissociation d'origine traumatique et rédigé sous la direction scientifique de Dre Sarah Ammendola (AFTD). Il résume les points qui nous semblent essentiels et propose une liste (non exhaustive) de lectures complémentaires.

Nous espérons que ce sujet, encore trop souvent méconnu, suscitera votre intérêt, et trouvera auprès de vous l'écho qu'il mérite, afin que nous puissions, ensemble, contribuer à faire évoluer les paradigmes grâce aux questionnements chers à notre posture scientifique.

Si vous souhaitez en savoir plus sur nos associations, n'hésitez pas à consulter nos sites internet ou nos pages LinkedIn. Nous serions ravis d'échanger avec vous et vous rencontrer lors de nos prochains congrès et journées scientifiques.

En vous souhaitant une excellente lecture !

Confraternellement,

Sophie Le Quillec Obin
pour l'AFTD

Pr Wissam El Hage
pour la FSTSS

Troubles dissociatifs : classifications et repères diagnostiques

Dr Wissam El-Hage^{1,2}
Dre Coraline Hingray^{3,4}

¹Centre Régional du Psychotraumatisme CVL (CRP-CVL), Tours, France

²Président de la French Society for Traumatic Stress Studies (FSTSS)

³Maison de la Résilience, CPN, CHRU Nancy, France

⁴French Society for Traumatic Stress Studies (FSTSS)

Au cours des dernières décennies, les classifications internationales, notamment la CIM (Classification Internationale des Maladies) et le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), ont profondément renouvelé leur manière de conceptualiser les troubles dissociatifs. Longtemps envisagés à travers le prisme de l'hystérie ou des phénomènes de conversion, ces troubles sont aujourd'hui décrits de façon plus descriptive, empirique et clinique, en référence à une perte d'association ou d'intégration entre différentes fonctions psychiques telles que la mémoire, l'identité, les perceptions, les affects, la conscience ou le contrôle moteur. Les versions récentes, en particulier la CIM-11 et le DSM-5-TR, mettent ainsi l'accent sur des processus de déconnexion ou de discontinuité internes, tout en intégrant de manière croissante les apports issus de la clinique du psychotraumatisme. Les avancées contemporaines convergent pour souligner le lien étroit entre dissociation et traumatismes précoces, en particulier lorsque ceux-ci sont répétés, sévères ou surviennent au cours du développement, comme dans les situations de maltraitance, de négligence ou de violence chronique durant l'enfance.

Dans la CIM-11, les troubles dissociatifs sont définis par une perturbation ou une interruption involontaire de l'intégration normale de différentes fonctions psychiques (identité, sensations, perceptions, affects, pensées, mémoire ou contrôle du comportement), perturbation pouvant être partielle ou totale et dont l'intensité fluctue souvent dans le temps. Les symptômes doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel, sans être imputables à une substance, à une affection médicale ou à des pratiques culturelles ou religieuses socialement acceptées. La CIM-11 se distingue par l'intégration explicite de la dimension traumatique dans la compréhension et la structuration des troubles

dissociatifs. Elle distingue notamment le TDI (Trouble Dissociatif de l'Identité) du TDI-p (Trouble Dissociatif de l'Identité partiel), reflétant une réalité clinique fréquemment observée. Le TDI est caractérisé par la présence de deux ou plusieurs états d'identité distincts, associés à des amnésies marquées, portant souvent sur des souvenirs autobiographiques quotidiens et personnels, amnésies le plus souvent en lien avec des traumatismes psychologiques ou des expériences répétées de stress extrême, survenus en particulier durant l'enfance. Le TDI-p correspond à des situations où la multiplicité des états d'identité est présente, mais avec une différenciation moindre ou une prise de contrôle partielle, et où l'amnésie concerne principalement les épisodes traumatiques ou des contextes spécifiques associés au trauma. Cette distinction permet de mieux rendre compte des formes cliniques fréquentes dans les troubles psychotraumatiques complexes, où les phénomènes dissociatifs et l'amnésie fonctionnelle sont étroitement liés aux expériences de violence ou de maltraitance.

Le DSM-5-TR reconnaît également la diversité des présentations dissociatives et souligne l'importance du vécu traumatique dans leur apparition, même si l'origine traumatique n'est pas formellement requise pour l'ensemble des diagnostics. Le TDI y est défini par la présence d'au moins deux états de personnalité distincts, associés à une discontinuité marquée dans la perception de soi, la mémoire ou le comportement. Les amnésies ne se limitent pas aux événements ordinaires, mais concernent fréquemment des souvenirs liés à des expériences traumatiques. Comme dans la CIM-11, les symptômes doivent être responsables d'une souffrance ou d'une altération fonctionnelle significative et ne pas être expliqués par une substance, une affection neurologique ou des phénomènes culturels reconnus. Le DSM-5-TR propose par ailleurs la catégorie des « autres troubles dissociatifs spécifiés » (ATDS), qui regroupe

des tableaux cliniques ne remplissant pas l'ensemble des critères du TDI ou d'un trouble dissociatif typique, incluant notamment des formes partielles ou atypiques proches du TDI-p. Cette catégorie permet d'englober des situations où la dissociation et l'amnésie sont principalement en lien avec un vécu traumatique, sans présenter l'ensemble des manifestations classiquement attendues.

Dans ces deux nomenclatures, la notion de multiplicité des états d'identité constitue un critère central pour le diagnostic de TDI et de TDI-p, mais elle n'est pas requise pour d'autres troubles dissociatifs tels que l'amnésie dissociative ou les troubles de dépersonnalisation/déréalisation. Les classifications actuelles convergent ainsi vers une reconnaissance plus fine de la dissociation pathologique, qu'elle soit totale ou partielle, et de son ancrage fréquent dans des contextes de traumatismes sévères. Elles offrent également des repères diagnostiques plus précis, contribuant à limiter les confusions, notamment avec les troubles psychotiques, et à favoriser un accès plus adapté aux soins centrés sur la prise en charge du traumatisme.

Sur le plan clinique, cette évolution des classifications souligne l'importance d'une évaluation rigoureuse et structurée des phénomènes dissociatifs. Plusieurs outils d'évaluation clinique existent et permettent d'explorer de manière systématique les différentes dimensions de la dissociation.

Sans viser l'exhaustivité ni une énumération de l'ensemble des questionnaires disponibles, il convient de souligner l'intérêt particulier de l'entretien SCID-D (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders), largement utilisé en pratique clinique, en recherche et en expertise. La validation de sa traduction française en fait un outil de référence incontournable pour les cliniciens francophones, en particulier les psychiatres, en permettant une évaluation approfondie et standardisée des principaux symptômes dissociatifs (amnésie, dépersonnalisation, déréalisation, confusion et altération de l'identité). Son usage contribue à améliorer la fiabilité diagnostique, à affiner la compréhension clinique des tableaux dissociatifs complexes et à orienter plus précisément les stratégies thérapeutiques.

A retenir !

Dans les nomenclatures récentes, la dimension traumatique occupe à juste titre une place centrale dans la compréhension des troubles dissociatifs.

La CIM-11 met en avant le fait que l'apparition du TDI et du TDI-p survient fréquemment chez des personnes ayant été exposées à des événements traumatiques extrêmes, en particulier au cours de l'enfance. Le lien entre traumatisme et dissociation s'exprime à travers la nature même des symptômes : la multiplicité des identités et la présence d'amnésies sont bien souvent des réponses à des expériences intenses de maltraitance ou de violence subie. Les deux diagnostics impliquent que l'amnésie concerne généralement des souvenirs liés à ces situations traumatiques. Le DSM-5-TR, de son côté, reconnaît aussi que les formes atténuées ou atypiques des troubles dissociatifs, regroupées sous la catégorie ATDS, sont fréquemment associées à des contextes traumatiques ou à des stress aigus ou répétés. Il n'impose pas explicitement l'origine traumatique pour chaque diagnostic, mais les descriptions cliniques et les principaux critères (en particulier pour l'amnésie dissociative et les formes partielles du TDI) évoquent très clairement la prépondérance des souvenirs oubliés en lien avec un vécu traumatique. Ainsi, ces classifications font converger la reconnaissance clinique : la dissociation pathologique, qu'elle soit totale ou partielle, découle le plus souvent d'un contexte de traumatismes sévères. Cette perspective aide à mieux comprendre, repérer et traiter les formes variées de troubles dissociatifs aujourd'hui.

Bibliographie :

- American Psychiatric Association. (2022). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5-TR* (5e éd., texte révisé). Elsevier Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Classification internationale des maladies, 11e révision* (CIM-11).
- Steinberg, M. (2024). *L'entretien SCID-D : L'évaluation de la dissociation en psychothérapie, science forensique et recherche* (Trad. O. Piedfort-Marin). Éditions SATAS.

Données épidémiologiques sur les troubles dissociatifs

Dre Sarah Ammendola^{1,2}

¹Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, Bruxelles, Belgique

²Vice-présidente AFTD Belgique

Parmi les troubles d'origine traumatique, les troubles dissociatifs (TD), et plus spécifiquement le TDI et le TDI-p, représentent les tableaux cliniques les plus sévères. Comparées à la littérature scientifique du TSPT (Trouble de stress post-traumatique), les données épidémiologiques issues des études sur les traumatismes complexes et les TD sont récentes et moins nombreuses (Binet, 2025) et représentent, encore aujourd'hui, des dimensions psychopathologiques peu connues par les cliniciens. Selon la littérature scientifique la prévalence des TD est de 10% dans la population générale et de 16% dans la population de patients psychiatriques, avec une prédominance pour le sexe féminin (Ross et al., 2002). En Europe la prévalence des TD est évaluée entre 4,3 % et 8 % (Friedl et al., 2000). Selon une publication de Dell et al. (2009) qui rassemble les études épidémiologiques internationales sur tous les types de TD, la prévalence médiane des TD (ATDS – autre trouble dissociatif spécifié - et TDI), dans la population générale de patients, serait de 10,2 % chez les patients hospitalisés et 8,6 % dans l'échantillon des patients ambulatoires. Selon d'autres auteurs, dans la population psychiatrique les taux de prévalence des TD arrivent à 14% pour les patients ambulatoires et 21 % pour les patients hospitalisés (Lipsanen, 2004); et en général la sévérité des symptômes dissociatifs est significativement plus marquée chez les personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles de la personnalité (Sperandeo et al., 2018). Il s'agirait néanmoins de dimensions cliniques sous-diagnostiquées avec comme conséquence une prise en charge et un traitement non adéquats. La sous-évaluation des cas de TDI au niveau clinique est probablement due à la présence d'une comorbidité très importante avec d'autres troubles psychiatriques. Des diagnostics de schizophrénie et de trouble bipolaire peuvent être attribués à des patients TDI ou peuvent être présents en comorbidité avec un TDI (Binet, 2025). En effet, selon Foote et ses collègues, entre un quart et la moitié de sujets TDI ont reçu auparavant un diagnostic de schizophrénie, ce qui semble être

l'erreur de diagnostic la plus fréquente chez les patients souffrant de TDI (Foote et al., 2008).

Selon les données de l'American Psychiatric Association, la prévalence du TDI à 12 mois dans la population adulte nord-américaine est d'environ 1,5 %, en considérant une certaine variabilité selon les méthodes d'évaluation utilisées et les contextes culturels (APA, 2022). Il est important de souligner que la méthodologie épidémiologique dans les études sur les TD est fortement caractérisée par des biais liés aux critères diagnostiques utilisés et les différences conceptuelles auxquelles ils se réfèrent. En exemple citons les écarts entre les critères diagnostiques à partir des classifications de référence (DSM ou CIM). Cette variabilité des résultats épidémiologiques peut s'expliquer par les différences dans les outils diagnostiques utilisés (entretiens structurés ou questionnaires auto-rapportés), la sensibilisation et la connaissance des cliniciens, et les biais de recrutement. Un élément très important dans l'analyse des données épidémiologiques et dans leur différence avec la réalité clinique est que les TD ne constituent généralement pas le motif de consultation primaire.

Ces troubles sont, par conséquent, souvent négligés au profit des symptômes présentés, tels que l'anxiété, la dépression, les fluctuations thymiques, les troubles de l'attention, les symptômes de la ligne psychotique, la consommation de substances (Piedfort-Marin et al., 2020). De plus, lorsqu'ils sont présents, les symptômes dissociatifs se recoupent avec de nombreux troubles psychiatriques différents, de sorte que leur simple présence ne suggère pas en soi un TD, mais peut s'inscrire dans le spectre dimensionnel d'autres troubles tels que les troubles psychotiques (Moskowitz et al., 2017). Par ailleurs la présence d'une séméiologie neurologique peut aussi être représentative d'une symptomatologie dissociative telle que dans les crises non-épileptiques psychogènes (CNEP) que la CIM-11 classifie comme

étant un trouble dissociatif. La prévalence des CNEP est estimée entre 2 et 33 cas par 100.000 habitants et cette importante variabilité dans les données épidémiologiques reflète la complexité du diagnostic (Sahaya et al., 2011).

Les données épidémiologiques actuellement disponibles concernant les TD soulignent la nécessité de leur reconnaissance clinique précoce pour une orientation vers une prise en charge plus adéquate et spécialisée. Ces données mettent aussi l'accent sur l'importance pour les cliniciens de développer une compétence diagnostique qui leur permette de repérer les dimensions comorbides avec lesquelles ces troubles peuvent se manifester.

Bibliographie :

- Binet, E. (2025). Épidémiologie du trouble dissociatif de l'identité. In E. Binet (Éd.), *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité* (2e éd.). Paris : Dunod.
- Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders : DSM-V and beyond*. Routledge.
- Foote, B., & Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: Differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Reports*, 10(3), 217–222.
- Friedl, M. C., Draijer, N., & de Jonge, P. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: The impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(6), 423–428.
- Lipsanen, T., Korkeila, J., Peltola, P., et al. (2004). Dissociative disorders among psychiatric patients: Comparison with a non-clinical sample. *European Psychiatry*, 19(1), 53–55.
- Moskowitz, A., Mosquera, S., & Longden, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: Historical, empirical and clinical perspectives. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 37–46.
- Piedfort-Marin, O., Tarquinio, C., Steinberg, M., et al. (2020). 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*, 178.
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3, 7–17.
- Sahaya, K., Dholakia, S. A., & Sahota, P. K. (2011). Psychogenic non-epileptic seizures: A challenging entity. *Journal of Clinical Neuroscience*, 18, 1602–1607.
- Sperandeo, R., Monsa, V., Messina, G., et al. (2018). Brain functional integration: An epidemiologic study on stress-producing dissociative phenomena. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 11–19.

Corrélat neurobiologiques de la dissociation : données issues du trouble de stress post-traumatique et du trouble dissociatif de l'identité

Dre Marion Trousselard^{1,2,3}

¹French Society for Traumatic Stress Studies (FSTSS)

²Ecole de Psychologues Praticiens, Paris, France

³INSPIRE, Inserm UMR 1319, Université de Lorraine, Nancy, France

Dissociation et trouble de stress post-traumatique (TSPT)

La dissociation observée dans le TSPT s'inscrit dans une dynamique neurobiologique complexe qui articule deux réponses complémentaires : la réaction de stress et la réponse dissociative (Trousselard and Canini, 2017). Ces deux dimensions reposent sur l'activation du réseau d'alarme inné (Innate Alarm Network, IAN), un système de défense ancestral centré sur la substance grise périaqueducule (PAG). Lorsque la menace est perçue comme « affrontable », la PAG dorsale orchestre une réponse active - lutte ou fuite - soutenue par l'activation du système nerveux autonome sympathique (SNA-S). À l'inverse, si la menace est perçue comme inéluctable, la PAG ventrale déclenche une réponse passive incluant sidération, immobilité, analgésie et anesthésie émotionnelle. La dissociation correspond à cette branche passive de la défense : une stratégie protectrice initialement adaptative, qui, lorsqu'elle devient chronique, se transforme en mécanisme pathologique. Dans le TSPT, la dissociation peut coexister avec les symptômes de stress réactif (hypervigilance, intrusions, évitement), caractérisant le sous-type dissociatif du TSPT (TSPT-D).

Sur le plan neurochimique, l'activation du locus coeruleus lors d'un stress aigu entraîne la libération massive de catécholamines, notamment la noradrénaline. Lorsque cette activation dépasse un certain seuil, elle perturbe le fonctionnement du cortex préfrontal via la stimulation excessive des récepteurs $\alpha 1$ et $\beta 1$, compromettant le contrôle cognitif et favorisant la domination des circuits sous-corticaux, impliquant notamment l'amygdale. Cette dérégulation s'accompagne d'une hypersensibilisation du système adrénergique, facilitant

l'émergence de phénomènes dissociatifs tels que l'anesthésie émotionnelle, la déréalisation et la dépersonnalisation. L'effet aggravant de la yohimbine, antagoniste $\alpha 2$, sur les symptômes dissociatifs confirme le rôle clé du système noradrénergique (Southwick et al., 1993 et 1997). Par ailleurs, des déséquilibres impliquant d'autres neuromodulateurs - glutamate, GABA, dopamine, sérotonine et opioïdes endogènes - pourraient contribuer aux altérations de la perception de soi et à l'effondrement des sensations corporelles caractéristiques de la dissociation (Lanius et al., 2018 Southwick et al., 1997). La chronicité des symptômes impliquerait un déséquilibre entre systèmes excitateurs et inhibiteurs. L'excès de glutamate fragiliserait les circuits frontaux responsables de l'intégration du soi, tandis qu'une modulation anormale du GABA, particulièrement dans l'insula et la substance grise périaqueducule, favoriserait l'anesthésie émotionnelle et corporelle. Les fluctuations de la noradrénaline et de la dopamine participeraient respectivement aux alternances entre hypervigilance et effondrement dissociatif, ainsi qu'aux altérations du sentiment d'agentivité. L'inhibition sérotoninergique excessive contribuerait à l'hypoémotivité, et l'activation des systèmes opioïdes endogènes produirait une analgésie psychocorporelle. L'ensemble de ces perturbations traduit une incapacité des systèmes neuromodulateurs à soutenir une perception stable, incarnée et continue de soi.

Au niveau fonctionnel (Menon, 2021), la dissociation chronique s'explique par des altérations de la connectivité entre trois réseaux cérébraux majeurs. Le Default Mode Network (DMN), impliqué dans la conscience de soi et l'intégration autobiographique, apparaît hypoconnecté chez les patients avec TSPT,

ce qui affaiblit le sentiment de continuité interne. Le Salience Network (SN), centré sur l'insula et le cortex cingulaire antérieur, montre au contraire une hyperconnectivité, traduisant une hyperdéttection de la menace. Chez les patients avec un TSPT dissociatif, cette hyperactivation est particulièrement marquée et implique l'insula, le claustrum (lié à la conscience), le BNST (anxiété anticipatoire) et le striatum ventral. Enfin, le Central Executive Network (CEN), responsable du contrôle attentionnel, perd sa capacité à réguler efficacement le SN et le DMN. L'ensemble aboutit à une inhibition excessive des structures limbiques – notamment l'amygdale – par le cortex préfrontal médian, créant une protection contre l'intensité émotionnelle au prix d'un détachement du vécu corporel et affectif.

L'intéroception joue un rôle central dans ces phénomènes. Dans le TSPT-D, les stimuli conscients déclenchent une suractivation du cortex préfrontal ventromédian, tandis que les stimuli non conscients activent préférentiellement l'amygdale et l'insula. Cette dissociation fonctionnelle témoigne d'un contrôle émotionnel rigide et fragmenté. L'insula, pivot de l'intéroception, montre une connectivité accrue avec l'amygdale, le BNST et le claustrum, corrélée à l'intensité des expériences de déréalisation et de dépersonnalisation. La connectivité entre la PAG ventrale et le cortex pariétal postérieur (jonction temporo-pariétale) est également associée aux altérations du sentiment d'incarnation. Les travaux de Schäfflein et al. de 2022 révèlent que les patients dissociatifs présentent une précision intéroceptive diminuée, accompagnée d'un tonus du SNA parasympathique réduit et d'une perception corporelle instable ou étrangère. Sur le plan du SNA, la dissociation correspondrait à un basculement vers une dominance parasympathique avec bradycardie réflexe, comme si le corps se « mettait en veille ».

Dissociation dans le trouble dissociatif de l'identité (TDI)

Au-delà du TSPT, un ensemble d'études s'appuyant sur de l'imagerie structurelle et fonctionnelle montre que la dissociation identitaire dans le TDI repose sur des patterns cérébraux spécifiques, difficilement compatibles avec l'hypothèse d'un artefact de suggestion ou de simulation.

Le modèle de la « personnalité structurellement

dissociée » distingue des parties apparemment normales (PAN) et des parties émotionnelles (PE), qui présentent des profils neurobiologiques nettement différenciés. Dans leur étude fondatrice de provocation de symptômes, Reinders et al. (2006) ont comparé la réponse de la PAN et de la PE à des scripts autobiographiques neutres ou traumatiques. La PE manifeste, face au script traumatique, une hyperactivation des régions limbiques et paralimbiques (amygdale, insula, gyrus parahippocampique, cortex cingulaire), ainsi que des régions motrices et du tronc cérébral, reproduisant un profil proche de la reviviscence traumatique dans le TSPT. À l'inverse, la PAN présente une hypo-réactivité émotionnelle, avec suractivation préfrontale et inhibition des structures limbiques, évoquant des états de dépersonnalisation/déréalisation. Des sujets contrôles entraînés à simuler ces identités ne reproduisent ni les réponses cérébrales ni les signatures psychophysiologiques observées, ce qui constitue un argument important contre une origine suggestive du TDI. Ces résultats ont été étendus par des paradigmes utilisant des visages émotionnels masqués et par des mesures de perfusion au repos.

Plusieurs anomalies neurofonctionnelles sont observées. Dans l'étude de Schlumpf et al. (2013), les patientes TDI montrent, lorsqu'elles sont dans la PE, une activation accrue du tronc cérébral, des régions occipito-temporales sensibles aux visages, du gyrus parahippocampique et de régions motrices face à des visages neutres subliminaux, traduisant un état d'hypervigilance défensive préconsciente. La PAN présente au contraire une sous-activation généralisée, suggérant un désengagement perceptif et émotionnel. Là encore, les simulations par des actrices ne parviennent pas à reproduire ces patterns. Dans une étude complémentaire, Schlumpf et al. (2014) montrent que ces différences PAN/PE persistent en l'absence de stimulation : la PE présente un débit sanguin accru dans les régions somatosensorielles, motrices et pariétales impliquées dans la représentation corporelle et la préparation à l'action, tandis que la PAN montre une perfusion plus élevée dans des régions frontales et cingulaires impliquées dans le contrôle cognitif et l'inhibition émotionnelle. Les travaux récents de Reinders et al. (2021) confirment cette opposition fonctionnelle : la PE correspond à un profil de type « hyperarousal/reexperiencing »,

avec hyperactivation limbique et du réseau d'alarme, tandis que la PAN s'apparente à un profil dissociatif, caractérisé par une suractivation préfrontale médiane et une inhibition limbique. Sur le plan neuro-structurel, Reinders et al. (2018) rapportent, chez 32 patientes TDI, des diminutions de volume cortical, de surface et d'épaisseur dans des régions frontales, temporales et pariétales impliquées dans la mémoire autobiographique, l'intégration du soi et l'intéroception. Ces altérations corrélaient fortement avec la sévérité de la dissociation et l'exposition à des traumatismes précoces, suggérant une empreinte neuro-développementale de maltraitements infantiles sévères plutôt qu'une origine iatrogène. Enfin, la synthèse de Reinders et Veltman (2021) souligne que l'ensemble des données d'imagerie converge vers un modèle traumatique du TDI, considéré comme une forme particulièrement sévère et chronique de TSPT développemental. Les approches de classification basées sur les données neurobiologiques distinguent avec précision patientes TDI, témoins et simulateurs, renforçant la validité clinique du diagnostic.

En définitive, la dissociation dans le TSPT ne reflète pas une simple déconnexion psychique, mais une désynchronisation profonde entre cerveau et corps. Elle résulterait d'un dérèglement global des circuits de survie, des réseaux de conscience de soi, de l'intéroception et des systèmes neuromodulateurs, compromettant la continuité du « soi incarné ». Il convient de garder à l'esprit que les données sur glutamate / GABA / dopamine / sérotonine spécifiquement dans la dissociation sont moins nombreuses et moins consolidées que celles concernant le système opioïde ou la connectivité cortico-limbique (Johnson et al., 2022 ; Marazziti et al., 2023). Beaucoup de constats viennent de modèles théoriques, revues ou études préliminaires, avec des limites méthodologiques — ce qui implique prudence dans les généralisations. Enfin, l'hétérogénéité clinique des patients (trauma complexe, dissociation, comorbidités) rend difficile l'identification d'un « profil neurochimique standard ». Au-delà, les données de la littérature rapprochent directement le TDI des modèles de dissociation décrits dans le TSPT : les mêmes circuits de survie (PAG, tronc cérébral, amygdale) et les mêmes réseaux de contrôle (cortex préfrontal médian, réseaux du mode par défaut et exécutif) sont engagés, mais de façon

plus extrême et part-dépendante. Les travaux montrent que la dissociation structurelle du TDI s'exprime par : (i) des altérations stables de la morphologie corticale liées au traumatisme précoce ; (ii) des profils de connectivité et de perfusion différents selon les parties dissociatives (PE hyperréactive, PAN surinhibitrice) ; et (iii) des réponses cérébrales et psychophysiologiques à la menace et aux souvenirs traumatiques qui recoupent les sous-types hyper-et hypo-arousal du TSPT. Ils viennent ainsi prolonger, dans un autre registre clinique, le modèle neurobiologique de la dissociation décrit pour le TSPT, et rendent très difficile de réduire le TDI à une simple construction suggestive ou à un trouble factice.

Bibliographie :

- Johnson, B. N., McKernan, L. C., & Bruehl, S. (2022). A theoretical endogenous opioid neurobiological framework for co-occurring pain, trauma, and non-suicidal self-injury. *Current Pain and Headache Reports*, 26(6), 405–414.
- Lanius, R. A., Boyd, J. E., McKinnon, M. C., Nicholson, A. A., Frewen, P., Vermetten, E., Jetly, R., & Spiegel, D. (2018). A review of the neurobiological basis of trauma-related dissociation and its relation to cannabinoid- and opioid-mediated stress response: A transdiagnostic, translational approach. *Current Psychiatry Reports*, 20(12), 118.
- Marazziti, D., Carmassi, C., Cappellato, G., Chiarantini, I., Massoni, L., Mucci, F., Arone, A., Violi, M., Palermo, S., De Iorio, G., & Dell'Osso, L. (2023). Novel pharmacological targets of post-traumatic stress disorders. *Life*, 13, 1731.
- Menon, V. (2021). Dissociation by network integration. *American Journal of Psychiatry*, 178, 110–112.
- Reinders, A. A. T. S., & Veltman, D. J. (2021). Dissociative identity disorder: Out of the shadows at last? *British Journal of Psychiatry*, 219, 413–414.
- Reinders, A. A. T. S., Chalavi, S., Schlumpf, Y. R., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S., Jäncke, L., Veltman,

D. J., & Ecker, C. (2018). Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 157–170.

- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A. M., Willemsen, A. T., & den Boer, J. A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730–740.

- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T., den Boer, J. A., Vos, H. P., Veltman, D. J., & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research*, 223(3), 236–243.

- Schäfflein, E., Mertens, Y. L., Lejko, N., Beutler, S., Sattel, H., & Sack, M. (2022). Altered frontal electroencephalography as a potential correlate of acute dissociation in dissociative disorders: Novel findings from a mirror confrontation study. *BJPsych Open*, 8, e196.

- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R. S., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A. T. S., & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, 3, 54–64.

- Schlumpf, Y. R., Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Luechinger, R., Van Osch, M. J. P., & Jäncke, L. (2014). Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: A controlled fMRI perfusion study. *PLOS ONE*, 9(6), e98795.

- Southwick, S. M., Krystal, J. H., Bremner, J. D., Morgan, C. A. III, Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., Johnson, D. R., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1997). Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 749–758.

- Southwick, S. M., Krystal, J. H., Morgan, C. A., Johnson, D., Nagy, L. M., Nicolaou, A., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1993). Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 266–274.

- Trousselard, M., & Canini, F. (2017). Réaction de défense et confrontation péritraumatique : Intérêt d'une approche éthologique. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 19–24.

Lignes directrices pour le traitement des troubles dissociatifs de l'identité et les troubles dissociatifs sévères chez l'adulte

Deborah Wisler^{1,2}

¹Pratique libérale, Lausanne, Suisse

²Vice-présidente AFTD Suisse

En préambule, nous tenons à rappeler qu'au-delà des recommandations étayées par la littérature scientifique et soutenue par l'ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation), le traitement du TDI et des troubles dissociatifs associés devraient en tout temps adhérer aux principes fondamentaux de la psychothérapie et de la gestion médicale, psychiatrique, recourant à des techniques spécialisées destinées à prendre en compte la symptomatologie dissociative spécifique et adaptée à la clinique propre à chaque patient.

Basées sur trente ans de recherches et études cliniques, les recommandations de traitement des troubles dissociatifs – tout comme des autres séquelles post-traumatiques complexes – s'appuient principalement sur les psychothérapies orientées par phases, tel que déjà préconisé par Janet à la fin du 19^{ème} siècle (ISSTD, 2011). Bien que manquant de rigueur scientifique pour diverses raisons méthodologiques, les études montrent néanmoins que les améliorations les plus significatives en matière de dissociation et de psychopathologie concernent la psychothérapie par phase et la psychothérapie individuelle, correspondant à des traitements axés sur la stabilisation des symptômes et le traitement des traumatismes (Griffith et al, 2025). Sur le plan pharmacologique, aucun traitement curatif des troubles dissociatifs n'existe. Une médication peut toutefois être ajoutée pour cibler les troubles comorbides.

Dans cette perspective, le traitement préconisé pour les troubles post-traumatiques est une approche multiphasique et comporte trois phases (Luxenberg et al., 2001 ; Van der Hart et al., 2006 ; Kédia et al., 2012 ; entre autres) :

1. Installation de la sécurité, réduction des symptômes et stabilisation

2. Traitement des souvenirs traumatiques (si indiqué)

3. Intégration et réhabilitation de la personnalité, prévention des rechutes

Le traitement orienté par phases revêt de manière générale la forme d'une spirale davantage qu'une linéarité des phases (Van der Hart et al., 2006), impliquant notamment que la phase 2 du traitement soit périodiquement alternée avec la phase 1 à nouveau, de même que le travail de la phase 2, voire de la phase 1, va encore être alterné avec celui de la phase 3. Certains auteurs relèvent

encore que les phases 1 et 3 constituent les phases les plus importantes du traitement, le traitement des souvenirs traumatiques (phase 2) étant impossible pour certains patients, soit, pour d'autres, pas nécessaire, après les progrès importants réalisés lors de la phase 1 (Kédia et al., 2012 ; van der Hart et al., 2006). Le travail d'adaptation globale à la vie est par ailleurs essentiel à travers n'importe quel processus de traitement et devrait avoir lieu au cours de chaque phase du traitement, selon les experts de l'ISSTD.

Dans tous les cas, comme le rappellent notamment van der Hart et al. (2006), le traitement par phases implique que le thérapeute comprenne, respecte et prenne en compte les contraintes du niveau mental du patient ainsi que des parties dissociatives de sa personnalité.

Les objectifs principaux du traitement par phases sont les suivants :

- Renforcer la capacité de fonctionner dans le quotidien (travail, assistance à soi-même, relations, jeu)
- Contrôle du niveau d'activation psychophysiologique
- Augmentation du niveau mental : i.e. de l'efficacité mentale et de l'énergie mentale (et parfois de l'énergie physique)
- Exposition graduelle répétée aux phobies des expériences internes et, par conséquent, de la psychothérapie même avec travail autour de la reconnaissance des symptômes dissociatifs

Le but du traitement est d'amener le patient à un meilleur fonctionnement intégré. Comme les lignes directrices de l'ISSTD le rappellent, un point important du travail thérapeutique avec les patients souffrant de TDI est de développer un degré accru de communication et de coordination entre les différentes parties dissociatives. Cela dans le but d'amener à l'« unification de la personnalité ». L'on entend par « unification de la personnalité » la fusion de toutes les parties dissociatives de la personnalité vers une personnalité plus coordonnée et cohérente, mettant fin à l'impression subjective du patient de séparation ou de « morcellement ». Le travail de fusion des parties dissociatives ou identités de la personnalité intervient lors de la phase 3 du traitement. Ce travail permet l'augmentation de l'empathie et de la coopération intérieure. Puis, selon l'envie et la créativité du

patient (et celle du thérapeute), guidé par le thérapeute : de manière formelle, par des techniques de fusion planifiées, avec ou sans hypnose, ou bien par encouragement de fusions temporaires. Pour amener à la fusion/intégration, on conduira, par exemple, les parties dissociatives de la personnalité à ressentir toutes ensemble la même émotion, ou avoir toutes ensemble la même pensée ou mener la même action.

Plusieurs approches psychothérapeutiques peuvent être mobilisées lors du traitement afin de faciliter et soutenir le processus (Hypnose, EMDR, Psychothérapie sensorimotrice, par ex.).

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

Le modèle de la dissociation structurelle de la personnalité, reposant sur les travaux de Janet, enrichie de données neurologiques et biologiques, propose une thérapie par phases visant à intégrer des « parties émotionnelles » de la personnalité, porteuses du vécu traumatique dissocié, avec les « parties apparemment normales » de la personnalité, qui soutiennent le fonctionnement quotidien. Il s'agit d'une approche phénoménologique conceptualisée en particulier par van der Hart, Nijenhuis, et Steele (2006, trad. 2010), aujourd'hui largement reconnue.

Selon les auteurs, la dissociation structurelle de la personnalité intervient lorsqu'il y a échec d'intégration d'événements traumatiques et constitue un aspect essentiel du traumatisme et peut être conceptualisée comme une division de la personnalité lorsque les capacités à intégrer tout ou partie des expériences négatives font défaut. L'on parle alors de division en deux sous-systèmes dynamiques (ou plus, lors de dissociation secondaire et tertiaire) insuffisamment intégrés mais stables, appelés partie « apparemment normale de la personnalité » (PAN) et partie(s) « émotionnelle(s) de la personnalité » (PE). La PAN a pour fonction la réalisation des tâches nécessaires à la vie quotidienne et à la survie de l'espèce. La PE, quant à elle, est la manifestation du système de défense car elle mobilise des réactions défensives et émotionnelles face à une menace liée au traumatisme et auxquelles elle semble fixée. Autrement dit, comme PAN, les personnes ayant vécus des traumatismes tentent de mener une vie normale en étant guidées par les systèmes d'action de la vie quotidienne et tentent d'éviter les souvenirs traumatiques. En tant que PE, elles sont bloquées dans les systèmes d'action de défense (combat, fuite, sidération, soumission totale, effondrement ou pleur d'attachement) ou les sous-systèmes ayant été activés pendant la traumatisation.

D'un point de vue phénoménologique, la division de la personnalité en ces différentes parties dissociatives se manifeste par des symptômes dissociatifs négatifs ou positifs et psychoformes ou somatoformes.

Ainsi, ce qui est expérimenté par une partie dissociative de la personnalité n'est soit pas vécu par les autres parties, soit vécu comme une intrusion n'appartenant pas à l'expérience personnelle. Le maintien de la dissociation peut être expliqué par plusieurs facteurs : la phobie des souvenirs traumatiques et des PE (conditionnement classique), les réactions d'échappement (évitement conditionné) et des facteurs relationnels (attachement à l'agresseur, phobie de la relation, introjects, retraumatisation, etc...). Le traitement par phases s'appliquera à réduire ces différents évitements en vue d'une unification de la personnalité.

Ce modèle offre une conceptualisation claire des troubles dissociatifs sévères, bien qu'il soit proposé par Nijenhuis de le concevoir comme un modèle applicable à l'entièreté des troubles post-traumatiques.

Bibliographie :

- Griffiths, T. A., Dimitrova, L. I., Linington, M., Terhune, D. B., & Reinders, A. A. T. S. (2025). Effectiveness of phase-oriented treatment for trauma-related dissociative disorders: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2545734.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults: Third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Kedia, M., Vanderlinden, J., Lopez, G. et al. (2012). *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris : Dunod.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J., Hunt, C. & van der Kolk, B.A. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment. *Directions in Psychiatry*, 21 (26): 395-414.

Les troubles dissociatifs sévères et l'art du camouflage et des évitements

Sophie Le Quillec Obin^{1,2,3}

¹Psychologue clinicienne, pratique libérale, Vincennes, France

²Présidente AFTD

³Praticienne et superviseuse EMDR Europe

Les personnes souffrant de troubles dissociatifs, y compris de TDI-p (OMS, 2019), sont plus nombreuses qu'on ne le pense, et passent souvent « sous les radars », car très habiles, à camoufler leurs symptômes derrière une façade sociale convaincante, par peur d'être « fous » ou de le paraître. En effet, le besoin de se sentir normal de ces personnes polytraumatisées, leur réflexe de mise à distance de tous les souvenirs terribles et leurs évitements quotidiens pour ne pas ressentir les effets du passé, sont un leitmotiv puissant.

Nous pouvons lire la description de cet art du camouflage dans la définition du TDI du DSM-5-TR : « Ces sujets peuvent vivre des expériences de discontinuité de leur identité ou de leur mémoire qui ne sont pas immédiatement évidentes pour les autres ou qui sont masquées par les tentatives qu'ils font pour cacher leur dysfonctionnement (...) La plupart des sujets ayant un trouble dissociatif de l'identité sans possession ne montrent pas ouvertement la discontinuité de leur identité pendant une longue période. (...) Souvent, ils dissimulent ou ne sont pas totalement conscients des perturbations de la conscience, de l'amnésie ou des autres symptômes dissociatifs. » (APA, 2022).

Dans la définition du TDI-p (comme du TDI), de la CIM-11, il est mentionné le besoin d'évitement d'un monde interne terrifiant : Les intrusions dissociatives sont « perçues comme interférant avec le fonctionnement de l'état de personnalité dominant et sont typiquement aversives ». (OMS, 2022).

Janet relate des réactions phobiques face à des expériences internes et décrit la terreur de sa patiente, Irène, quand il est question de se souvenir : « Irène a souvent le même sentiment que les phobiques : à plusieurs reprises j'ai été surpris de l'entendre crier : « J'ai peur, quand vous voulez me faire souvenir de cela, c'est une peur que je ne peux pas dépasser... » Il envisage l'origine de l'évitement comme une « phobie fondamentale » qui consisterait à éviter de pren-

dre pleinement conscience du traumatisme et de ses effets sur la vie de la personne (Janet, 1904). S'ensuit alors une série d'évitements : de ressentir, de parler de l'événement, et même d'y penser.

L'amnésie est la conséquence directe de ces évitements : à force de mettre à distance l'épisode traumatisant, le souvenir s'estompe progressivement. Des études montrent le lien entre précocité des agressions, lien à l'agresseur, violence des agressions et sévérité de l'amnésie traumatique (Francols & Ravit, 2025). De façon logique, plus les traumatismes sont graves, chroniques, précoces, et de surcroît, causés par des personnes chères (donneurs de soins, fratrie), plus le patient est aversif vis-à-vis de ses souvenirs cauchemardesques, plus le besoin de ne pas se rappeler ni ressentir prend de l'importance, et plus les phénomènes d'évitement de tous les déclencheurs desdits souvenirs, (extéroceptifs ou intéroceptifs), se développent. Ces évitements peuvent s'accroître au fil du temps, par généralisation et par installation d'habitudes de mise à distance de tout matériel mnésique insupportable, y compris au sein de nos cabinets. Ils peuvent donc provoquer un évitement massif de la thérapie, qui constitue un point névralgique du traitement. Les auteurs de la Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité (TDSP) nomment ces phobies du monde interne « phobies dissociatives. » (Van der Hart et al., 2010 ; Boon et al., 2018).

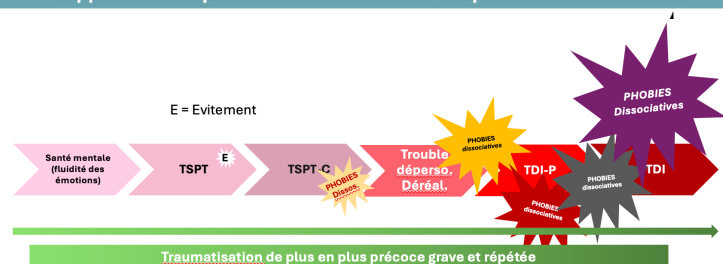
Lorsque la personne est en passe d'être déclenchée, tous les moyens sont bons pour maintenir ces réactions à distance, en s'anesthésiant par toute forme d'addiction de substances exogènes (médicaments, drogues, alcool, nourriture), ou endogènes en utilisant des « conduites dissociantes » (Salmona, 2020 ; Wisler, 2024 ; Lanius, 2014).

Les phobies du monde interne vont imposer quotidiennement un évitement du contact avec les réseaux de mémoire encodés liés aux traumatismes. Au

fil du temps, l'organisme aura besoin d'une dose de plus en plus élevée de substance ou de stress pour provoquer l'anesthésie. D'où une hausse du recours aux conduites dissociantes au quotidien, entraînant ainsi le maintien, voire le renforcement de la dissociation. À cela s'ajoutent d'éventuelles retraumatisations dues à ces conduites à risque, nécessitant encore plus de dissociation pour éloigner les souvenirs terribles de plus en plus nombreux. C'est ainsi que les phobies dissociatives sont un cercle vicieux, un appel d'air vers plus de dissociation, laissant sur leur passage patients et thérapeutes désorientés (Le Quillec Obin & Roy, 2021, 2024, 2025 ; Le Quillec Obin, 2025).

Ces phobies dissociatives apparaissent et se développent au fil du « spectre du traumatisme » (Zimmermann, 2025). Les personnes souffrant de TSPT peuvent déjà montrer une certaine aversion envers le travail thérapeutique lorsqu'il s'agit d'aborder l'épisode traumatique en séance, et les personnes les plus traumatisées développent des phobies de plus en plus puissantes de tout ce qui leur rappelle les épisodes terrifiants. Une des conséquences, pouvant paraître paradoxale, est que plus une personne a vécu des épisodes adverses, a fortiori dans son enfance, plus elle a besoin de psychothérapie pour venir à bout de ses souffrances et vivre un quotidien correct, et moins elle laisse son psychothérapeute libre d'agir pour la comprendre et la soigner.

Apparition des phobies dissociatives sur le spectre du traumatisme



© Sophie Le Quillec Obin - 2026

Par conséquent, il est primordial de s'atteler à repérer et identifier ces différentes phobies dissociatives pour mieux comprendre l'origine de certaines difficultés lors de la psychothérapie, et être ainsi en mesure de définir une stratégie en les incluant dans le plan thérapeutique. Comme le soulignent van der Hart et ses collègues, « Il est essentiel de surmonter les phobies liées aux traumatismes pour réussir la psychothérapie » (van der Hart et al., 2010).

Bibliographie :

- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de psychologie*. 1, 417–453.
- Lanius, R. A. (2014). Dissociation: Cortical deafferentation and the loss of self. In U. F. Lanius, et al. (Eds.), *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Le Quillec Obin, S., & Roy, I. (2024). Les phobies dissociatives. In *DissociationS*. [Podcast audio, S2E6]. AFTD. <https://www.aftd.eu/page/2145561-podcasts>.
- Le Quillec Obin, S. (2025). Phobies dissociatives : Aversions et camouflages dans les psychothérapies de TDI et TDI-p. In E. Binet (Ed.), *Évaluer et prendre en charge le TDI* (2e éd.). Paris: Dunod.
- Le Quillec Obin, S., & Roy, I. (2025). Les phobies dissociatives : Un écueil à la psychothérapie des personnes souffrant de troubles dissociatifs sévères. In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, P. Tarquinio Mousel, & E. Zimmermann (Eds.), *Traité clinique du psychotraumatisme : De la recherche à la pratique contemporaine. État de l'art, nouveaux développements, innovations*. Paris: Dunod.
- Le Quillec Obin, S., & Roy, I. (2021). Expliquer par les phobies dissociatives les résistances de nos patients traumatisés. *L'Information psychiatrique*, 97(9), 789–795.
- Salmons, M. (2020). Mémoire traumatique. In M. Kédia (Éd.), *Psychotraumatologie en 51 notions* (3e éd.). Paris: Dunod.
- Wisler, D. (2024). TCA, addictions et dissociation. In *DissociationS* [Podcast audio, S2E11]. AFTD. <https://www.aftd.eu/page/2145561-podcasts>.
- Zimmermann, E. (2025). EMDR et TDI à la lumière de la TDSP. In E. Binet (Ed.), *Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité* (2e éd.). Paris: Dunod.

Lectures conseillées

(liste non exhaustive)

- **Conversation avec Giovanni Liotti sur le traumatisme et la dissociation.**
C. Ardovalini, C. La Rosa, A. Onofri. Satas, 2025.
- **Évaluer et prendre en charge le trouble dissociatif de l'identité.**
Sous la direction d'Eric Binet et sous l'égide de l'AFTD. Dunod, 2^{ème} éd., 2025.
- **Traiter la dissociation d'origine traumatique. Approche pratique et intégrative.**
K. Steele, S. Boon, O. van der Hart. De Boeck, 2018.
- **Pierre Janet : trauma et dissociation.**
Sous la direction de G. Craparo, F. Ortu, O. van der Hart. De Boeck, 2021.
- **Diagnosing the psychological consequences of trauma.**
A multiaxial trauma-dissociation model according to ICD-11.
Y. Gysi. Hogrefe, 2025.
- **Dissociation et mémoire traumatique. Historique, clinique, psychothérapie et neurobiologie.**
M. Kédia, J. Vanderlinden, G. Lopez, I. Saillot, D. Brown. Dunod, 2019.
- **Psychose, traumatisme et dissociation. Perspectives en évolution sur la psychopathologie sévère.**
A. Moskowitz, M. J. Dorahy, I. Schäfer. Satas, 2025.
- **L'entretien SCID-D : l'évaluation de la dissociation en psychothérapie, science forensique et recherche.**
M. Steinberg. Satas, 2023.
- **Traité clinique du psychotraumatisme. De la recherche à la pratique contemporaine.**
Sous la direction de C. Tarquinio. Dunod, 2025.
- **Manuel des troubles psychotraumatiques. Théories et pratiques cliniques.**
C. Tarquinio, Y. Auxéméry. Dunod, 2022.
- **Manuel de thérapie cognitive et comportementale centrée sur la dissociation.**
A. Vancappel. Presses Universitaires, 2024.
- **Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique.**
O. van der Hart, E. Nijenhuis, K. Steele (2010). Troisième édition. De Boeck, 2024.

DissociationS est un podcast en accès libre, produit par l'AFTD

La saison 1 a pour but de faire découvrir le psychotrauma et différentes thérapies centrées sur le trauma, au grand public et aux cliniciens désirant se former à ce type de psychothérapies. La saison 2 est à l'attention des professionnels de la santé mentale désirant mieux connaître le thème de la dissociation d'origine traumatique. Les 12 épisodes sont sous la forme de récit, ou d'interview de professionnels reconnus dans le monde du psychotrauma et de la dissociation, et sont disponibles sur Youtube, Facebook, LinkedIn et Spotify. Les affiches, téléchargeables sur notre site, peuvent être affichées dans tout lieu recevant du public.





AFTD.EU   