

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE

PRÉSENTÉE À

L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

LE TRANSFERT DANS LE TRAITEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT UN
TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ

PAR

©ANN-MARIE LAMBERT 1983 -

AOÛT 2013

Université de Sherbrooke
Faculté des lettres et sciences humaines

Cette thèse intitulée :

Le transfert dans le traitement des personnes présentant
un trouble dissociatif de l'identité

Présentée par :

Ann-Marie Lambert

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

GAGNON, Lise
Directrice de recherche

FONTAINE, Francine
Co-directrice de recherche

TERRADAS, Miguel
Membre du jury

LAVERDIERE, Olivier
Membre du jury

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans l'article 5.11 du Règlement facultaire des études de 2^e et 3^e cycles, ainsi que dans les Règles institutionnelles pour les mémoires et les thèses par articles de l'Université de Sherbrooke. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication des revues reconnues. Les noms de la directrice et de la co-directrice de recherche pourraient donc apparaître comme co-auteurs des articles soumis pour publications.

Sommaire

Cette thèse porte sur le transfert dans le traitement des personnes présentant un trouble dissociatif de l'identité (TDI), un aspect très délicat du traitement de ce trouble. Il serait caractérisé par des aspects post-traumatiques, puisque les personnes présentant cette pathologie auraient généralement vécu des traumatismes importants (Briere, 1989; Chefetz, 1997; Coons & Milstein, 1986; Dalenberg et al., 2012; Loewenstein, 1993; Putnam, 1989; Ross, Miler, Reagor, Bjornson, Fraser, & Anderson, 1990; Spiegel, 1986). Le transfert des personnes présentant un TDI serait en outre caractérisé par son aspect dissociatif, ceci pouvant s'exprimer par certains processus cognitifs, comme l'absorption ou l'attention sélective (Loewenstein, 1993), de même que par la dissociation du transfert entre les identités. Ainsi chaque identité du TDI présenterait un type de transfert et un type de relation d'objet qui lui est propre (Alpher, 1991, 1992; Blizard, 1997a; Liotti, 1995; O'Neil, 2009; Ross, 1995; Putnam, 1989; Wilbur, 1988), puisque les relations d'objet déterminent le transfert (Diguer, Laverdière, & Gamache, 2008; Greenson, 1977; Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002). Cette thèse vise donc à examiner l'hypothèse de la dissociation des relations d'objet et du transfert chez les personnes présentant un TDI. Ceci a été examiné à l'aide d'une étude de cas, une femme présentant un TDI, ayant été rencontrée par l'auteure de cette thèse pour une psychothérapie. Des mesures évaluant les relations d'objet et le transfert, respectivement le Personality Organisation Diagnostic Form (PODF) (Diguer, Normandin, & Hébert, 2001; Gamache et al., 2009) et le Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) (Westen, 2005) ont été appliquées à quarante-trois séances de

psychothérapie (réalisées sur une période de dix-neuf mois). Une fidélité interjuge a été calculée entre les cotations de l'auteure de cette thèse et celles de deux doctorants en psychologie. Le coefficient kappa généralisé, calculé pour le PODF, de même que le coefficient intraclass, calculé pour le PRQ, ont indiqué un accord moyen. Sur la base de ces résultats, les cotations de l'auteure de cette thèse ont été conservées pour l'analyse des données, effectuée à l'aide d'une analyse des profils. Les résultats ont montré que les différentes identités présentaient des relations d'objet similaires, alors que chaque identité était associée à un type de transfert différent. Plusieurs interprétations de ces résultats sont proposées. Ces derniers pourraient notamment correspondre à l'expression d'un attachement désorganisé (AD), un élément déterminant dans l'étiologie du TDI (Barach, 1991; Blizard, 1997a, 2001, 2003; Carlson, 1998; Liotti, 1992, 1999, 2004, 2006; Lyons-Ruth, 2003, 2006; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, & Egeland, 1997; Pasquini, Liotti, & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2002; Steele & Steele, 2003). Le clinicien confronté à un cas semblable à celui présenté dans cette thèse devrait prioriser un travail sur les enjeux d'attachement, ou encore, les traiter avec autant d'attention que les traumatismes (Barach, 1991; Blizard, 2003; Liotti, 2006; Liotti, Mollon, & Miti, 2005; Richardson, 2002). Cette proposition est congruente avec l'objectif de traitement du TDI, l'intégration psychique, puisque le travail des enjeux liés à l'attachement désorganisé, présents dans le transfert, en permet une appropriation intégrée par toutes les identités (Barach & Comstock, 1996).

Mots clés: trouble dissociatif de l'identité, relation d'objet, transfert, attachement désorganisé, étude de cas

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre I : Le transfert dans le traitement des personnes présentant un trouble dissociatif de l'identité: une revue de la littérature et une illustration clinique	28
Résumé	30
Le trouble dissociatif de l'identité (TDI).....	31
Traitement et transfert des personnes atteintes du TDI.....	33
Vignette clinique.....	41
Transfert et attachement chez le TDI.....	46
Conclusion	48
Références.....	50
Transition	55
Chapitre II : Dissociation of object relations and transference in the treatment of DID: A case study	68
Abstract	70
Aim and hypotheses.....	74
Method.....	74
Methodology: Case study	74
Case description.....	74
Recruitment and confirmation of diagnosis.....	75
Selection of experimental material	77
Object relations and transference instrument.....	77
Use of instruments	79
Results.....	80
Object relations	80
Transference.....	82
Discussion.....	82
Clinical implication.....	85
Conclusion	87
References.....	88
Discussion générale	99
Conclusion	139
Références.....	146
Appendice A : Formulaire de consentement.....	166

Appendix B : Personality Organization Diagnostic Form..... 172

Appendix C : Psychotherapy Relationship Questionnaire 175

Appendix D : Dissociative Experience Scale..... 178

Liste des tableaux

Tableau 1 Coefficient kappa généralisé pour la cotation du PODF pour les moments de transfert de trois identités.....	63
Tableau 2 Coefficient intraclasse (ICC) pour quatre facteurs du PRQ.....	64

Liste des figures

Figure

1 Profiles of identities according to type of object relation 81

Remerciements

J'aimerais tout d'abord exprimer ma plus sincère gratitude à ma directrice de thèse, Dr Lise Gagnon, Ph.D., ainsi qu'à ma codirectrice de thèse, Dr Francine Fontaine, Ph.D.

Chère Lise, cette aventure doctorale n'aurait pas été aussi enrichissante et passionnante sans toi. Tu m'as tout appris de la recherche. Avec toi, j'ai pu découvrir de l'intérieur chaque étape d'une démarche scientifique. J'y ai appris plus que je ne l'aurais pensé, et contre toute attente, je l'ai apprécié. Au plan académique, tu m'as appris à bâtir un devis de recherche, à affronter un comité d'éthique, à systématiser ma pensée et à rédiger d'une manière scientifique. Au plan humain, te côtoyer m'a aidé à développer de la patience, de la persévérance, et un peu plus d'humanité, un supplément d'âme. Je m'estime infiniment chanceuse d'avoir pu compter sur ta présence enthousiaste et supportante.

Francine, tu as pu me communiquer ta passion pour la psychanalyse, l'importance de trouver les « mots » pour soulager des « maux ». Tu as toujours été fidèle à mes côtés, disponible, humaine, chaleureuse, et engagée afin de m'aider à évoluer dans la rédaction de cette thèse. Je t'en remercie grandement.

J'aimerais également remercier Dr Olivier Laverdière, Ph.D., et Dr Miguel Terradas, Ph.D., membres de mon jury. Leurs commentaires ont pu enrichir ma réflexion.

Mes remerciements se portent aussi vers une collègue et une amie inestimable, Marilynne Savard. Elle est ma complice de pensées et de rêveries. Des pensées et des rêveries de partage, qui soignent, qui rendent un bon moins bête et qui chatouillent les joues de gaieté. J'aimerais également remercier tous les amies qui m'ont supporté, conseillé et aimé pendant les hauts et les bas de la rédaction de cette thèse, c'est-à-dire Frédérick Moreau, Nadia Mohammed-Azizi, Vivianne Darveau, Josiane Villeneuve, Diana Maatouk et Marie-Christine Lafférière-Simard. Un merci tout spécial à Andréane Gaulin, qui m'a soutenu lorsque j'ai présenté les résultats de ma thèse à la conférence annuelle de l'International Society for the Study of Dissociation.

Ces remerciements seraient incomplets sans une mention particulière à mes mentors, qui m'ont, avec mes patients, appris ma profession et l'amour du genre humain, André Monast, M.Ps., Dr Alexandre Francisco, D.Ps., et Dr Marcel Hudon, M.D. J'aimerais aussi remercier Dr Jean Descôteaux, Ph.D., qui a été d'une aide précieuse pour mes analyses.

Finalement, je tiens à remercier mes parents, Louise et Charles, qui m'ont soutenu sur tous les plans. Je leur dois toutes les curiosités, à eux, qui m'ont appris à croire au monde des possibles.

Introduction

*L'étude approfondie de cas
individuels est de nouveau
considéré comme une
nécessité scientifique
Wildöcher (1990, p. 292)*

Il est étonnant de voir comment la psyché humaine peut parfois se protéger contre des traumatismes importants, notamment lorsque ces traumatismes sont vécus de manière répétée, en bas âge, et en l'absence de relations d'attachement rassurantes pour pallier à ces traumatismes. Il semble ainsi que le trouble dissociatif de l'identité (TDI) soit une organisation psychique qui peut se mettre en place lorsque ces conditions extrêmes et difficiles sont réunies. Il en est ainsi de certaines psychopathologies chez l'être humain, où une série de mécanismes de défense, mis en place au départ pour protéger un individu, prennent paradoxalement, au fil du développement et de la cristallisation de ces mécanismes, la forme d'un trouble psychologique (Masterson, 1981).

Originellement, le TDI se nommait trouble de la personnalité multiple (TPM), mais cette terminologie fut modifiée afin de mieux refléter le fait que cette pathologie est davantage caractérisée par un défaut d'intégration que par un problème de multiplicité (Spiegel & Li, 1997). Il s'agirait en fait d'une seule identité globale, mais qui serait non intégrée. Chaque identité représenterait des aspects de cette identité globale, qui se vivraient de manière indépendante et qui seraient donc expérimentés comme des identités séparées (International Society for Study of Dissociation, 2011). Puisque le trouble se nommait auparavant TPM et que ceci a été modifié en 1994 par l'*American Psychiatric*

Association (APA), avec l'arrivée du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, *fourth edition* (DSM-IV), les études publiées avant date ont donc employé ce terme de même que le mot « personnalité » pour désigner ce qui est maintenant appelé « identité » ou « états de personnalité ». Dans la présente thèse, afin d'uniformiser et d'alléger la lecture, la plus récente terminologie (« TDI » et « identité ») sera utilisée pour exposer les études publiées avant tout autant après 1994. En outre, la plus récente terminologie (« TDI » et « identité ») sera utilisée. Le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, *fourth edition, texte revision* (DSM-IV-TR) (APA, 2000) utilise les termes « états de personnalité » ou « identité » pour nommer les parties d'elle-même que la personne atteinte expérimente subjectivement comme séparées, bien que d'autres termes soient également utilisés par d'autres auteurs. L'APA (2000) désigne l'identité qui est la plus présente dans le fonctionnement manifeste durant une période déterminée comme « une sorte d'identité première » qui « porte le nom de baptême du sujet ». Le terme « hôte » sera toutefois employé dans cet article, par souci de clarté et puisqu'il s'agit du terme qui est généralement utilisé dans la littérature (Howell, 2011). Mentionnons toutefois qu'une certaine controverse existe à ce sujet. Par exemple, Howell (2011) mentionne que ce terme ne reflète pas réellement la réalité de cette identité, puisque, par exemple, il peut inférer que la personne est « possédée », ou bien que cette identité est l'hôte des autres identités, en référence à la fonction de réception des invités que le terme hôte connote. Howell (2011) préfère donc utiliser la locution « la partie qui est la plupart du temps en contrôle exécutif » [traduction libre].

L'APA (2000) catégorise le TDI comme un trouble dissociatif. Elle définit la dissociation comme une interruption des fonctions conscientes normalement intégrées, c'est-à-dire, la conscience, la mémoire, l'identité et la perception de l'environnement. Il s'agit donc d'un processus où certaines informations et autoattributions, qui devraient coexister, sont tenues séparées les unes des autres (par exemple, des souvenirs ou des émotions). La dissociation constitue aussi une expérience altérée de la conscience, caractérisée par un détachement de soi-même et/ou de l'environnement (Cardeña, 1994; Holmes et al., 2005). Pour qu'un syndrome soit qualifié de dissociatif, les symptômes de dissociation doivent être relativement prononcés et intenses (Waldinger, Swett, Frank, & Miller, 1994). Plusieurs auteurs font état d'un continuum de sévérité de la dissociation, allant d'un type de dissociation non pathologique (des expériences ponctuelles que plusieurs individus rapportent vivre, par exemple une rêverie éveillée), à des formes moyennement pathologiques (de la dépersonnalisation ou de la déréalisation), jusqu'à des formes beaucoup plus sévères (le TDI) (Bernstein & Putnam, 1986; Braun, 1984; Kirshner, 1973). Le DSM-IV-TR (APA, 2000) fait quant à lui référence à cinq types de troubles dissociatifs, soient l'amnésie dissociative, la fugue dissociative, le trouble de dépersonnalisation, le TDI et le trouble dissociatif non spécifié. Les troubles dissociatifs sont des troubles se situant sur l'axe I du DSM-IV-TR et sont donc considérés comme un trouble clinique. Par ailleurs, certains auteurs (Brenner, 2001; McWilliams, 1994) avancent que la dissociation peut également être envisagée comme s'inscrivant dans une personnalité de type dissociative. Ceci pourrait être présent, selon McWilliams (1994),

lorsque le trauma est à la fois précoce et chronique, et que la dissociation devient le moyen privilégié pour répondre à des événements stressants. De son côté, Brenner (2001) expose un continuum de pathologie de la personnalité, dont le fonctionnement serait marqué à l'avant-plan plus ou moins intensivement par la présence de défenses dissociatives, correspondant à l'endroit de ce continuum où la personne se situe. D'autre part, selon Bromberg (1995, 2003), la dissociation serait un processus sous-jacent aux troubles de la personnalité en tant que tels. En effet, un trouble de personnalité serait constitué par des « états du soi », qui représenteraient en fait différents états de conscience dissociés. Certains de ces « états du soi » contiendraient les mémoires traumatiques, d'autres, les ressources de la personne.

L'APA (2000, p. 611) établit le diagnostic du TDI par « la présence de deux ou plusieurs identités ou "états de personnalité" distincts, chacun ayant ses modalités constantes et particulières de perception, de pensée et de relation concernant l'environnement et soi-même ». De plus, « au moins deux de ces identités ou "états de personnalité" prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet ». Finalement, il y aurait une « incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, trop marquée pour s'expliquer par une simple mauvaise mémoire et la perturbation n'est pas due aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale ».

La prévalence du TDI varie de 1 à 3 % pour la population générale (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2006; Murphy, 1994; Ross, 1991; Şar, Akyüz, & Doğan, 2007;

Waller & Ross, 1997) et de 1 à 5 % pour la population clinique (Bliss & Jeppsen, 1985; Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, & Lipschitz, 2006; Goff, Olin, Jenike, Baer, & Buttolph, 1992; Johnson et al., 2006; Karadag, Şar, Tama-Gürol, Evren, Karagöz, & Erkiran, 2005; Latz, Kramer, & Highes, 1995; McCallum, Lock, Kulla, Rorty, & Wetzel, 1992; Modestin, Ebner, Junghan, & Erni, 1995; Ross, Anderson, Fleisher, & Norton, 1991; Ross, Kronson, Doensgen, Barkman, Clark, & Rockman, 1992; Şar et al., 2007; Saxe et al., 1993; Tutkun, Şar, Yargic, Ozpulat, Yanik, & Kiziltan, 1998). Les manifestations cliniques du trouble et le degré d'atteinte varient beaucoup selon les personnes (Shusta-Hochberg, 2004). Le diagnostic de TDI est posé de trois à neuf fois plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (APA, 2000).

Étiologie

Il semble qu'un modèle étiologique du TDI très reconnu et utilisé soit celui postulant le développement de la dissociation comme mécanisme de défense face à des traumas graves et prolongés (Briere, 1989; Chefetz, 1997; Coons & Milstein, 1986; Dalenberg et al., 2012; Loewenstein, 1993; McWilliams, 1994; Putnam, 1989; Ross, Miler, Reagor, Bjornson, Fraser, & Anderson, 1990; Spiegel, 1986). Plusieurs études ont en effet démontré un lien évident entre la dissociation et le trauma psychique infantile, plus particulièrement les traumas sexuels, physiques et émotionnels, de même que la négligence, autant auprès des populations cliniques que non cliniques (Chu & Dill, 1990; Coons, 1994; Coons, 1996; Dalenberg & Palesh, 2004; Foote, Smolin, Kaplan,

& Legatt, & Lipschitz, 2006 ; Kirby, Chu, & Dill, 1993 ; Lipschitz, Kaplan, Sorkenn, & Chorney, 1996 ; Macfie, Chicchetti, & Toth, 2001 ; McElroy, 1992 ; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1998 ; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, & Egeland, 1997 ; Putnam, Guroff, Silberman, Barban, & Post, 1986 ; Ross, Joshi, & Currie, 1990 ; Waldinger et al., 1994 ; Zlotnick, Shea, Pearlstein, Begin, Simpson, & Costello, 1996). De son côté, l'étude longitudinale d'Ogawa et al. (1997) a tenté de déterminer quelles variables peuvent être liées à la dissociation pathologique. Le trauma, le sens de soi, la qualité de la relation précoce entre la mère et son enfant, le tempérament et l'intelligence ont été mesurés auprès de 168 sujets, à quatre reprises durant 19 années. Cette étude a démontré que le trauma précoce, chronique et sévère était fortement corrélé à la dissociation, de même qu'il en était un fort prédicteur. La précocité réfère à la survenue d'un événement traumatique dans l'enfance, c-à-d de la naissance jusqu'à environ 12 ans. L'aspect chronique réfère à une répétition, alors que la sévérité a été établie dans cette recherche selon la valence traumatique qu'un événement peut avoir pour un enfant selon son niveau de développement. Par ailleurs, les résultats ont démontré que les agressions sexuelles étaient un trauma qui pouvait être particulièrement sévère. Également, spécifiquement concernant le TDI, plus de 90 % des personnes répondant aux critères du DSM-IV (APA, 1994) du trouble rapportent des agressions physiques ou sexuelles (Coons & Milstein, 1986 ; Ross et al., 1990).

Par contre, plusieurs auteurs (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld, & Merckelbach, 2008 ; McNally, 2003 ; Merckelbach, Horselenberg, & Schmidt, 2002 ; Merckelbach &

Muris, 2001) ont proposé une explication alternative à celle du trauma dans l'étiologie de la dissociation. Ils ont développé le modèle « de la fantaisie » [traduction libre], qui explique que les traumas rapportés par les personnes présentant de la dissociation ou un trouble dissociatif sont fabulés et exagérés, et proviennent plutôt de distorsions cognitives et de dispositions à la fantaisie. Toutefois, en 2012, Dalenberg et al. ont conduit une imposante métaanalyse ayant pour objectif d'examiner si les données des études recensées favorisaient davantage la théorie du trauma dans la genèse de la dissociation ou « le modèle de la fantaisie ». Ils ont conclu à un fort support empirique favorisant l'hypothèse voulant que le trauma cause la dissociation, et peu de support pour le modèle « de la fantaisie ». De manière complémentaire, le modèle sociocognitif véhicule l'idée que le TDI serait implicitement ou explicitement causé par des cliniciens influençant leurs patients à présenter les symptômes du trouble, et donc que cette pathologie serait construite socialement (Lilienfeld & Lynn, 2003). Par ailleurs, aucune étude n'aurait appuyé ce modèle (Brown, Frischholz, & Schefflin, 1999 ; Gleaves, 1996 ; Loewenstein, 2007).

Un fort corpus empirique semble donc supporter la conceptualisation expliquant que la dissociation serait une réponse psychophysiologique développée face à des traumatismes afin de préserver la survie de l'individu les subissant, avant et après les événements. Ceci permettrait donc à la personne de se protéger, de prendre une distance face à un traumatisme et de maintenir ainsi un certain niveau d'adaptation. La dissociation lors des traumas créerait différents « états comportementaux » de la

personne, qui encapsuleraient les mémoires traumatiques, ce qui entraînerait une difficulté à maintenir une identité unifiée à travers ces états variés. Ce sont ces « états comportementaux » qui se structureraient graduellement en identités dans le cas du TDI (International Society for Study of Dissociation, 2011).

Il importe toutefois de demeurer prudent en établissant le lien entre le trauma et la dissociation, puisque le trauma ne mènerait pas nécessairement à la dissociation (Ogawa et al., 1997) et que la dissociation ne serait pas nécessairement imputable au trauma (Spiegel & Cardena, 1991). En conséquence, d'autres facteurs pourraient être nécessaires dans le développement du TDI, comme le propose le modèle développé par Kluft (1984), composé de quatre facteurs, soient des traumatismes graves et persistants ayant débutés avant l'âge de cinq ans, en plus d'une absence de relation d'attachement sécurisante pour aider l'enfant à pallier à ces traumatismes, une capacité psychobiologique à se dissocier et des facteurs secondaires qui structureraient la formation des identités.

De son côté, la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité propose que la dissociation proviendrait d'un échec d'intégration des fonctions de la personnalité et des systèmes idéationnels, le trauma menant à une division de la personnalité en au moins deux parties, une partie « apparemment normale », s'occupant du fonctionnement

quotidien, et une partie « émotionnelle » de la personnalité, ayant comme fonction la prise en charge des défenses de la personne face à ces traumatismes (Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004).

Le dernier modèle abordé, qui a été développé en s'appuyant sur de nombreuses théorisations et études scientifiques (Barach, 1991 ; Blizard, 1997a, 2001, 2003 ; Carlson, 1998 ; Liotti, 1992, 1999, 2004, 2006 ; Lyons-Ruth, 2003, 2006 ; Ogawa et al., 1997 ; Pasquini, Liotti, & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2002 ; Steele & Steele, 2003), postule que la dissociation prendrait plutôt son origine dans un processus relationnel avec une figure d'attachement et que ce processus serait essentiel dans la compréhension de la création des identités du TDI. Bien que l'International Society for Study of Trauma and Dissociation (2011) et ses lignes directrices ne privilégient aucun modèle étiologique particulier, ce dernier sera favorisé dans la présente thèse, puisqu'il permet à la fois d'offrir une perspective développementale et clinique au sujet des personnes présentant un TDI.

Selon la théorie de l'attachement, la principale motivation de l'être humain est de créer et de maintenir une relation affective avec une personne significative (Fairbairn, 1952). Cette théorie, élaborée par Bowlby (1969, 1973, 1988) et Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), explique la formation des liens affectifs entre un enfant et ses figures d'attachement, généralement la mère et le père, lorsque l'enfant perçoit un

danger et sollicite par la suite réconfort et protection auprès d'une de ces figures. Les interactions présentes à ces moments deviennent au fil du développement des modèles opérants internes, c'est-à-dire des représentations de soi et de l'autre, ainsi qu'un type d'attachement : les croyances de l'enfant concernant la disponibilité de sa figure affective. Ces modèles internes d'attachement incluent des réponses cognitives, émotionnelles et comportementales permettant de prédire les interactions futures de la personne. Le type d'attachement est évalué par la réaction de l'enfant à la situation étrange, où une série d'événements est mise en place pour observer comment l'enfant réagit lorsque sa figure d'attachement quitte la pièce, le laisse seul, et réapparaît par la suite. Le système d'attachement est un élément majeur dans le développement d'une identité intégrée (Blizard, 2003).

Selon Barach (1991), la dissociation s'apparenterait au détachement de Bowlby (1980), une défense de dernier recours utilisée contre l'abandon. Ce mécanisme servirait à dissocier tout affect ou pensée qui pourrait activer le système d'attachement, l'enfant se réfugiant dans son monde interne. De leur côté, Blizard (1997a, 2001, 2003) et Liotti (1992, 1999, 2004, 2006) avancent que l'attachement désorganisé (AD) et la ou les relations l'ayant façonné seraient essentiels à la compréhension de la dissociation pathologique et de la création des identités du TDI. L'AD est un type d'attachement caractérisé par une absence de réponse cohérente d'un enfant face à sa figure d'attachement. Il s'agirait d'une hyper et d'une hypo activation du système d'attachement caractérisée par un dilemme entre l'approche et l'évitement.

L'attachement désorganisé serait particulièrement présent chez les enfants vulnérables. Ainsi, 80 % des enfants maltraités présenteraient ce type d'attachement (Main & Solomon, 1986). Il serait aussi présent chez les enfants de parents présentant des comportements intrusifs, insensibles, dissociés, effrayés et effrayants. De même, ces enfants vivraient de la négligence, des agressions et des communications affectives altérées de la part de leur figure d'attachement (Carlson, 1998 ; Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999 ; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999 ; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 1999 ; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, & Bloom, 1999). L'enfant se trouverait donc aux prises avec un dilemme insoluble : chercher du réconfort auprès d'une figure abusive ou négligente. Ceci est bien traduit par l'expression « terrorisé et sans solution » [traduction libre], qui illustre les comportements désorganisés (Main & Hesse, 1990).

Dans leur étude longitudinale sur la dissociation, Ogawa et al. (1997) ont démontré que l'AD pourrait fortement prédire la dissociation. Un lien aurait également été établi entre la dissociation et l'attachement évitant, mais dans une moindre mesure. En effet, la nature même de l'attachement évitant disposerait les enfants présentant ce type d'attachement à composer avec un trauma par de la dissociation, cette dernière étant liée à la défense de détachement qui s'opère en eux (Egeland & Susman-Stillman, 1996). Par contre, ce lien entre la dissociation et l'attachement évitant ne serait pas

présent à l'âge adulte, contrairement à l'AD. Ainsi, les processus liant ces types d'attachement et la dissociation ne seraient pas les mêmes (Ogaw et al.).

En s'appuyant sur les études liant l'attachement désorganisé et la dissociation, Blizard (1997a), de même que Blizard et Bluhm (1994), avancent que la dissociation aurait comme fonction de préserver l'attachement d'un enfant à sa figure affective, puisque cet attachement est vital pour lui. Par conséquent, pour préserver de bonnes représentations de soi et de la figure d'attachement, ce dernier les dissocierait des mauvaises représentations. Ceci pourrait lui permettre de maintenir un attachement à la bonne représentation. Blizard (1997a) postule également que ces enfants n'auraient pu développer une représentation de soi séparée de leur figure d'attachement, puisque cette dernière tendrait à les traiter comme une continuité de leur personne. L'enfant en viendrait donc à s'identifier à une représentation de cette figure affective. Les identités du TID seraient donc des personnifications et des « surélaborations » de représentations internalisées et dissociées de soi ainsi que de la figure affective (Blizard, 1997a). Dans le même ordre d'idée, Liotti (1992) avance que des figures d'attachement incohérentes, dissociées ou effrayantes mèneraient à la création de modèles opérants internes multiples et irréconciliables. Des représentations multiples, simultanées et incompatibles de soi et d'une figure d'attachement créeraient donc des réalités qui, contrairement au fait d'être unique comme il se devrait, seraient multiples. Ces représentations affecteraient la qualité même de la conscience et des processus intégratifs qui la sous-tendent (Liotti, 1992, 1995, 1999, 2006).

De plus, selon Liotti (2006), l'AD serait en soi un processus dissociatif, qui prédisposerait une personne à répondre à des traumatismes et à des stressors par de la dissociation pathologique. Les comportements observés au niveau de l'AD seraient même le phénotype de la dissociation (Main & Morgan, 1996). Par exemple, le dilemme intenable de l'AD et l'expérience concomitante d'approche et d'évitement quasi simultanée qu'il implique mèneraient à une expérience de conscience altérée constituée, entre autres, de phénomènes de transes face à la figure d'attachement (Liotti, 2006).

Traitement

Le traitement recommandé pour les personnes atteintes d'un TDI est la psychothérapie individuelle d'approche psychodynamique, avec l'intégration de certaines autres techniques éclectiques, comme l'hypnose et la Méthode de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) (International Society for Study of Dissociation, 2011). Ceci serait aussi le type de thérapie le plus utilisé par les cliniciens travaillant auprès des personnes souffrant de cette pathologie (Putnam & Loewenstein, 1993). L'objectif global de la psychothérapie est l'intégration du fonctionnement psychique, qui vise à intégrer tous les aspects du fonctionnement mental, notamment en tentant d'augmenter la coopération et la communication entre les identités. L'intégration se distingue donc de la fusion, qui vise uniquement l'union des identités (International Society for Study of Dissociation, 2011). Trois phases sont généralement reconnues au traitement, soient a) l'établissement de la sécurité, la stabilisation et la réduction des symptômes; b) la confrontation, l'élaboration et

l'intégration des mémoires traumatiques; et c) finalement, l'intégration des identités et la réadaptation (Brown, Schefflin, & Hammond, 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Courtois, Ford, & Cloitre, 2009; Herman, 1992; Kluft, 1993; Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001, 2005; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006; Van der Hart, Van der Kolk, & Boon, 1998).

L'ensemble des études sur le sujet indique que le traitement psychologique du TDI permet une amélioration significative de la condition psychologique de ces personnes (International Society for Study of Dissociation, 2011). Particulièrement, Brand et al. (2012), dans une étude longitudinale de 30 mois portant sur le traitement de 119 cas de troubles dissociatifs sévères (incluant le TDI), ont démontré une amélioration significative des symptômes et du fonctionnement adaptatif de ces personnes. Par contre, il peut malheureusement s'écouler de 5 à 11.9 années avant que les personnes atteintes du trouble et qui consultent reçoivent le bon diagnostic et par ricochet, le traitement approprié (Boon & Draijer, 1993a; Coons, Bowman, & Milstein, 1988; Martínez-Taboas, 1991; Middleton & Butler, 1998; Putnam et al., 1986; Rivera, 1991; Ross, Norton, & Wozney, 1989). Une des raisons expliquant ce phénomène est que les personnes ayant un TDI ne se présentent pas de manière spectaculaire, contrairement à ce que la majorité des cliniciens s'attendent. En effet, les symptômes de dissociation de l'identité peuvent être subtils. Le patient peut aussi tenter de les cacher ou de les minimiser dans ce qu'il présente au clinicien. Par ailleurs, la présentation polysymptomatique de ces personnes peut confondre les thérapeutes (International

Society for Study of Dissociation, 2011). De fait, la population présentant le trouble serait assez hétérogène, avec certaines comorbidités, tels les troubles de l'humeur, les troubles liés à une substance, les troubles sexuels, les troubles de l'alimentation et les troubles du sommeil (APA, 2000).

En conséquence, le phénomène de la dissociation est un processus psychologique qui gagne en attention et en importance dans la recherche ainsi que dans la formation des futurs cliniciens, car il est de plus en plus admis qu'il a été et est toujours méconnu et sous-évalué par ces derniers (International Society for Study of dissociation, 2011). Toutefois, hormis l'étude de Brand et al. (2012), il semble que la psychothérapie du TDI a jusqu'ici été peu étudiée empiriquement, notamment à cause de la rareté du trouble et des difficultés éthiques que peuvent présenter des études menées auprès de personnes ayant vécu des traumatismes graves et importants (Barlow, 2007 ; Somer, 2006). *A priori*, le transfert, en tant qu'élément important de la psychothérapie de personnes atteintes d'un TDI, a été peu étudié.

Transfert

Le transfert est un concept développé au sein de la théorie psychodynamique/analytique, qui étaye sa représentation de la psyché humaine sur la notion d'inconscient dynamique. Selon cette théorie, les émotions et les comportements d'un individu sont souvent déterminés par des motivations inconscientes qui lui

échappent. De même, l'aspect dynamique concerne le fait que la psyché humaine est déterminée par des pulsions, des angoisses et des mécanismes de défense qui interagissent entre eux. En outre, cette théorie reconnaît que chaque personne est influencée par les relations d'objet, c'est-à-dire des représentations de son monde interne qui concernent elle-même, les autres et les affects, les désirs ou les pulsions qui caractérisent la relation entre elle et les autres (Kernberg, 1984, 1985, 1986 ; Kernberg et Caligor, 2005; Masterson, 1976, 1981). Une personne est amenée à les développer au cours de ses interactions précoces (Kernberg, 1975, 1984, 1985, 1986 ; Masterson, 1976, 1981). Elles constituent donc les bases des structures psychiques (Kernberg 1985; Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006).

La thérapie psychodynamique/analytique cherche à lever le voile sur ces motivations inconscientes et à les perlaborer, c'est-à-dire à effectuer un « travail psychique qui permet au sujet d'accepter certains éléments refoulés et de se dégager de l'emprise des mécanismes répétitifs... la perlaboration est favorisée par des interprétations... consistant notamment à montrer comment les significations en cause se retrouvent dans des contextes différents » (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 305). Cette approche accorde aussi beaucoup d'importance à la rencontre intersubjective comme source de connaissance de l'expérience, soit entre un thérapeute et un patient, ou entre un chercheur et un participant (Brunet, 2009 ; Brunet & Casoni, 2009).

Toujours concernant la psychanalyse, cette approche aurait pris naissance dans la découverte des phénomènes dissociatifs. Dans un premier temps, Pierre Janet (1907, 1919, 1925) a été un des premiers cliniciens et théoriciens d'orientation psychanalytique à identifier la dissociation comme mécanisme psychologique et à y réfléchir. Bien entendu, le terme psychanalyse n'existait pas à son époque, mais une observation attentive de son travail permet de constater qu'il s'est beaucoup intéressé à l'inconscient (terme qui a plus tard été inventé par Freud) et à l'analyse psychologique. Malheureusement, les travaux de Janet, que nous pourrions qualifier d'exceptionnellement riches au plan théorique et clinique, ont été oubliés pendant de nombreuses années. Il est relativement récent que les théoriciens de la dissociation ont mis en lumière son apport majeur dans le domaine de la dissociation et de la psychanalyse, si bien que plusieurs de ses conceptualisations concernant le trauma, la personnalité et la dissociation sont présentement appliquées au développement de la théorie de ces domaines (Howell, 2005; Van der Hart & Dorahy, 2009). Jusqu'à ce que qui pourrait être qualifié de redécouverte des travaux de Janet, la paternité de la psychanalyse était entièrement attribuée à Sigmund Freud. Il est souvent occulté que ce dernier s'est d'abord intéressé au trauma, et au mécanisme de dissociation qui peut en résulter de manière concomitante, avant d'abandonner cette théorie qu'il avait développé et se tourner vers une théorie basée sur le refoulement (Howell, 2005; Van der Hart & Dorahy, 2009). Dans son travail avec Freud, Joseph Breuer a lui aussi décrit des mécanismes psychologiques s'apparentant à des mécanismes dissociatifs (Van der Hart & Dorahy, 2009). Ces travaux se retrouvent notamment dans leur ouvrage *Études sur*

l'hystérie (Breuer & Freud, 1893-1895). Un autre pionnier à qui la psychanalyse et le domaine de la dissociation doivent beaucoup est William Ronald Dodds Faibairn (1935, 1940, 1943, 1944, 1951, 1958, 1963), qui est le premier à avoir formulé une théorie du soi mettant à la fois l'emphase sur sa nature relationnelle et sur les phénomènes dissociatifs qui peuvent la composer. Finalement, Sandor Ferenczi (1929, 1930, 1931, 1949) a quant à lui été le premier à mettre l'accent sur les effets traumatisants (entre autres au niveau de la dissociation sévère) des abus sexuels chez les enfants (Howell, 2005).

Le transfert est un concept psychanalytique qui postule l'établissement d'une répétition de relations infantiles, qui sont vécus comme réels par la personne dans ses relations, particulièrement dans le cadre de relations intimes, et éminemment dans le cadre de la relation thérapeutique (Greenson, 1977 ; Laplanche & Pontalis, 2007 ; Mijolla, 2002). Ces relations transférentielles sont les fidèles représentant des relations d'objet (Diguer, Laverdière, & Gamache, 2008 ; Greenson, 1977 ; Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002). Le transfert se vit à la fois de manière interpersonnelle, intrapsychique, largement inconsciente, mais aussi parfois de manière consciente. Il ne s'agit pas de ce qui a été vécu réellement par le sujet, mais cela concerne davantage la réalité psychique (Greenson, 1977 ; Laplanche & Pontalis, 2007). Le transfert représente du matériel clinique important et l'analyse du transfert joue un rôle de premier plan dans la psychothérapie d'approche psychodynamique/analytique, puisqu'il est « classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son

installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution » (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 492). Aussi, le transfert peut être un puissant agent de changement, mais également devenir un acteur important de la résistance (Freud, 1912; Greenson, 1977). De manière complémentaire, le contre-transfert constitue les réactions du thérapeute envers son patient. Il peut être une réponse au transfert de ce dernier, ou une réaction largement inconsciente du thérapeute envers ce que la personne du patient suscite de ses propres enjeux (Laplanche & Pontalis, 2007).

Plusieurs rapprochements peuvent être effectués entre le transfert et l'attachement. Bowlby (1973, 1979, 1988), le père de cette dernière théorie, s'est lui-même intéressé au transfert et a souligné la nécessité de le comprendre en lien avec les modèles opérants internes. En effet, les modèles opérants internes ont une grande ressemblance avec le concept de relations d'objet (qui détermine le transfert). De même, le contenu et la nature du transfert seraient étroitement liés au style d'attachement d'une personne (Tolmacz, 2006). En effet, une étude conduite par Mallinckrodt, Gantt et Coble (1995) a permis de démontrer que le type d'attachement d'un adulte peut permettre de prédire comment il se sent face à son thérapeute. Par exemple, les personnes ayant un type d'attachement désorganisé présenteraient une relation chaotique et changeante envers leur thérapeute, caractérisée par des difficultés de confiance et des modalités relationnelles imprévisibles (Tolmacz, 2006). Pour bien comprendre le lien entre le transfert et l'attachement, il est par ailleurs nécessaire de tenir compte de la différence entre ces deux concepts. En effet, l'attachement est un lien social persistant et assez

typé, prenant racine dans des enjeux développementaux, alors que le transfert est un moyen unique et individuel de percevoir et d'être en relation, déterminé en grande partie par les premières relations, mais aussi par l'appropriation interne qu'en fait le sujet (Tolmacz, 2006).

Transfert et traitement des personnes présentant un TDI

Les difficultés liées au transfert dans le traitement des personnes atteintes du TDI sont inévitables. Par conséquent, le transfert peut représenter un obstacle majeur au traitement s'il n'est pas traité et analysé (Loewenstein, 1993; Wilbur, 1988). Quelques auteurs se sont attardés à observer le transfert présent dans le traitement des troubles dissociatifs, comme McWilliams (1994), ou dans le traitement du TDI, notamment Barach et Comstock (1996), Briere (1989), Burton et Lane (2001), Chefetz (1997), Howell (2011), Lowenstein (1993), Putnam (1989), Ross (1989, 1995), Spiegel (1986) de même que Wilbur (1988). D'autre part, les écrits de Davies et Frawley (1994) portant sur le transfert chez les personnes victimes d'agressions sexuelles s'appliquent généralement au transfert des personnes atteintes du TDI. Burton et Lane ont publié en 2001 une recension de la littérature portant sur le transfert des personnes présentant un TDI selon la perspective de l'approche relationnelle, qui est une branche théorique et clinique particulière de l'approche psychodynamique/analytique, mettant l'emphase sur les relations entre soi et les autres et la rencontre intersubjective entre le patient et le thérapeute. Par ailleurs, à notre connaissance, aucun auteur n'a effectué une recension de la littérature portant sur le transfert dans le traitement des personnes présentant un TDI

selon la perspective psychodynamique/analytique, en s'intéressant à tout ce qui a été écrit sur le sujet et non uniquement pour une branche spécifique de cette approche. De même, aucun auteur ne semble s'être intéressé à l'impact potentiel des enjeux de l'AD que présenteraient les personnes atteintes d'un TDI sur leur transfert. Également, à notre connaissance, le transfert dans la psychothérapie du TDI n'a fait l'objet d'aucune étude scientifique. Les écrits portant sur le sujet proviennent plutôt de théorisations cliniques des auteurs qui s'y sont intéressés. Ainsi, la présente thèse s'intéresse au transfert exprimé par les personnes présentant un TDI, à l'aide d'une revue de la littérature et d'une étude de cas.

Étude de cas

Cette thèse s'inscrit dans l'approche théorique et clinique d'orientation psychodynamique/analytique. Selon Green (1996), l'application à la psychanalyse du modèle scientifique prisé actuellement, c'est-à-dire la méthode expérimentale et la généralisation inductive des résultats, est éloignée de ce que la psychanalyse cherche à connaître. Green (1996) préconise donc le développement de méthodes appropriées au matériel analytique et à l'investigation de la psyché humaine, tout en préservant certains standards méthodologiques. L'étude de cas est une de ces méthodes scientifiques. En effet, puisqu'il est nécessaire que la méthode utilisée en recherche portant sur la psychothérapie soit congruente avec la problématique étudiée, l'étude de cas unique serait une méthode adaptée aux problématiques posées par la psychothérapie (Eells, 2007 ; Stiles, 2007) et l'approche psychodynamique/analytique. Elles permettent en effet

de rendre justice à la richesse et à la complexité de la psychothérapie et de la psychanalyse par une analyse approfondie d'une problématique ou d'un cas (Wildöcher, 1990; Messer & McCann, 2005).

Les études de cas uniques sont pragmatiques et orientées vers la pratique, car elles examinent des phénomènes de manière longitudinale et tiennent compte du contexte global du phénomène étudié (Iwakabe & Gazzola, 2009). Les études de cas permettent donc de vérifier des théories et des hypothèses d'une manière contextualisée et détaillée (Stiles, 2007), de même que d'objectiver des modèles théorico-cliniques (Jones, 1993). En effet, le fait qu'elles sont liées à la clinique permet de réduire le fossé qui tend à exister entre la recherche et la pratique (McLeod, 2002). L'étude de cas est donc un type de devis visant à observer les variations intrasujets dans une perspective longitudinale, contrairement aux devis de recherche observant les variations intersujets sans perspective temporelle (Hilliard, 1993). De cette manière, plutôt que de tirer des conclusions statistiques démontrant l'homogénéité d'une population, l'étude de cas permet de mettre en lumière les différences individuelles, qui seraient autrement gommées par l'étude de la moyenne d'un groupe, ces différences étant toutes aussi intéressantes et pertinentes cliniquement (Wildöcher, 1990). L'examen approfondi et longitudinal d'un cas unique procure ainsi des informations très utiles pour la pratique de la psychothérapie, qu'une collecte de données unique auprès de plusieurs participants ne pourrait procurer (Chasan, 1979).

L'étude de cas aide aussi à identifier et à étudier les cas qui ne correspondent pas aux connaissances déjà établies concernant une problématique. Les études de cas uniques peuvent donc permettre de comprendre en profondeur un phénomène avant, entre autres, de vérifier ces phénomènes avec un échantillon plus large (Eells, 2007; Wildöcher, 1990). Dans le même ordre d'idée, et tel qu'avancé par Eells (2007) et Wildöcher (1990), l'étude de cas permet aussi des découvertes fortuites importantes, comme l'a entre autres fait Skinner (1956) avec le réflexe conditionné. Dans l'étude de cas, ces découvertes accidentelles sont encouragées et étudiées plutôt que considérées comme une erreur à minimiser. Il s'agit également d'une méthode qui peut être stimulante et intéressante pour un potentiel lecteur-clinicien prenant connaissance des résultats d'une telle recherche ; la précision et la contextualisation des détails rapportés permettent de stimuler le raisonnement et la curiosité clinique (Messer & McCann, 2005).

En ce qui concerne la généralisation des résultats de l'étude de cas, elle est un critère moins important que dans la recherche expérimentale. Également, elle ne concerne pas nécessairement les normes ou les moyennes d'un groupe, mais plutôt la reproduction de cas uniques. En effet, la synthèse et l'agrégation d'études de cas observant les mêmes phénomènes permettent de dégager des tendances généralisables (Iwakabe & Gazzola, 2009). Ceci aurait également l'avantage de fournir de l'information plus convaincante et directe à propos de la théorie ou des variables à l'étude (Eells, 2007). Bien que ceci puisse être fastidieux, cette agrégation peut être

obtenue en reproduisant des cas similaires et en les comparant sur une base individuelle ou par métasynthèse (Hilliard, 1993 ; Iwakabe & Gazzola, 2009).

D'ailleurs, l'objectif est davantage de comprendre un phénomène en profondeur que de pouvoir généraliser les connaissances (Stake, 1995), puisque « l'exception est aussi riche d'enseignement que la règle » (Wildöcher, 1990, p. 299). Par contre, une certaine généralisation peut être obtenue en tentant d'appliquer les conclusions d'une étude de cas à un autre cas présentant des caractéristiques similaires. Il pourrait donc être possible de conclure que « ce qui est vrai pour un individu doit l'être pour un autre » par un « jugement d'existence » (Wildöcher, 1990, p. 294 et 287). Pour faire une telle généralisation, il est nécessaire d'obtenir le plus possible d'information sur le cas étudié et son contexte pour permettre de vérifier si la transposition des résultats à un cas similaire serait indiquée.

Cette thèse présente principalement deux articles. Le premier article se veut une revue de la littérature psychodynamique/analytique portant sur le transfert dans le traitement des personnes atteintes du TDI. Cet article s'attarde aussi à décrire l'impact que pourrait avoir l'AD sur le transfert. Afin d'appuyer concrètement cet élément, une vignette clinique y présente le cas d'une personne souffrant d'un TDI, qui a été suivie en psychothérapie par l'auteure de la présente thèse.

Le deuxième article tente d'objectiver la dissociation des relations d'objet et du transfert dans le traitement des personnes atteintes du TDI, à savoir que chaque identité pourrait présenter un type de relation d'objet, de même qu'un type de transfert qui lui est propre. En effet, plusieurs théorisations cliniques proposent ce qui pourrait s'apparenter à une dissociation des relations d'objet et/ou du transfert entre les identités du TDI (Blizard, 1997a ; Howell, 2011; Liotti, 1995 ; Loewenstein, 1993 ; O'Neil, 2009 ; Putnam, 1989 ; Ross, 1995 ; Wilbur, 1988). Par ailleurs, à notre connaissance, aucune étude n'a eu pour but l'objectivation de cette hypothèse théorico-clinique, sauf les études de Ralph Alpher (1991, 1992), qui ont démontré que les identités de cas de TDI pouvaient présenter entre elles des différences au niveau de leurs relations d'objet. L'étude réalisée dans le contexte de cette thèse, et qui fait l'objet du 2^e article, a été approuvée par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le Comité d'Éthique de la Recherche de la Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Chapitre I

Titre courant: TRANSFERT ET TROUBLE DISSOCIATIF DE L'IDENTITÉ

Le transfert dans le traitement des personnes présentant un
trouble dissociatif de l'identité : une revue de la littérature et une illustration clinique

Présenté à la revue Santé mentale au Québec

Ann-Marie Lambert, Lise Gagnon et Francine Fontaine

Université de Sherbrooke

Note des auteurs

Ann-Marie Lambert, M.Ps., Psychologue en pratique privée, Montréal, Québec, Canada, Étudiante, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

Lise Gagnon, Ph.D., Psychologue, Professeure, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Francine S. Fontaine, Ph.D., Psychologue, Hôpital Louis-H. Lafontaine et pratique privée, Montréal, Québec, Canada.

Cet article s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de la première auteure.

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Lise Gagnon, Ph.D., Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, 2500, boulevard de l'Université, Sherbrooke, Québec, Canada, J1K 2R1. Courriel : Lise.Gagnon@USherbrooke.ca

Résumé

Cet article revoit la littérature portant sur le transfert tel qu'il s'exprime chez les personnes atteintes du trouble dissociatif de l'identité (TDI). Des traumatismes importants étant omniprésents dans l'histoire des personnes souffrant du TDI, on y présente les aspects post-traumatiques du transfert spécifiques de ce trouble. Les relations transférentielles typiques et les aspects dissociatifs du transfert chez le TDI y sont aussi exposés. De plus, le transfert est abordé sous l'angle de l'attachement désorganisé, élément essentiel à l'étiologie du TDI selon plusieurs écrits scientifiques. Une vignette clinique présente de manière plus concrète ces éléments.

Mots-clefs : transfert, trouble dissociatif de l'identité, attachement désorganisé.

Abstract

A literature review about transference in the treatment of dissociative identity disorder (DID) is presented. Common transference reactions resulting from serious traumas are explored, considering that those kind of trauma are highly present in the pathways of DID patients. Post traumatic transference aspects specific to DID are also presented. In addition, common transference patterns and dissociative aspects of transference in the treatment of DID are explained. Transference is also discussed in relationship to the possible impact of disorganized attachment, which is a main component in the development of DID. The clinical implications of this proposition will be discussed and supported by a case example.

Keywords: transference, dissociative identity disorder, disorganized attachment.

Cet article revoit les écrits portant sur le transfert chez le trouble dissociatif de l'identité (TDI). Une telle revue de la littérature a déjà été effectuée par Burton et Lane (2001), selon le modèle relationnel, issu de la psychanalyse. La revue que nous présentons s'en distingue par le fait de considérer l'attachement désorganisé comme étant une des variables pouvant expliquer les caractéristiques du transfert des personnes présentant un TDI.

Le trouble dissociatif de l'identité (TDI)

Le diagnostic du trouble dissociatif de l'identité (TDI) est établi en « présence de deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » bien distincts, chacun ayant ses modalités constantes et particulières de perception, de pensée et de relation concernant l'environnement et soi-même ». De plus, « au moins deux “états de personnalité” prennent tour à tour le contrôle du comportement ». Finalement, le TDI implique une « incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants, trop marquée pour s'expliquer par une simple mauvaise mémoire, et la perturbation n'est pas due aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale » (American Psychiatric Association, 2000).

Selon l'International Society for Study of Dissociation (2011), il s'agirait en fait d'une seule identité non intégrée, où plusieurs aspects de cette identité sont expérimentés par la personne comme séparés les uns des autres, donc comme des identités distinctes.

Un modèle étiologique théorique et empirique reconnu est celui postulant que la dissociation serait une réponse psychophysiologique développée face à des traumatismes afin de préserver la survie de l'individu les subissant, avant et après les événements

(Dalenberg, Brand, Gleaves, Dorahy, Loewenstein, Cardeña, Frewen, Carlson, & Spiegel, 2012). Également, des recherches et des théorisations récentes (Barach, 1991; Blizard 1997, 2001, 2003 ; Carlson, 1998; Liotti, 1992, 1995, 1999, 2004, 2006 ; Lyons-Ruth, 2003, 2006; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, & Egeland, 1997; Pasquini, Liotti, & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2002; Steele & Steele, 2003) démontrent que l'attachement désorganisé (AD) jouerait un rôle tout aussi important, sinon plus important, que le trauma dans le développement de la dissociation pathologique et du TDI. L'attachement se forme lors d'interactions entre un enfant et une figure affective importante, au moment où le premier cherche du réconfort chez le dernier. Ces interactions deviennent éventuellement un type d'attachement et des modèles opérants internes, c'est-à-dire un système de croyances et de représentations des relations, qui influenceront la manière dont la personne créera et maintiendra des relations avec des personnes significatives au cours de sa vie (Bowlby, 1969, 1973, 1988 ; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). L'AD serait un type d'attachement particulièrement présent chez les enfants ayant des parents traumatisés, endeuillés, effrayés, effrayants, dissociés, négligents, intrusifs ou mal ajustés à leur enfant (Carlson, 1998 ; Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Hesse & Main, 1999; Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999 ; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999 ; Main & Hesse, 1990; Main & Solomon, 1986 ; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 1999 ; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Bloom, 1999 ; van IJzendoorn, 1995). Dans ces circonstances, l'enfant ne peut ni fuir le parent, ni l'approcher pour se sécuriser. Ceci provoquerait les caractéristiques de l'AD, c'est-à-dire des comportements contradictoires d'un enfant face à sa figure d'attachement, par exemple des

comportements d'approche, de retrait et d'immobilité simultanés. Dans une étude longitudinale sur la dissociation, Ogawa et al. (1997) ont démontré que l'AD en serait un fort prédicteur.

Blizard (1997, 2003), de même que Blizard et Bluhm (1994) ajoutent que la dissociation aurait comme fonction de préserver l'attachement vital d'un enfant à sa figure d'attachement. Ce dernier tendrait donc à préserver une bonne représentation de cette figure et de lui-même en la dissociant des mauvaises représentations, ce qui permettrait de conserver un attachement à la bonne représentation. Les identités du TDI seraient donc des personnifications et des « sur-élaborations » de représentations internalisées et dissociées de soi et de la figure affective (Blizard, 1997). De plus, selon Liotti (2006), l'AD serait en soi un processus dissociatif, qui prédisposerait une personne à répondre à des traumatismes et à des stressors ultérieurs par de la dissociation pathologique. Des représentations multiples, simultanées et incompatibles de soi et d'une figure d'attachement créeraient des réalités qui, contrairement au fait d'être unique comme il se devrait, seraient multiples. Ces représentations affecteraient la qualité même de la conscience et des processus intégratifs qui la sous-tendent (Liotti, 1992, 1995, 1999, 2006).

Traitement et transfert des personnes atteintes du TDI

Le traitement du TDI recommandé par l'International Society for Study of Dissociation (2011) est une approche psychodynamique intégrant certaines techniques éclectiques. Son but principal est l'intégration du fonctionnement psychique. Le transfert pourrait y représenter un défi particulier (Loewenstein, 1993 ; Wilbur, 1988).

Le transfert constitue l'établissement d'une répétition largement inconsciente de relations infantiles, qui sont vécus comme réels par la personne dans ses relations, particulièrement la relation thérapeutique (Greenson, 1977 ; Laplanche & Pontalis, 2007 ; Mijolla, 2002). Selon la théorie des relations d'objet, chaque personne développe en elle-même différents modèles relationnels (Kernberg, 1984, 1985, 1986 ; Kernberg & Caligor, 2005; Masterson, 1976, 1981). Le transfert serait l'activation dans la relation thérapeutique des relations d'objet (Diguier, Laverdière, & Gamache, 2008; Greenson, 1977 ; Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002). Le contre-transfert constitue l'« ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci » (Laplanche & Pontalis, 2007, p. 103).

Les notions concernant le transfert tel que vécu par des personnes ayant subi un trauma important peuvent contribuer à la compréhension du transfert du TDI (Loewenstein, 1993). Plusieurs auteurs exposent aussi des éléments post-traumatiques du transfert qui sont spécifiques aux troubles dissociatifs ou au TDI (Chefetz, 1997; Loewenstein, 1993; Spiegel, 1986 ; Putnam, 1989 ; McWilliams, 1994).

Davies et Frawley (1994) ont observé quatre effets majeurs que le trauma peut avoir sur le transfert et son analyse. Le premier effet est lié aux expériences non symbolisées. En effet, chez les personnes présentant de la dissociation, certaines réactions post-traumatiques sont dissociées, et ne peuvent donc être métabolisées par un processus de symbolisation secondaire (McWilliams, 1994). Conséquemment, elles peuvent se présenter au plan transférentiel sous forme de sensations, de perceptions et d'affects primaires. Par exemple, Putnam (1989) remarque la présence de reviviscences inconscientes qui peuvent se manifester dans le transfert lorsque le patient présentant un

TDI est amené à recréer, malgré lui et de manière inconsciente, une situation traumatique. Loewenstein (1993) avance que certaines de ces reviviscences inconscientes chez le TDI peuvent être vécues de concert avec le thérapeute, par un phénomène d'identification projective, comme si le thérapeute et le patient « vivaient » le souvenir ensemble. Le thérapeute peut alors endosser inconsciemment un rôle abusif. Il expose même, comme Briere (1989) et Spiegel (1986), des expériences auto hypnotiques amenant le patient à percevoir le thérapeute comme s'il était la personnification réelle d'un agresseur. Selon Putnam (1989), ce phénomène peut même mener le thérapeute à effectivement agir comme la représentation d'une figure abusive.

Face à cette répétition post-traumatique, le thérapeute doit reconnaître la part de ce phénomène qui lui appartient, par exemple ce qu'il peut éprouver classiquement dans son contre transfert et qui provient de ses propres enjeux. Quand cela est vécu en psychothérapie, le thérapeute peut aussi expliquer ce qui se produit au patient, en précisant qu'il s'agit d'une contribution mutuelle, sans par ailleurs parler spécifiquement de ses propres enjeux. Ce type de reviviscence constitue une occasion pour le patient d'avoir accès, et donc de traiter, certains de ses contenus psychiques traumatiques (Loewenstein, 1993).

Le deuxième impact du trauma sur le transfert, selon Davies et Frawley (1994), concerne les effets et les complications liées à l'utilisation de la dissociation comme mécanisme de défense et de communication, notamment en ce qui concerne les transferts multiples et changeants que cela provoque. En effet, les mécanismes dissociatifs amènent certaines modifications du travail habituel de psychothérapie. Le

thérapeute ne peut se fier à la source courante de connaissance du transfert, l'analyse des associations, des rêves et des résistances.

Chez le TDI, ce sont la présence de phénomènes dissociatifs, leurs moments d'apparition et leurs séquences qui permettent de repérer le transfert. Par exemple, l'apparition d'une nouvelle identité peut indiquer la présence d'une réaction transférentielle. Il est donc nécessaire de tenir compte de l'amnésie que présente le patient face à la présence de certaines identités, en amenant ces différentes identités à collaborer entre elles quant à leurs réactions face au thérapeute. Ceci permet de favoriser l'intégration psychique, par exemple en permettant au patient de prendre conscience de ce qui a pu amener une identité à prendre le contrôle de son comportement et en s'appropriant, par le fait même, des contenus dissociés dans cette identité (Barach & Comstock, 1996).

Le troisième effet concerne l'impact sur le transfert de la structure défensive propre aux personnes victimes d'abus sexuels, c'est-à-dire l'utilisation du clivage, du déni, de l'*acting out*, de l'omnipotence et de l'identification projective. Ces mécanismes de défense sont primitifs, intenses, et viennent souvent compliquer le processus thérapeutique, mais ont une valeur communicationnelle qui doit être utilisée par le thérapeute. Dans le même ordre d'idée, Schwart (1994), de même que Burton et Lane (2001), avancent que les *acting out* des personnes ayant un TDI représentent une mise en acte, par le biais du transfert, de représentations internes et dissociées des relations vécues avec la ou les personne(s) ayant perpétrée(s) le(s) trauma(s). Ces *acting out* peuvent aussi faire office de résistance, permettant au patient d'éviter certains sentiments ou souvenirs.

Schwartz (1994) suggère que ceci implique que le thérapeute tente d'aider le patient à réactiver et à accepter dans le transfert les processus développementaux entravés par le trauma, particulièrement ceux menant à la capacité à tolérer l'ambiguïté, l'ambivalence et le paradoxe. Il serait aussi nécessaire de perlaborer ce qui se produit entre le patient et le thérapeute lors des *acting out*, afin de faire le lien entre les émotions et les souvenirs dissociés ou auxquels le patient résiste (Burton & Lane, 2001).

Finalement, le quatrième effet concerne les réactions contre-transférentielles liées aux attitudes, aux croyances et aux expériences du clinicien face aux traumas, de même que ses réactions transférentielles du thérapeute face à certaines figures psychanalytiques et modèles qui peuvent avoir un impact dans la relation thérapeutique. Par exemple, un doute instauré par des collègues quant au fait qu'un clinicien peut être trop suggestif relativement à l'existence d'agressions sexuelles dans l'histoire de ses patients peut l'amener à douter ou à leur répondre avec hésitation, et donc créer des complications importantes dans la relation thérapeutique.

Selon Loewenstein (1993), un autre aspect post-traumatique du transfert chez le TDI concerne les frontières, entre les contenus mentaux (souvenirs, émotions, affects, comportements), de même qu'entre soi et l'autre. Il cite Fine (1989) en expliquant comment, d'une part, certaines frontières internes des personnes présentant un TDI sont trop rigides en raison du fait que des contenus mentaux sont dissociés et que des identités ont été créés afin de survivre aux traumas. L'objectif du traitement permet donc l'altération de ces frontières (Kluft, 1984). D'autre part, puisque les frontières des personnes souffrant de dissociation auraient été régulièrement violées et entravées lors des traumatismes, leur respect par le thérapeute serait un enjeu majeur du traitement

(Loewenstein, 1993 ; McWilliams, 1994). Ces patients tendraient aussi eux-mêmes à outrepasser les frontières, par exemple en dépassant le cadre des séances, répétant inconsciemment et malgré eux ce trauma (McWilliams, 1994). Ils pourraient aussi tenter d'éviter le travail douloureux de la thérapie en voulant créer une relation avec le thérapeute basée exclusivement sur l'amour et le réconfort. Ceci pourrait également être une manière de tester la volonté du thérapeute de travailler avec le patient et ses contenus difficiles ou sa capacité à résister aux manquements des frontières que représentent la séduction ou la gratification inappropriée (Loewenstein, 1993). Ces éléments peuvent également s'apparenter aux relations transférentielles conceptualisées par Wilbur (1988), la première à s'être intéressée au transfert du TDI. Elle décrit le déploiement d'un transfert érotique, où une identité tente de séduire le thérapeute, par une répétition de ce que le patient a souvent vécu enfant lors de situations d'abus sexuel. Chefetz (1997) rajoute à ce type de description qu'un transfert érotisé n'implique pas seulement la sexualisation par le patient de la relation thérapeutique, mais aussi le désir du patient d'obtenir quelque chose de spécial (ou de non-thérapeutique) du thérapeute. Wilbur (1988) décrit aussi un schéma de transfert négatif, où de l'hostilité est exprimée envers le thérapeute et peut même compromettre la thérapie, de même qu'un schéma de transfert dépendant, où des enjeux relationnels ambivalents, à la fois de l'hostilité et le désir d'être aimé, sont exprimés. Burton et Lane (2001) ajoutent à ces schémas ceux d'agression, de domination, de masochisme, de passivité, de coercition et de victimisation. Quant à Chefetz (1997), Howell (2011), Liotti (1995, 1999, 2000, 2006) et Ross (1989), ils mentionnent que la dynamique bourreau, sauveur et victime tend à se répéter au niveau du transfert thérapeutique chez ces personnes.

Le thérapeute doit donc se montrer digne de confiance, être très attentif et actif face aux manifestations d'un transfert lié à des thèmes d'abus dans le traitement, afin de favoriser leur interprétation au détriment de leur répétition (Loewenstein, 1993 ; McWilliams, 1994). Le cadre thérapeutique se doit d'être bien clair et prévisible (Barach & Comstock, 1996).

Une autre composante importante du transfert est son aspect dissociatif (Loewenstein, 1993). Ceci peut notamment se manifester au niveau des processus cognitifs, par de l'absorption, c'est-à-dire « une disposition à avoir des épisodes où l'attention est totalement engagée dans les ressources représentationnelles » [traduction libre] (Tellegen & Atkinson, 1974, p. 268), se manifestant concrètement par des rêveries éveillées, des fantaisies et de l'imagination. De l'amnésie face à certains contenus ou face aux séances peut également être vécue par le sujet. L'attention sélective relativement à l'évitement de certains aspects de l'expérience ou de l'histoire du sujet peut aussi être présente dans la dynamique transférentielle et maintenir la dissociation (Loewenstein, 1993). Par exemple, le thérapeute et le patient peuvent éviter certains sujets douloureux pour le patient. La dissociation peut donc faire office de résistance (Wilbur, 1988).

Le transfert pourrait aussi être dissocié entre les identités, c'est-à-dire que chaque identité du TDI présenterait à la fois un type de relation d'objet et de transfert qui lui est propre. Ceci serait peu documenté empiriquement, mais soutenu par de nombreux auteurs. Ainsi, Blizard (1997) avance que chez les personnes présentant un TDI, chacune des identités représenterait une relation d'objet distincte. O'Neil (2009) suggère, quant à lui, que les relations d'objet des personnes présentant un TDI se

situeraient à deux niveaux un niveau dominant, où un type de relation d'objet serait commun à toutes les identités, et un niveau subordonné, constitué par un type de relation d'objet différent pour chaque identité. Aussi, Alpher (1991, 1992) a démontré, dans des études de cas de TDI, des variations significatives de relations d'objet entre les identités.

En ce qui à trait au transfert, Putnam (1989) souligne sa multiplicité, tout comme Howell (2011), qui précise également que chaque identité posséderait en fait son propre transfert. Pour sa part, Ross (1995) affirme que le transfert serait fragmenté comme le monde interne du patient. De manière plus précise, Wilbur (1988) explique que chaque identité développerait sa propre relation transférentielle avec le thérapeute et que celles-ci devraient être travaillées en lien avec l'identité de laquelle elles tirent leur origine.

Finalement, liant la relation d'objet et le transfert, Loewenstein (1993) avance que les personnes présentant un niveau élevé de dissociation pourraient aussi présenter des transferts multiples, qui s'appuieraient sur les différentes représentations de soi et de l'objet intégrées par les différentes identités. De son côté, Liotti (1995) explique comment les comportements d'une personne présentant un TDI envers son thérapeute seraient fidèles à ses représentations multiples de soi et de l'autre.

Lambert, Gagnon, Fontaine et Descôteaux (soumis) ont toutefois démontré, à l'aide d'une étude de cas, que chaque identité d'une personne atteinte d'un TDI pouvait présenter un transfert qui lui est propre, tout en présentant la même relation d'objet de type limite pour toutes les identités. La relation d'objet limite est duelle, anaclitique, elle présente des angoisses abandonniques, les frontières du moi y sont maintenues et le recours au clivage est fréquent. Ceci pourrait étayer la présence d'un AD chez le TDI. En effet, des auteurs ont suggéré un lien entre l'AD et le trouble de personnalité limite

(Holmes, 2004; Liotti, 2000, 2004) alors que quelques études ont démontré que l'AD serait un facteur de risque du développement de cette pathologie (Carlson, 1998; Liotti, Pasquini, & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2000). De même, le lien entre les manifestations transférentielles d'une personne et son type d'attachement a été établi par plusieurs auteurs (Bowlby, 1973, 1979, 1980; Cortina & Marrone, 2003; Liotti, 1995; Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995; Tolmacz, 2006). Ainsi, les différents transferts des identités pourraient constituer les manifestations d'un AD, c'est-à-dire des réponses contradictoires et ambivalentes face à l'objet. De son côté, la relation d'objet limite représenterait un mode de fonctionnement qui pourrait être lié à l'AD.

Vignette clinique

Le cas de *Manon* est utilisé pour illustrer la présence potentielle de l'AD désorganisé au niveau du transfert chez une personne présentant un TDI. Cette femme a été référée à la clinique externe de psychiatrie d'un hôpital universitaire du Québec par des intervenants qu'elle avait d'abord rencontrés en pédopsychiatrie, pour les difficultés psychologiques de ses deux enfants. Le psychiatre qu'elle y a consulté lui a ensuite proposé d'entreprendre une psychothérapie. *Manon* a donc été rencontrée en psychothérapie d'orientation psychodynamique/analytique à raison de deux rencontres de 60 minutes par semaine, de septembre 2007 à avril 2009, par la première auteure de cet article.

Manon était célibataire. Elle avait obtenu un certificat universitaire, puis elle avait été travailleuse autonome pendant plusieurs années, ce qu'elle avait cessé d'être

suite à un accident de voiture. Elle recevait de la médication contre l'anxiété et pour traiter une hyperactivité diagnostiquée par son psychiatre.

Manon rapportait une enfance difficile et souffrante. En effet, elle était l'aînée d'une famille de deux enfants et disait ne s'être jamais sentie aimée par son père, ni investie par sa mère. En plus, *Manon* avait vécu beaucoup de dénigrement, de violence verbale et de rejet de la part de son père. Elle s'en disait profondément marquée.

Le parcours scolaire de *Manon* avait aussi comporté son lot d'épreuves, notamment à cause d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et d'une dyslexie. Ceci avait provoqué selon elle beaucoup d'incompréhension et de critiques de la part de ses professeurs, ce qui l'avait aussi particulièrement blessée. *Manon* nous avait aussi confié lors de la thérapie avoir subi plusieurs agressions sexuelles dans l'enfance et au début de l'âge adulte, de la part d'inconnus et d'un employeur. Elle avait aussi entretenu une liaison sexuelle pendant une dizaine d'années, jusqu'au début de l'âge adulte, avec un membre de son entourage de la même tranche d'âge qu'elle, ce qui lui permettait de trouver un certain réconfort et une certaine proximité.

Son motif de consultation de départ était lié à des problèmes d'anxiété. *Manon* rapportait également des épisodes s'apparentant à de l'hypomanie ou à des affects dépressifs, sans qu'un diagnostic de trouble de l'humeur n'ait été posé. Au fur à et à mesure de la progression des rencontres de psychothérapie, des manifestations de dissociation de l'identité se sont présentées, jusqu'à ce que le diagnostic de TDI soit posé par la thérapeute, en collaboration avec le psychiatre de *Manon*. Ce diagnostic a également été corroboré par un docteur en psychologie ayant effectué une entrevue d'évaluation semi-structurée auprès d'elle, de même que par la passation par une

infirmière clinicienne de la version française du Dissociative Experiences Scale (Bernstein & Putnam, 1986), une échelle auto-administrée permettant de mesurer la fréquence des expériences s'apparentant à de la dissociation. Le consentement libre et éclairé de *Manon* a également été obtenu pour la participation au projet de recherche relatif à cette revue de la littérature.

Dès le début des consultations, les premières réactions transférentielles de *Manon* semblaient différentes, voire même contradictoires. Elle semblait osciller, d'une part, entre le besoin de se relier à la thérapeute, de lui accorder sa confiance et, d'autre part, une résistance à se dévoiler émotivement et à se montrer vulnérable. Par exemple, elle rapportait en psychothérapie des moments d'angoisse extrême où elle se sentait incomprise par son entourage et « s'accrochait » à l'image de la thérapeute, alors qu'à d'autres moments, elle pouvait se montrer froide et même très critique à son égard. Aussi, lors d'un moment où elle avait vécu une crise importante, elle s'était présentée en thérapie souffrante, avec des idées suicidaires imminentes. Du support lui avait alors été apporté, et il avait été convenu qu'elle séjournerait en centre de crise quelques jours. La séance suivant sa sortie du centre de crise, *Manon* s'était présentée en psychothérapie agitée et verbomotrice, annonçant qu'elle avait cessé de prendre sa médication pour son hyperactivité. Elle disait se sentir active et que cela était rassurant pour elle, puisqu'elle se sentait ainsi en contrôle. *Manon* s'était aussi montrée extrêmement distante et critique envers le centre de crise et la thérapeute, allant même jusqu'à remettre en cause le bien-fondé de sa psychothérapie. Notre interprétation de ceci était que ce moment de vulnérabilité avait activé le système d'attachement de *Manon*, lui faisant vivre des réactions transférentielles qui semblaient contradictoires. Dans un premier temps, elle

s'était montrée déprimée, fragile et avait sollicité le support de la thérapeute. Dans un deuxième temps, elle avait mis en place des défenses hypomaniaques, afin de prendre une distance face à ce moment de vulnérabilité et au besoin de support qu'elle avait ressenti.

C'est lors du premier récit des agressions sexuelles que *Manon* a dissocié et que *La petite Manon* s'est timidement présentée. Elle semblait terrorisée et disait être celle qui avait été la victime de tout ce que *Manon* avait subi. À d'autres moments par contre, cette identité pouvait se présenter comme une enfant joueuse, attachante et attachée à la thérapeute. *La petite Manon* se montrait aussi très exigeante affectivement. Ceci se matérialisait dans le transfert par le fait qu'elle se présentait souvent à la fin des séances de psychothérapie, ne voulant pas quitter la séance. En effet, la dissociation avait comme effet que la séance se prolongeait, puisqu'il était difficile pour la thérapeute de laisser la patiente quitter la consultation alors que c'était *La petite Manon* qui était présente plutôt que *Manon*.

Lorsque la thérapeute demandait à *La petite Manon* de laisser *Manon* reprendre le contrôle pour qu'elle puisse quitter, elle refusait souvent et lui reprochait de ne pas lui accorder assez de temps, revendiquant son désir de jouer avec elle et d'allonger la séance. Ceci prenait souvent la forme de réactions de colère. Elle pouvait taper du pied, s'agiter sur sa chaise, arborer une moue boudeuse et se plaindre à la thérapeute : « Là je fais une crise !!! Y'a des limites aux limites ! Ça ne t'arrive pas, toi, d'être fâchée contre ta maman à cause des limites ? Des fois quand tu veux que je parte comme ça, j'ai l'impression que c'est parce que tu es tannée de moi... ». La dissociation semblait alors

agir comme une résistance, puisqu'elle permettait à la patiente d'éviter de faire face à la séparation de la thérapeute ou de travailler cette difficulté.

Après *La petite Manon*, la deuxième identité à se présenter en thérapie fut *Roger*. Compte tenu du petit nombre de séances où cette identité est apparue (quatre) dans le processus thérapeutique, il est difficile d'identifier dans quel contexte particulier elle survenait. Malgré cela, chacune de ses apparitions était flamboyante, puisque *Roger* se montrait hostile et agressif envers la thérapeute et qu'il semblait ainsi chercher à lui faire peur. Il disait être « les individus » ayant fait du mal à la patiente dans le passé, notamment son père ou des agresseurs sexuels, être le « mal en personne », tentant ainsi de terroriser et d'intimider la thérapeute, avec l'intention avouée de saboter la thérapie. Comme tel, il pouvait adopter un ton intimidant et dire à la thérapeute qu'il était très fâché, car elle essayait de « mettre des idées » dans la tête de la patiente et qu'elle sabotait, par ses actions thérapeutiques, ce qu'il faisait (sous-entendant, qu'il cherchait à lui faire du mal). Il la menaçait d'inciter *Manon* à se suicider. Ce transfert semblait exprimer de la méfiance et une tentative de contrôle de la thérapeute, qui se sentait effectivement terrorisée lors de chacune des apparitions de *Roger*.

De son côté, *Marilou* apparaissait souvent en psychothérapie lorsque *Manon* semblait en crise, ou quand une impasse semblait avoir été atteinte durant une séance. Son rôle semblait être celui d'une protectrice, puisqu'en demeurant froide, observatrice, mais concentrée sur les problèmes à résoudre, elle pouvait proposer comment agir avec *Manon* et fournir des indications concernant ses besoins face à la thérapie. Ce rôle d'observatrice qui caractérisait *Marilou* l'amenait fréquemment à se montrer distante dans la relation transférentielle, ce qui fait qu'elle exprimait peu ou pas d'émotions ou

de besoins la concernant. La thérapeute avait souvent le sentiment que le lien avec cette identité était fragile et que parfois « tout était à recommencer ». Par exemple, alors que cela faisait plusieurs fois que cette identité s'était manifestée en thérapie, il est arrivé qu'elle se présente en consultation, prétendant ne pas connaître la thérapeute. La thérapeute a alors dû tenter de rebâtir un lien avec *Marilou* et gagner sa confiance. Suite à cela, cette dernière a pu lentement et anxieusement verbaliser le besoin de s'exprimer et d'avoir sa place dans la thérapie.

À première vue, un observateur naïf pourrait penser que les identités présentées dans cette vignette clinique sont en fait quatre clients bien différents, chacun ayant ses propres réactions transférentielles. Par contre, ces différents transferts sont des transferts qui, certes dissociés entre des identités, appartiennent à une seule et même personne. Comment comprendre alors qu'il puisse être possible de vivre des transferts aussi incohérents envers son thérapeute ? Cette question nous invite à une réflexion sur l'expression transférentielle de l'AD qui pourrait caractériser le TDI.

Transfert et attachement chez le TDI

Cette vignette illustre le fait que chez les personnes présentant un TDI, l'AD pourrait s'exprimer sur le plan du transfert par des réponses incohérentes et contradictoires du patient envers le thérapeute (Liotti, 1995). Sans le nommer explicitement, d'autres auteurs font état de réactions transférentielles s'apparentant à un AD. Putman (1989) décrit une multiplicité de positions transférentielles, en lien avec les relations d'attachements inconstantes que la personne présentant le TDI a vécues durant son enfance avec des figures d'attachement traumatisantes. Plusieurs auteurs décrivent

aussi une ambivalence du patient face au thérapeute. Déjà en 1988, Cornelia Wilbur décrit un schéma de transfert dépendant, oscillant entre de l'hostilité et le désir d'être aimé, alors que Richardson (2002) décrit la présence simultanée du besoin de se relier et la peur d'être abusé. De son côté, Barach (1991) avance que les identités personnifient les enjeux d'attachement du patient par des comportements contradictoires. Par ailleurs, Liotti (1995) amène une nuance très importante à ce sujet, en précisant que l'AD n'est pas marquée par deux pôles opposés qui seraient propres à une ambivalence, mais plutôt par une succession rapide de différentes représentations incompatibles et incohérentes, caractérisant la nature désorganisée de cet attachement.

L'influence de l'AD sur la genèse du TDI pourrait orienter de manière importante le traitement. La première tâche de l'analyste selon Bowlby (1988) serait d'établir un sentiment de sécurité chez le patient. Ceci impliquerait donc de travailler en priorité sur les enjeux liés à l'attachement chez le TDI, ou de les travailler avec autant d'attention que les traumatismes et les processus dissociatifs (Barach, 1991 ; Blizard, 2003 ; Liotti, 2006 ; Liotti, Mollon, & Miti, 2005 ; Richardson, 2002). La compréhension des mécanismes sous-jacents à l'AD pourrait grandement aider le thérapeute à interpréter le transfert du patient (Liotti, 2006).

Barach et Comstock (1996) suggèrent que le travail des enjeux d'attachement pourrait également être un élément au service de l'intégration psychique. Le travail du transfert dissocié de chaque identité (qui constituerait les manifestations d'un AD) avec l'ensemble des identités pourrait permettre une appropriation intégrée de ces transferts, comme il est fait pour tout contenu psychique dissocié dans le traitement du TDI. Le thérapeute pourrait favoriser l'intégration des identités et des différentes composantes de

l'AD se manifestant au niveau du transfert en tentant de devenir un « pont relationnel » entre elles (Blizard, 2003; Bromberg, 1998; Schwartz, 2000). Le nouveau modèle opérant interne de la relation thérapeutique, créé par une attitude constante du thérapeute envers toutes les identités, permettrait d'intégrer les différentes composantes de l'AD (Blizard, 2003).

Des ajouts à la vignette clinique peuvent mettre en relief ces éléments. Les manifestations des difficultés face à la séparation de *La Petite Manon* lors des moments de dissociation à la fin des séances ont été discutées explicitement par la thérapeute avec toutes les identités. Pour ce faire, cette dernière a tenté d'établir un dialogue entre elles à ce sujet et en agissant comme une médiatrice. *Manon* a pu dire qu'elle pensait que *La petite Manon* avait beaucoup de besoins affectifs, qu'elle pouvait aussi reconnaître comme siens, mais que cela lui faisait peur. *Marilou* a pu exprimer qu'elle trouvait que *La petite Manon* prenait trop de place et qu'elle aimerait aussi pouvoir avoir la chance de s'exprimer. *Roger* a quant à lui pu verbaliser, bien qu'agressivement, qu'il n'aimait pas l'attachement de *La petite Manon* et de *Manon* à la thérapeute. Ceci a pu permettre à toutes les identités de s'approprier une partie de cette crainte de la séparation, qui était dissociée et s'exprimait uniquement par l'identité de *La petite Manon*. Le travail du transfert a donc été au service d'une plus grande intégration psychique.

Conclusion

Cet article a tenté de revoir la littérature qui concerne le transfert chez le TDI, un aspect incontournable du traitement de ce trouble. Le possible impact de l'attachement désorganisé au plan transférentiel a également été expliqué et illustré. Pour de futurs

travaux, il serait très utile cliniquement de présenter une revue de la littérature portant sur le contre-transfert dans le traitement des personnes présentant un TDI. Cet aspect doit absolument être pris en compte puisque, tout comme le transfert, des difficultés importantes peuvent y être liées (Barach & Comstock, 1996 ; Burton & Lane, 2001 ; Comstock, 1991 ; Kluft, 1984 ; Loewenstein, 1993 ; Putnam, 1989; Wilbur, 1988).

Références

- AINSOWRTH, M. D. S., BLEHAR, M., WATERS, E., WALL, S., 1978, Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation, Hillsdale, Erlbaum.
- ALPHER, V. S., 1991, Assessment of ego functioning in multiple personality disorder, *Journal of Personality Assessment*, 56, no 3, 373-387.
- ALPHER, V. S., 1992, Introject and identity: Structural-interpersonal analysis and psychological assessment of multiple personality disorder, *Journal of Personality Assessment*, 58, no 2, 347-367.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, Diagnostic and statistical manual of Mental disorders, 4^e éd., éd. rév., Auteur, Washington.
- BARACH, P. M., 1991, Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, no 3, 117-123.
- BARACH, P. M., COMSTOCK, C. M., 1996, Psychodynamic psychotherapy of dissociative identity disorder in Michelson, L. K., Ray, W. J., eds., *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*, Plenum Press, New York, 413-429.
- BERNSTEIN, E. M., PUTNAM, F. W., 1986, Development, reliability, and validity of a dissociative scale, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, no 12, 727-734.
- BLIZARD, R. A., 1997, The origins of dissociative identity disorder from an object relation and attachment theory perspective, *Dissociation*, 10, no 4, 223-229.
- BLIZARD, R.A., 2001, Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to The dilemma of attachment to an abusive caretaker, *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, no 4, 37-58.
- BLIZARD, R. A., 2003, Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment, *Journal of Trauma & Dissociation*, 4, no 3, 27-50.
- BLIZARD, R. A., & BLUHM, A. M., 1994, Attachment to the abuser: Integrating object-relations and trauma theories in treatment of abuse survivors, *Psychotherapy*, 31, no 3, 383-390.
- BOWLBY, J., 1969, Attachment and loss: Vol. 1. Attachment , 2^e éd., Basic Books, New York.
- BOWLBY, J., 1973, Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger, Basic Books, New York.
- BOWLBY, J., 1979, The making and breaking of affectional bonds, Tavistock, London.
- BOWLBY, J., 1980, Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression, Basic Books, New York.
- BOWLBY, J., 1988, A secure base: Clinical application of attachment theory, Routledge, London.
- BRIERE, J., 1989, Therapy for adults molested as children : Beyond survival, Springer, New York.
- BROMBERG, P. M., 1998, Standing in the spaces : Essays on clinical process, trauma, and dissociation, Analytic Press, Hillsdale.
- BURTON, N., LANE, R. C., 2001, The relational treatment of dissociative identity disorder, *Clinical Psychology Review*, 21, no 2, 301-320.

- CARLSON, E. A., 1998, A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation, *Child Development*, 69, no 4, 1107-1128.
- CARLSON, V., CICHETTI, D., BARNETT, D., Braunwald, K., 1989, Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants, *Developmental Psychology*, 25, no 4, 525-531.
- CHEFETZ, R. A., 1997, Special case transference and countertransference in the treatment of dissociative disorders, *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10, no 4, 255-265.
- COMSTOCK, C. M., 1991, Countertransference and the suicidal MPD patient, *Dissociation*, 4, no 1, 25-35.
- CORTINA, M., MARRONE, M., 2003, Attachment theory, transference and the psychoanalytic process in Cortina, M., Marrone, M., eds., *Attachment theory and the psychoanalytic process*, Whurr Publishers, Philadelphia, 27-41.
- DALENBERG, C. J., BRAND, B. L., GLEAVES, D. H., DORAHY, M. J., LOEWENSTEIN, R. J., CARDENA, E., FREWEN, P. A., CARLSON, E. B., SPIEGEL, D., 2012, Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation, *Psychological Bulletin*, 138, no 3, 550-588.
- DAVIES, J. M., FRAWLEY, M. G., 1994, *Treating adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*, Basic Books, New York.
- FINE, C. G., 1989, Treatment errors and iatrogenesis across therapeutic modalities in MPD and allied dissociative disorders, *Dissociation*, 2, no 2, 77-82.
- GREENSON, R. R., 1977, *Technique et pratique de la psychanalyse*, Presses universitaires de France, Paris.
- HESSE, E., MAIN, M., 1999, Second generation effects of unresolved trauma in non-maltreating parents: Dissociated, frightened and threatening parental behaviour, *Psychoanalytic Inquiry*, 19, no 4, 481-540.
- HOLMES, J., 2004, Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective, *Attachment and Human Development*, 6, no 2, 181-190.
- HOWELL, E. F., 2011, *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*, Routledge/Taylor & Francis Group, New York.
- INTERNATIONAL SOCIETY FOR STUDY OF DISSOCIATION, 2011, Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision, *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, no 2, 115-187.
- KERNBERG, O. F., 1984, *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*, Jason Aronson, Northvale.
- KERNBERG, O. F., 1985, *Internal world and external reality: Object relations theory applied*, Jason Aronson, Northvale.
- KERNBERG, O. F., 1986, *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*, Yale University Press, New Haven.
- KERNBERG, O. F., & CALIGOR, E., 2005, A psychoanalytic theory of personality disorders in Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., eds., *Major theories of personality disorder*, 2e ed, Guilford Press, New York, 114-156.
- KLUFT, R. P., 1984, Aspects of the treatment of multiple personality disorder, *Psychiatric Annals*, 14, 51-55.

- LAMBERT, A. M., GAGNON, L., FONTAINE, F., DESCÔTEAUX, J. Dissociation of object relation and transference in the treatment of DID: A case study, Manuscript soumis pour publication.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. B., 2007, *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5e ed., Presses universitaires de France, Paris.
- LIOTTI, G., 1992, Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders, *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 5, no 4, 196-204.
- LIOTTI, G., 1995, Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders in Goldberg, S., Muir, R., Keer, J., eds., *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, 346-363.
- LIOTTI, G., 1999, Disorganized attachment as a model for the understanding of dissociative psychopathology in Solomon, J., George, C., eds., *Attachment Disorganization*, Guilford Press, New York, 291-317.
- LIOTTI, G., 2000, Disorganized attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy in Gilbert, P., Bailey, K., eds., *Genes on the couch: essays in evolutionary psychotherapy*, Brunner-Routledge, New York, 232-256.
- LIOTTI, G., 2004, Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 41, no 4, 472-486.
- LIOTTI, G., 2006, A model of dissociation based on attachment theory and research, *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, no 4, 55-73.
- LIOTTI, G., MOLLON, P., MITI, G., 2005, Dissociative disorders in Gabbard, G., Beck, J. Holmes, J., eds., *Oxford textbook of psychotherapy*, Oxford University Press, Oxford, 205-213.
- LIOTTI, G., PASQUINI, P., THE ITALIAN GROUP FOR THE STUDY OF DISSOCIATION, 2000, Predictive factors for borderline personality disorder : Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, no 4, 282-289.
- LOEWENSTEIN, R. J., 1993, Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorder in Kluft, R., Fine, C. G., eds., *Clinical perspectives on MPD*, American Psychiatric Association, Washington, 51-85.
- LYONS-RUTH, K., 2003, Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, no 3, 3-911.
- LYONS-RUTH, K., 2006, The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment, *Psychoanalytic Inquiry*, 26, no 4, 595-616.
- LYONS-RUTH, K., BRONFMAN, E., PARSONS, E., 1999, Maternal frightened, frightening behavior, or atypical behaviors and disorganized infant attachment patterns, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, no 3, 67-96.
- LYONS-RUTH, K., JACOBVITZ, D., 1999, Attachment disorganization: Unresolved loss, relationship violence, and lapses in behavioral and attentional strategies in

- Cassidy, J., Shaver, P. R., eds., *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, Guilford Press, New York, 520-554.
- MAIN, M., HESSE, E., 1990, Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening behavior the linking mechanism? in Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M., eds., *Attachment in the preschool years*, University of Chicago Press, Chicago, 161-182.
- MAIN, M., SOLOMON, J., 1986, Discovery of an insecure disorganized disoriented attachment pattern in Brazelton, T. B., Yogman, M. W., eds., *Affective development in the infancy*, Ablex publishing, Westport, 95-124.
- MALLINCKRODT, B., GANTT, D., COBLE, H., 1995, Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale, *Journal of Counseling Psychology*, 42, no 3, 307-317.
- MASTERSON, J.F., 1976, *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*, Brunner/Mazel, New York.
- MASTERSON, J.F., 1981, *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*, Brunner/Mazel, New York.
- MCWILLIAMS, N., 1994, *Psychoanalytic diagnosis*, The Guilford Press, New York.
- MIJOLLA, A., ed , 2002, *Dictionnaire international de la psychanalyse: concepts, notions, biographies, oeuvres, événements, institutions*, Hachette, Paris.
- OGAWA, J. R., SROUFE, L. A., WEINFELD, N.S., CARLSON, E. A., EGELAND, B., 1997. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample, *Development & Psychopathology*, 9, no 4, 855-879.
- O'NEIL, J. A., 2009, Dissociative multiplicity and psychoanalysis in Dell, P. F., O'Neil, J. A., eds., *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* Routledge/Taylor & Francis Group, New York, 287-325.
- PASQUINI, P., LIOTTI, G., THE ITALIAN GROUP FOR THE STUDY OF DISSOCIATION, 2002, Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, no 2, 110-116.
- PUTNAM, F. W., 1989, *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*, Guilford, New York.
- RICHARDSON, S., 2002, Will you sit by her side? An attachment-based approach to work with dissociative conditions in Sinason, V., ed., *Attachment, trauma and multiplicity*, Brunner-Routledge, East-Sussex, 149-165.
- ROSS, C. A., 1989, *Multiple personality disorder*, Wiley, New York.
- ROSS, C. A., 1995, Current treatment of dissociative identity disorder in Cohen, L. M., Berzoff, J. N., Elin, M. R., eds., *Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies*, Jason Aronson, Lanham, 413-434.
- SCHUENGEL, C., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., VAN IJZENDOORN, M.H., 1999, Frightening maternal behaviour linking unresolved loss and disorganized infant attachment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, no 1, 54-63.
- SCHUENGEL, C., BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., VAN IJZENDOORN, M.H., BLOOM, M., 1999, Unresolved loss and infant disorganization: Links to

- frightening maternal behaviour in Solomon, J., George, C., eds, Attachment disorganization, Guilford, New York, 71-94
- SCHWARTZ, H. L., 1994, From dissociation to negotiation: A relational psychoanalytic perspective on multiple personality disorder, *Psychoanalytic Psychology*, 11, no 2, 189-231.
- SCHWARTZ, H.L., 2000, Dialogues with forgotten voices: Relational perspectives on child abuse trauma and treatment of dissociative disorders, Basic Books, New York.
- SPIEGEL, H., 1986, Dissociation, double binds, and posttraumatic stress in multiple personality disorder in Braun, B. G., ed., *The treatment of multiple personality disorder*, American Psychiatric Press, Washington, 61-78.
- STEELE, H., STEELE, M., 2003, Clinical uses of the Adult Attachment Interview in Cortina, M., Marrone, M., eds., *Attachment theory and the psychoanalytic process*, Whurr, London, 107-126.
- TELLEGEN, A., ATKINSON, G., 1974, Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility, *Journal of Abnormal Psychology*, 83, no 3, 268-277.
- TOLMACZ, R., 2006, Transference and attachment in Obegi, J. H., Beran, E., eds., *Attachment theory and research in clinical work with adults*, Guilford Press, New York, 269-292.
- VAN IJZENDOORN, M., 1995, Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis of the predictive validity of the Adult Attachment Interview, *Psychological Bulletin*, 117, no 3, 387-403.
- WILBUR, C. B., 1988, Multiple personality disorder and transference, *Dissociation : Progress in the Dissociative Disorders*, 1, no 1, 73-76.
- YEOMANS, F E., CLARKIN, J.F., KERNBERG, O. F., 2002, *A primer of transference focused psychotherapy for the borderline patient*, Jason Aronson, Northvale.

Transition

Le premier article de cette thèse consiste en une revue de la littérature portant sur le transfert tel qu'il s'exprime chez les personnes atteintes d'un TDI. Il présente un aperçu des enjeux transférentiels qu'il est possible de rencontrer dans le traitement des personnes souffrant de ce trouble. Cet article cherche également à éveiller l'attention quant à l'impact que pourrait avoir l'attachement désorganisé sur la manifestation du transfert tel que vécu chez ces personnes.

Notre recension de la littérature se veut illustrer jusqu'à quel point il est important que le transfert des personnes atteintes d'un TDI soit compris et traité. Cette revue de la littérature veut également démontrer que le transfert tel que manifesté par le TDI a fait l'objet d'une attention assez substantielle des cliniciens, sous forme de théorisation clinique, mais qu'aucun des écrits recensés ne fait état d'études empiriques sur la question. Pourquoi alors une telle absence de travaux scientifiques sur le sujet?

Il semble que l'étude du transfert chez le TDI pourrait être difficile à réaliser, notamment à cause de la rareté du trouble, puisque seulement de 1 à 5 % de la population clinique en serait atteinte. Rappelons également que de 5 à 11.9 années seraient généralement requises avant que le bon diagnostic soit posé (Boon & Draijer, 1993a ; Coons, Bowman, & Milstein, 1988; Martinez-Taboas, 1991; Middleton & Butler, 1998; Putnam, Guroff, Silberman, Barban, & Post, 1986; Rivera, 1991;

Ross, Norton, & Wozney, 1989), puisque le TDI peut être confondu avec une grande variété de troubles psychiatriques (International Society for Study of Dissociation, 2011). Cette déplorable situation serait causée par le manque de formation de certains cliniciens concernant la dissociation, de même que par la présentation polysymptomatique confondante que peut présenter le TDI (International Society for Study of Dissociation, 2011). Tous ces éléments pourraient donc générer une moins grande accessibilité des chercheurs à cette clientèle (Alpher, 1992; Somer, 2006).

Une autre explication du nombre peu élevé d'études empiriques sur le TDI concerne les particularités éthiques rattachées à l'étude de personnes présentant un TDI (Barlow, 2007; Somer, 2006). Ces particularités sont, entre autres, l'obtention du consentement libre et éclairé, le compromis qui doit être effectué entre la rigueur méthodologique et le confort des participants, de même que le risque que peut présenter la recherche pour ces derniers. Une autre difficulté éthique est rattachée à la dynamique de pouvoir provenant de l'asymétrie relationnelle entre le chercheur et le participant pouvant caractériser le contexte d'une recherche, qui peut être vécue comme une dynamique abusive pour les personnes atteintes d'un TDI. Ceci s'expliquerait par les traumatismes dont ont généralement souffert ces personnes, et où cette dynamique abusive était très souvent présente (Barlow, 2007).

Par conséquent, il semble qu'un devis méthodologique adapté à ces difficultés est l'étude de cas. En effet, Alpher (1992), Putnam (1984), Somer (2006) et Wildöcher

(1990) ont tous avancé que l'étude de cas est une méthodologie à privilégier pour l'étude du TDI. D'une part, l'étude de cas ne requiert au minimum qu'un participant, ce qui aide beaucoup quant aux difficultés de recrutement. Il s'agit aussi d'un devis méthodologique qui permet d'éviter certains problèmes au plan éthique, comme l'asymétrie entre le chercheur et le participant mentionnée ici-bas. En effet, c'est une méthode où les données peuvent être tirées de la psychothérapie elle-même et où le participant n'a pas nécessairement à rencontrer un chercheur, puisque la collecte de données peut se faire par l'entremise du psychothérapeute.

Un tel devis peut également favoriser l'observation du transfert dans son contexte thérapeutique, c'est-à-dire la relation entre un psychologue et son patient (Fonagy & Moran, 1993). Les données peuvent alors provenir d'observations répétées pour en saisir toute la richesse, puisque le transfert est complexe et peut prendre plusieurs formes chez une même personne (Wildöcher, 1990). Une telle procédure exercée dans le contexte d'une étude de groupe pourrait être d'une trop grande envergure, puisque les analyses effectuées dans de telles conditions concernent généralement des moyennes, qui gommant donc les différences individuelles. Ceci serait contraire à l'hétérogénéité et à la précision des manifestations transférentielles nécessaires pour l'étude du transfert, ce que permet par contre l'étude de cas.

Le deuxième article présente ainsi une étude de cas portant sur le transfert d'une personne atteinte d'un TDI. Pour ce faire, il met l'accent sur un aspect bien précis du

transfert dans le traitement de cette pathologie. Cet article tente de déterminer si les relations d'objet et le transfert tels qu'exprimés par une personne atteinte d'un TDI sont dissociés, tout comme le sont les identités. Il s'agit, selon nos recherches, de la première étude empirique s'intéressant au transfert dans le traitement des personnes présentant un TDI. Deux études d'Alpher (1991, 1992) ont toutefois observé de manière systématique les relations d'objet d'identités de cas de TDI. Elles sont détaillées dans cette partie de la thèse par souci d'alléger les articles qui la composent.

Dans son étude de 1991, Alpher s'est intéressé à l'évaluation du fonctionnement de la personnalité de chaque identité exprimée par une personne souffrant d'un TDI, en examinant les caractéristiques de l'identité hôte et des autres identités pour un cas. Pour ce faire, il a utilisé le Bell Object Relations Reality Testing Inventory (BORRTI) (Bell, 1989; Bell, Billington, & Becker, 1985, 1986), un outil multifactoriel auto rapporté de 90 items de type vrai/faux permettant de dresser un profil du fonctionnement de la personnalité. Cet outil observe les aspects de la personnalité liés à la relation d'objet et au test de la réalité. Les résultats ont démontré des variations significatives au niveau du fonctionnement de la personnalité chez l'identité hôte et chez trois autres identités, au niveau des aspects précédemment nommés. Ceci suggère que l'organisation interne de ces identités impliquerait la mobilisation de différents fonctionnements pour chacune au niveau de la personnalité. Dans une autre étude, Alpher (1992) a évalué les comportements interpersonnels et les processus intrapsychiques de l'hôte et des identités de six cas de TDI. Il a utilisé le Structural Analysis of Social Behavior (SASB) Intrex

Questionnaire (Intrex Interpersonal Institute, 1988), un outil élaboré à partir d'études d'Alpher, Henry et Strupp (1990) et d'Henry, Schacht et Strupp (1986, 1990) sur les relations d'objet et se basant sur la théorie de l'internalisation. Cet outil permet d'observer les liens entre les comportements interpersonnels et les processus intrapsychiques. Les résultats ont démontré que les représentations de soi et des autres seraient différentes chez les identités hôtes et les autres identités. Les identités hôtes semblaient avoir internalisé des dynamiques abusives liées à des tendances autodestructrices, alors que les personnalités secondaires ne semblaient pas présenter ce genre de dynamique. Différentes introjections des identités seraient à l'origine de ces dissimilitudes, l'introjection se définissant selon Alpher (1992, p. 351) comme le « processus hypothétique menant chez une personne à des actions dirigées envers elle-même, similaires à des actions de personnes significatives pour elle » [traduction libre].

À l'exception de ces études d'Alpher (1991, 1992), les auteurs recensés jusqu'ici s'appuient sur des conceptions théoriques pour expliquer la dissociation des relations d'objet et du transfert dans le traitement des personnes présentant un TDI. Le deuxième article de cette thèse a donc pour objectif d'examiner de manière systématique à la fois les relations d'objet et le transfert vécus par différentes identités du TDI. Il s'agit d'une étude psychodynamique/analytique quantitative d'un cas unique.

La participante, *Manon* (nom fictif), a été rencontrée en psychothérapie d'approche psychodynamique/analytique à raison de deux rencontres de 60 minutes par

semaine, de septembre 2007 à avril 2009, par la première auteure de cet article. Cette personne présentait trois autres identités, en plus de *Manon*, qui était en contrôle du comportement la plupart du temps. Il y avait *La petite Manon*, une enfant, *Marilou*, une jeune femme au début de la vingtaine, et finalement *Roger*, un homme agressif.

Quarante-trois moments de transfert s'étant manifestés dans le cadre de la psychothérapie menée par l'auteure de cette thèse avec la participante de l'étude de cas ont été analysés à l'aide de deux outils, et ce, pour les quatre identités. L'outil Personality Organization Diagnostic Form (PODF) (Diguer, Normandin, & Hébert, 2001; Gamache et al., 2009), basé sur la théorie d'Otto Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005), a été utilisé pour identifier les relations d'objet de chaque identité du cas étudié. Le questionnaire de Westen (2005), Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ), a été employé pour identifier la nature des transferts de ces identités. Ces deux instruments sont conçus pour être cotés par un clinicien.

Comme étape préliminaire à l'étude des variables, une fidélité interjuge des mesures des phénomènes à l'étude a été calculée entre les cotations de l'auteure de la présente étude et les cotations de deux étudiants au doctorat en psychologie. Par souci de synthèse des articles présentés dans cette thèse, les détails du calcul de cette fidélité seront présentés ici-bas.

Ce sont donc deux étudiants au doctorat en psychologie, un homme et une femme ayant chacun trois ans d'expérience clinique (alors que l'auteure en comptait quatre au moment de la cotation) ont donc été sollicités afin de procéder à la cotation du PODF et du PRQ. Ces deux étudiants ont été choisis pour leurs intérêts et leurs connaissances de l'approche psychodynamique/analytique, du modèle des relations d'objet d'Otto Kernberg (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005), de même que pour leur maîtrise de l'anglais, puisque les deux outils ont été utilisés dans leur version originale anglaise. Les étudiants ne connaissaient pas la participante. Ils ont été rencontrés individuellement, avant le début de la cotation, pendant une rencontre de 60 à 90 minutes, afin que leur rôle leur soit expliqué, sans que les objectifs de l'étude ne leur soient dévoilés.

La fidélité interjuge des cotations du PODF a été effectuée à l'aide du coefficient kappa généralisé. Ce dernier permet de mesurer l'accord entre plus de deux juges pour des données nominales. Il permet de tenir compte de l'accord lié à la chance (Bartko & Carpenter, 1976). Cette fidélité a été qualifiée à l'aide des critères de Cicchetti et Saprrow (1981). Les résultats sont présentés au Tableau 1. Le coefficient kappa généralisé calculé pour la cotation des quarante-trois moments de transfert est de 0,52, ce qui indique un accord moyen. Le coefficient kappa généralisé calculé individuellement pour les cotations des moments de transfert où trois des identités étaient présentes (*Manon*, *La petite Manon* et *Marilou*) indique aussi un accord moyen. Le calcul de la fidélité interjuge pour les moments de transfert de la quatrième identité

(Roger) a été effectué à l'aide d'un pourcentage d'accord, tel que suggéré par Bartko et Carpenter (1976), car les cotations des trois juges pour les moments de transfert de cette identité présentaient trop peu de variabilité pour déterminer leur fidélité avec le coefficient kappa. Ainsi, le pourcentage d'accord des cotations des trois juges pour les moments de transfert de cette identité est de 100%.

En ce qui concerne la fidélité interjuge des cotations du PRQ, elle a été effectuée à l'aide du coefficient intraclass (ICC), une procédure fiable pour mesurer la fidélité de données quantitatives, en utilisant une analyse de la variance (Bartko & Carpenter, 1976).

Tableau 1

*Coefficient kappa généralisé pour la cotation
du PODF pour les moments de transfert de trois identités*

Identité	Coefficient kappa généralisé
<i>Manon</i>	0,47
<i>La petite Manon</i>	0,47
<i>Marilou</i>	0,54

Cette fidélité a été qualifiée à l'aide des critères de Cicchetti et Saprrow (1981). Les résultats sont présentés au Tableau 2. Les résultats ont indiqué une fidélité moyenne pour les facteurs colérique, anxieux et sécurisé et une fidélité faible pour le facteur

évitant (la nature de ces facteurs est décrite dans le deuxième article). La moyenne des ICC pour l'ensemble des quatre facteurs indique également une fidélité moyenne.

Tableau 2

Coefficients intraclasse (ICC) pour quatre facteurs du PRQ

Facteurs	ICC
Colérique	0,57
Anxieux	0,53
Sécurisé	0,55
Évitant	0,38
Moyenne	0,51

La fidélité inter-juge du facteur sexualisé a quant à elle été calculée à l'aide d'un pourcentage d'accord, car les cotations des trois juges pour les items de ce facteur présentaient trop peu de variabilité pour déterminer la fidélité avec une mesure statistique (Bartko & Carpenter, 1976). En utilisant cette procédure, le pourcentage d'accord est de 86,7% ce qui indique une excellente fidélité pour ce facteur.

Une fidélité au moins moyenne a donc été obtenue pour l'ensemble des cotations des trois juges pour les quarante-trois moments de transfert, et ce pour les deux outils utilisés. Ce résultat est peu surprenant dans les circonstances, c'est-à-dire compte tenu de l'absence de contact direct avec la patiente de la part des deux autres juges. En effet, le transfert et les relations d'objet sont deux phénomènes cliniques interpersonnels, où le vécu subjectif et le contre-transfert sont des aspects essentiels à l'identification de ces processus, cette position ayant notamment été élaborée par Racker en 1968. En effet, la subjectivité (qui découle du contre-transfert) peut être utilisée comme outil de connaissance (Brunet & Casoni, 2009).

Il aurait donc été possible de s'attendre à ce que les scores de fidélité soient plus élevés si tous les juges avaient partagé le même niveau de contact ou d'intimité avec la patiente. Mais, dans les circonstances et, rappelons-le, compte tenu de la nature interpersonnelle des variables en cause, un score moyen apparaît suffisant.

Évidemment, le problème qui se pose ensuite dans cette réflexion découle du fait que la thérapeute est également l'auteure de l'étude, et connaissait donc les hypothèses au moment de la cotation. Afin de vérifier si les cotations de la thérapeute favorisaient davantage ses hypothèses de recherche que celles des deux autres juges, des scores de fidélités ont donc été calculés entre les cotations de ces deux derniers juges. Ces résultats démontrent un accord moyen pour la cotation du PRQ et un bon accord pour la cotation du PODF.

Sur la base de ces résultats, il a été choisi de conserver les cotations de la psychothérapeute, et donc de l'auteure de la présente thèse, pour des analyses subséquentes des quarante-trois moments de transfert. Nous avons en effet jugé que la différence qui réside entre le degré d'accord des cotations de la psychothérapeute et celle des deux autres juges comparativement au degré d'accord des cotations de ces deux derniers juges n'était pas substantielle. En effet, le degré d'accord est le même pour le PRQ, alors qu'il ne diffère que d'un point pour le PODF.

Les cotations de la thérapeute ont par ailleurs été retenues, puisque cette dernière a pu de façon directe avoir un accès privilégié à son propre vécu subjectif. Tel que mentionné précédemment, ce dernier est un élément important dans l'évaluation des relations d'objet et du transfert (Racker, 1968). Aussi, alors que Cicchetti et Sparrow (1981) suggèrent de conserver les items pour lesquels la fidélité est au moins bonne, nous avons tout de même conservé tous les items de ces outils, car nous avons considéré qu'en discriminer aurait nui à la richesse clinique du cas, en n'étant pas pleinement fidèle à la complexité des transferts qui ont été exprimés par la participante.

Par la suite, les données du PRQ et du PODF ont été respectivement analysées à l'aide d'une analyse de profil. L'analyse de profil est une application particulière de l'analyse multivariée, qui permet de mesurer plusieurs variables dépendantes sur une même échelle. Elle est notamment utile lorsque les mesures sont répétées et ne

demandent pas l'égalité des corrélations. Cette analyse permet de comparer le profil de différents groupes. Elle s'effectue à l'aide de trois tests : un test de différence des niveaux de profils, un test de parallélisme des profils et un test d'horizontalité des profils (Tabachnick & Fidell, 1996). Ces différents tests permettent d'accéder à une compréhension plus étoffée des résultats qu'une simple analyse multivariée. La compréhension des résultats s'en trouve donc enrichie.

Chapitre II

Running head: TRANSFERENCE AND DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER

Dissociation of Object Relations and Transference
in the Treatment of DID: A Case Study

Presented to the Journal of Trauma and Dissociation

Ann-Marie Lambert, Lise Gagnon, Francine Fontaine and Jean Descôteaux

Université de Sherbrooke

Author Note

Ann-Marie Lambert, M.Ps., Lise Gagnon, Ph.D., Francine Fontaine Ph.D., and Jean Descôteaux, Ph. D., Department of Psychology, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

This article is part of the first author's doctoral dissertation. It was presented as a short oral presentation at the International Society for the Study of Trauma and Dissociation 2012 annual conference.

Correspondence regarding this article should be sent to Lise Gagnon, Ph.D., Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, 2500, boulevard de l'Université, Sherbrooke, Québec, Canada, J1K 2R1. E-mail: Lise.Gagnon@USherbrooke.ca

Abstract

The hypothesis that each alter of a person with dissociative identity disorder (DID) presents a different type of object relation and a different type of transference was examined in a case study of a subject known as *Manon*. Instruments for assessing object relations and transference, namely the Personality Organization Diagnostic Form (PODF) and the Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ), were applied to evaluate 43 sessions of psychotherapy. The results showed that the alters presented similar object relations, but each alter was associated with a specific type of transference. It is suggested that these results may correspond to the expression of disorganized attachment.

Key words: dissociative identity disorder, transference, object relation, disorganized attachment.

Many authors have pointed out that transference is a particularly sensitive issue in the treatment of dissociative identity disorder (DID) (Barach & Comstock, 1996; Kluff, 1984; Loewenstein, 1993; McWilliams, 1994; Ross, 1995; Spiegel, 1986; Wilbur, 1988). For a complete literature review on this subject, see Lambert, Gagnon, and Fontaine (2012). The main goal of such treatment is integrated functioning (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Transference consists in the repetition of infantile relational schemas, which the patient experiences as real in the therapeutic relation (Laplanche & Pontalis, 2007). According to object relations theory, each person develops different internal representations of the self and of others, as well as the affects that characterize the relations among these different representations. Over time, and on the basis of the situations encountered, each person integrates relational templates that tend to persist and become relatively limited in number (Kernberg, 1984, 1985, 1986; Kernberg & Caligor, 2005; Masterson, 1976, 1981). Object relations are one of the factors that determine a person's personality organization (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005), namely "a stable, mostly unconscious and dynamically organized structure that incorporates early experiences and phase specific drive structure into a coherent organization" (Diguier et al., 2006, p. 4). According to this interpersonal psychoanalysis point of view, transference is then the activation of object relations in the therapeutic relation (Diguier, Laverdière, & Gamache, 2008; Greenson, 1977; Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002). Thus, since a single person may have several different object relations, the same is also true of types of transference.

Several studies have assessed various aspects of psychological functioning in DID. Kellet (2005), for instance, has demonstrate by mean of a case study the effectiveness of cognitive analytic therapy on general psychological functioning (for example personality structure) in DID. Furthermore, Kluft (1986) has demonstrated that memory and self-representation were different between divided and integrated states in DID. More specifically concerning object relations and transference in DID, many authors have proposed that they are multiple and dissociated among alters. For example, Blizard (1997) claims that, in people with DID, each alter represents a different object relation. Kluft (2006) states that alters are the personification and enactment of object relation. O'Neil (2009) suggests that object relations in people with DID are located at two levels: a supraordinate level, in which a given type of object relation is common to all alters, and a subordinate level, where each alter has a different type of object relation. As well, in two case studies of DID, Alpher (1991, 1992) found significant variations in object relations between the host and the other alters.

As for transference in DID, Putnam (1989) emphasizes its multiplicity, as does Howell (2011), who also specifies that each alter has its own kind of transference. Ross (1995) states that transference is fragmented, like the patient's inner world. Kluft (2006) explains that alters express themselves through transference. More specifically, Wilbur (1988) explains that each alter develops its own transference relationship with the therapist, and each case of transference should be worked on in relation to the alter in which it originates.

Finally, making the connection between object relations and transference, Loewenstein (1993) claims that people with a high level of dissociation could also present multiple transference, which would be based on the different representations of the self and of objects integrated by the different alters. Meanwhile, Liotti (1995) explains that the behaviors of a person with DID in relation to his or her therapist are faithful to the person's multiple representations of the self and others.

These authors ideas seem to represent the fact that a model of multiple states of mind, required to understand DID, can somehow challenge the classical definition of object relation and transference that we presented earlier. This model describes a process of personality formation that entails differentiation of discrete parts, with varying degrees of permeability between these parts. In DID, boundaries between those parts are generally thick and amnesic. Then, this provides conceptual support for the dissociation of transference between alters, because it shifts the center of initiative in DID to "the patient as a whole" (a continuous self across different situation), as would describe a classical definition of transference and object relation, to "parts" of the patient (Bromberg, 1998; Howell, 2005). It is therefore hypothesized that transference is a part of those psychic contents that forms each self-stated of mind. At a phenomenological level, it would appear as if each alter as a different type of transference.

All of these authors therefore appear to agree that each alter of a person with DID presents a specific type of object relation or of transference, and thus that object relations and transference could be dissociated among the different alters. With the exception of Alpher (1991, 1992), the authors discussed here have based their claims

primarily on theoretical reasoning. To the best of our knowledge, no study has yet been done to demonstrate the multiplicity of object relations and of transference.

Aim and Hypotheses

This study had the aim of systematically examining both the object relations and the transference experienced by the different alters of a patient with DID. The first research hypothesis was that each alter in DID would have a specific type of object relation. Complementing this hypothesis, our second hypothesis was that each alter in DID would also present a specific kind of transference. We therefore hypothesized that object relations would be dissociated among alters, and so would the different kinds of transference. The fact that each alter presents both a specific type of object relation and a specific type of transference would indicate a separation of these elements among alters which could correspond to dissociation.

Method

Methodology: Case Study

This psychodynamic study was conducted using a quantitative single-case methodology. Case studies are the ideal method for studying DID, particularly because the disorder is so rare (Alpher, 1992; Putnam, 1984; Somer, 2006; Widlöcher, 1990).

Case Description

The participant, *Manon* (identity of the patient has been disguised by omission and alteration of non-crucial information), is a French-speaking Caucasian woman.

Manon is divorced and looks after her childrens full-time. She met with the first author of this study (then doing an internship) for psychodynamic therapy, attending two 60-minute sessions per week, for 19 months, at the psychiatric outpatient department of a university hospital.

Manon's original reason for consultation was anxiety problems. However, signs of identity dissociation were manifested during the very first months of the therapeutic process. Eventually, the patient presented with three other alters, which introduced themselves with different names from *Manon*, in control most of the time. These were *La petite Manon* ("Little Manon," a child), *Marilou* (a young woman in her early twenties) and finally *Roger* (an aggressive man). For a complete clinical picture of this case, see Lambert et al. (2013).

Recruitment and Confirmation of Diagnosis

Manon was chosen to participate in the study because she had DID and data could be obtained *a posteriori* from her psychotherapy case notes. A nurse clinician asked her to participate six months after the end of her therapy with the first author of this study. She then gave her free and informed consent. This research has also been approved by the Ethics Committees of the hospital where *Manon* was met and by that of Sherbrooke University.

The diagnosis of DID was established during psychotherapy, in collaboration with *Manon's* psychiatrist. The diagnosis was based on very clear signs of dissociative identity manifested during the course of psychotherapy. Moreover, to avoid the kind of subjective bias that could lead to a therapist becoming emotionally involved with a client

(Green, Gleser, Stone, & Seifert, 1975), the diagnosis was corroborated by the patient's results on the Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein & Putman, 1986; Boon & Draijer, 1993; Carlson et al., 1993; Frischholz et al., 1990) and by the content of a clinical interview.

The DES is a self-report scale that allows one to assess the frequency of experiences related to dissociation in everyday life. This screening instrument contains 28 items, with a possible score ranging from 0 to 100 for each one. A mean of 30 or over is generally taken to indicate a high level of dissociation and suggests the presence of a possible dissociative disorder, such as DID. *Manon's* score was 62.

Complementing the DES, an evaluative interview lasting 105 minutes was conducted by a doctor of psychology and psychologist who is an expert in evaluating mental health problems and who is also on the staff of the psychiatric outpatient clinic *Manon* was attending. The interview was in a semi-structured format, since no structured clinical interview specifically related to dissociative disorders was available in French at the time of the assessment.

To establish the diagnosis, the psychologist relied on the diagnostic criteria from the DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Furthermore, during the interview, the participant manifested dissociative psychic processes, through the appearance of two alters in addition to *Manon*, namely *Roger* and *La petite Manon*, who presented themselves as being separate people.

Selection of Experimental Material

Comprehensive psychological case notes written by the therapist and first author of this study provided the raw material on which the different instruments measuring object relations and transference were applied. These notes were written after each psychotherapy session, to minimize any bias due to the effects of memory (McLeod, 2002; Messer, 2007; Messer & McCann, 2005).

The notes on the sessions in which transference was manifested were selected by the therapist. They were then further broken down as a function of the specific presence of each of the alters. For certain sessions, more than one episode of transference was chosen, because more than one alter was specifically present during the same session. Transference episodes meeting the criteria formulated by Greenson (1977) – namely the inappropriateness and capriciousness, intensity, ambivalence and tenacity of the patient's reactions to the analyst – were retained. The therapist's initial selection of episodes was then compared with a selection made by the therapist's clinical supervisor on the basis of the same criteria. A consensus was reached on 43 transference episodes. These 43 episodes are divided as follows: 19 involving *Manon*, 14 for *La petite Manon*, 6 for *Marilou*, and finally 4 for *Roger*.

Object Relations and Transference Instruments

The instrument used to determine the types of object relation activated during each session was the Personality Organization Diagnostic Form (PODF) (Diguer, Normandin, & Hébert, 2001; Gamache et al., 2009), a system for assessing personality organization and its main dimensions, based on Otto Kernberg's model (Kernberg, 1984;

Kernberg & Caligor, 2005). The tool is composed of the four major dimensions of personality organization according to Kernberg: identity, defense mechanisms, reality testing, and object relations. Together, these dimensions enable users to determine a type of personality organization, namely psychotic, borderline, or neurotic. The PODF can be completed on the basis of a variety of clinical materials, including session material. For this study, only the object relations dimension was scored. It has five levels: symbiotic with fear of disintegration and annihilation, low borderline organization with fear of the object, low borderline organization with control of the object, high borderline organization with fear of abandonment, and oedipal with fear of castration-depression. The clinician must determine the client's object relation dimension on the basis of the clinical material, with the help of the indications given in the test's scoring manual. To facilitate subsequent analyses, the five-point scale was subdivided into five separate variables. In scoring, an episode's dominant dimension received a score of 1 and the other four received a score of 0.

The tool used to assess transference patterns was Westen's (2000) Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ), a 90-item questionnaire designed to be scored on five-point Likert-type scales. The goal of the questionnaire is to identify a client's transference pattern. To do this, the clinician must evaluate a variety of thoughts, feelings, motives, conflicts, and behaviors that people may experience in relation to their therapist and to psychotherapy. The instrument summarizes transference patterns under five factors: angry/entitled, anxious/preoccupied, secure/engaged, avoidant/counterdependent, and sexualized (Bradley, Heim, & Westen, 2005).

Use of Instruments

To score the material with these two instruments, interrater reliability was evaluated to avoid bias due to possible subjectivity on the part of the clinician. The degree of interrater reliability was calculated between the scores assigned by the therapist, who had four years of clinical experience, and those of two other therapists, both doctoral students in psychology, who each had three years of clinical experience. Interrater reliability for the PODF was calculated with the generalized kappa coefficient; for the PRQ, it was calculated using the intraclass correlation coefficient. The reliability obtained for both tools was 0.52 or fair. A problem with interrater reliability could have stemmed from the fact that the therapist was also the author of the study and thus was aware of the hypotheses at the time of scoring. Thus, to check whether the therapist's scores favored the hypotheses more than those of the other raters, reliability ratings were calculated for these two raters' scores. These results showed fair reliability for PRQ scores (0.58) and good reliability for PODF scores (0.66).

Based on these results, we decided to retain the therapist-author's scores for subsequent analyses, since there did not seem to be any major differences between the reliability of all three raters (including the therapist) and that of the other two raters (excluding the therapist). In fact, better interrater agreement was obtained only for the PODF. Moreover, the improved reliability calculated for this tool was only one degree better (fair vs. good).

Furthermore, transference and object relations are interpersonal clinical phenomena, and subjective experience and countertransference are essential to the

identification of these processes (Racker, 1968). Thus, the therapist had direct and preferential access to her own subjective experience.

Although Cicchetti and Sparrow (1981) suggest retaining only items for which the reliability is at least good, we retained all the items of these instruments, since we considered that discriminating among them would have reduced the clinical richness of this case and would not have done full justice to the complexity of the transference expressed in the case studied here.

Results

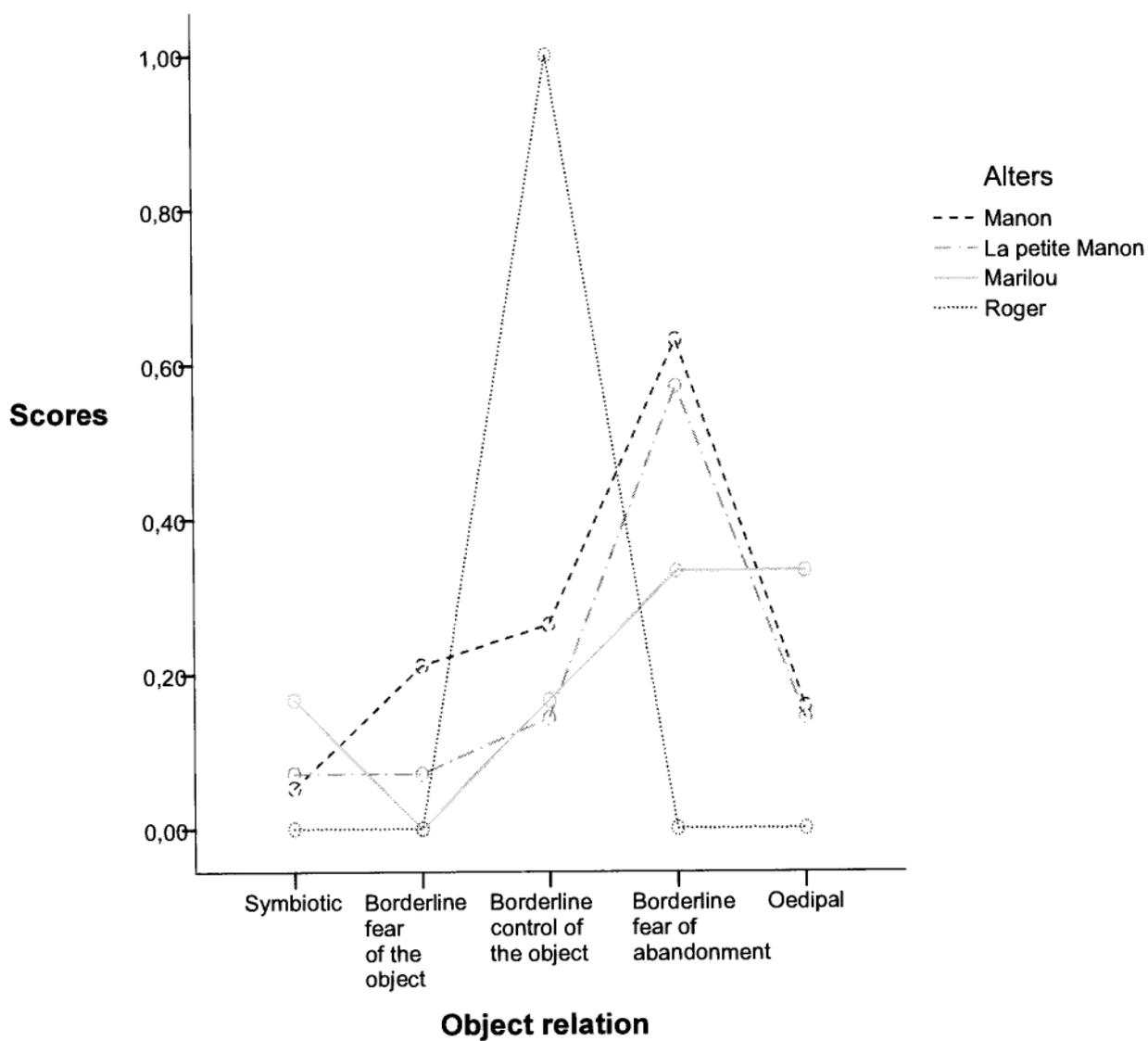
Object Relations

A profile analysis of the scores given by *Manon's* therapist was done. The mean scores obtained as a function of the types of object relation associated with each alter are presented in Figure 1. The results are not significant and do not allow us to rule out the null hypothesis that the profiles are parallel ($F(12,91,893) = 0.822, p = .628$) and flat ($F(6,232,78,943) = 1.133, p = .351$). The test of the differences in levels for profiles was also non-significant, indicating that the mean overall scores obtained by the alters did not differ ($F(3,39) = 1.696, p = .184$). To verify whether the scores of zero had a negative impact on the analysis, the analysis of the profiles' differences in levels was redone but this time without the alter of *Roger* and the low borderline with fear of the object type of relation. The non-significant results ($F(2,36) = 0.763, p = .474$) show that the scores of zero did not have a real impact on the analyses. The results presented in

Figure 1 suggest that there may be a distinction between the alter of *Roger* and the other three alters.

Figure 1

Profiles of identities according to type of object relation



Transference

A profile analysis was done on the five types of transference from the PRQ for the four alters. The hypothesis that the profiles were parallel was rejected, ($F(12,95,539) = 3.117, p = .001$), as was the hypothesis that they were flat ($F(7,289,94,761) = 2.622, p = .015$). The test of differences in levels for the profiles was significant, indicating an overall effect of type of alter on mean transference intensity ($F(3,39) = 3.613, p = .021$). More specifically, the ANOVAs revealed an effect of alter type on angry transference ($F(3,39) = 5.95, p = .02$), anxious transference ($F(3,39) = 4.498, p = .08$), and avoidant transference ($F(3,39) = 10.268, p = .0$). Analyses with Tukey's multiple comparison test showed that *Roger* ($M = 2.81$) presented stronger angry transference than *Manon* ($M = 1.83$) or *Marilou* ($M = 1.75$), while *La petite Manon* ($M = 2.24$) presented stronger angry transference than *Manon* ($M = 1.83$). Likewise, *La petite Manon* ($M = 1.86$) presented stronger anxious transference than *Marilou* ($M = 1.33$). Finally, *Roger* ($M = 3.99$) presented stronger avoidant transference than *Manon* ($M = 2.42$), *La petite Manon* ($M = 1.58$) or *Marilou* ($M = 2.45$), whereas *Manon* ($M = 2.42$) presented stronger avoidant transference than *La petite Manon* ($M = 1.58$).

Discussion

One of the two study hypotheses was confirmed. The results showed that the alters in this case of DID presented the same type of object relation but different kinds of transference.

The results obtained in respect of object relations suggest that *Manon's* different alters mainly present a borderline personality organization, since the primary object relation manifested by all the alters was the borderline type. More specifically, the alter of *Manon*, *La petite Manon* and *Marilou* are situated primarily at the level of this object relation characterized by fear of abandonment, whereas *Roger* is at the level characterized by control of the object, although this difference is not statistically significant.

The results regarding transference show that a person with DID may present different kinds of transference for each alter. These specific transference types would therefore be dissociated among alters. These results support the proposals made by Howell (2011), Putnam (1989), Ross (1995), and Wilbur (1988). They also support the use of a multiple states of mind model to better understand the transference of a DID patient.

The results appear to show that the object relations presented by *Manon's* alters are not actualized in transference, since the alters presented a single kind of object relation but several kinds of transference. These results seem to contradict the literature suggesting that transference and object relations refer essentially to the same thing (Diguer et al., 2008; Greenson, 1977; Yeomans et al., 2002), but could also be viewed as two levels of the same phenomenon. In fact, as we have seen, O'Neil (2009) states that alters in DID present two levels of object relation: a supraordinate one that amalgamates the characteristics of the object relations for all alters (the level measured by the PODF), and a subordinate level that concerns the type of object relation specific to each alter (the

level measured by the PRQ). O'Neil's (2009) explanation could be congruent with the findings of Huntjens et al. (2006), in which DID patients were found not to be characterized by an inter-identity amnesia, contrasting with their reports. Following those findings, the object relations shared by all alters could be a memory that is shared implicitly by all of them. The different transference that presented each alter would reflect the self-state activity of each alter.

This could also bolster the disorganized attachment (DA) thesis of the etiology of dissociation and DID (Blizard 1997, 2001, 2003; Carlson, 1998; Liotti, 1992, 1995, 1999, 2006; Lyons-Ruth, 2003, 2006; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, & Egeland, 1997; Pasquini, Liotti, & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2002; Steele & Steele, 2003). DA is a type of attachment characterized by a lack of coherent response to the attachment figure, marked by a conflict between approaching and avoiding this figure (Main & Solomon, 1990). As well, some authors have suggested that there is a connection between DA and borderline personality disorder (Holmes, 2004; Liotti, 2000, 2004), while several studies have shown that DA is a risk factor for developing this pathology (Carlson, 1998; Liotti, Pasquini, & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2000). Similarly, several authors have established a connection between a person's transference manifestations and his or her type of attachment (Bowlby, 1973, 1979, 1980; Cortina & Marrone, 2003; Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995; Tolmacz, 2006). Thus, the alters' different transference patterns could be signs of DA, that is, contradictory and ambivalent responses to the object. Furthermore, the borderline object relation represents a pattern that may be related to disorganized attachment. Finally, it is

possible that each alter would have a different take on parts of object relation. Because of the lack of integration that characterized DA, each part could be enacted by an alter in a different transference.

Clinical Implications

The fact that the results of this study come from a single case mean that we cannot necessarily generalize their clinical implications to the entire population with DID. To allow for such generalization, it would be necessary to reproduce this study with several case studies using the identical methodology and attempt to aggregate them, or to carry out a similar type of study but with a larger sample.

For example, regarding the borderline type of object relation that is common to all the alters, other studies are needed to determine whether people with DID generally tend to display a borderline organization. This could also corroborated the theoretical reasoning of Liotti (2000), who links borderline states, dissociation and disorganized attachment. In the absence of empirical results on this question, contrary to the symptoms of borderline personality disorder (Conklin & Westen, 2005; Ellason, Ross & Fuchs, 1996; Korzekwa et al., 2009 ; Ross, 2007; Sar et al., 2003; Simeon, Nelson, Elias, Greenberg, & Hollander, 2003), it would be important for clinicians to systematically identify the level of object relation common to all alters in the case of DID being treated. The PODF could be a tool for doing this. While respecting the three-phase model recommended by the International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011), these empirical verifications could make it possible to guide the form of therapeutic interventions, since it is generally acknowledged in the

psychodynamic approach that it is important to bear an individual's personality structure in mind when treating that person (Bergeret, 2004; Kernberg, 1984; McWilliams, 1994).

The results of this study indicate that therapists should identify each alter's transference type. The PRQ could be a tool used for this purpose. Work on transference with clients who have DID should also make it possible to address each alter's transference type, as suggested by Wilbur (1988).

Our results also appear to corroborate the suggestions of Barach (1991), Blizard (2003), Liotti (2006), Liotti, Mollon, and Miti (2005), and Richardson (2002) that treating attachment-related issues should be the priority in dissociative disorders and DID; at the very least, they should be given as much attention as traumas and dissociative processes. The treatment of DID should therefore enable clinicians to address the intrapsychic issues related to disorganized attachment that are manifested in transference. To this end, an understanding of the mechanisms underlying this kind of attachment could help therapists to interpret it to patients (Liotti, 2006). This should make it possible to pursue the goal of psychic integration, since work on each alter's dissociative transference, along with work on the alters together, should allow for the integrated appropriation of transference (Lambert et al., 2012), as is done for all dissociated psychic content in the treatment of DID (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Thus, Blizard (2003) suggests adopting a coherent approach with all alters, in order to give them all a single relational model. It would then be necessary to create a "relational bridge" among alters to promote their coexistence (Blizard, 2003; Bromberg, 1998; Schwartz, 2000).

The limitations of this study concern the fact that the therapist has rated the analysis, the interrater reliability results and the difficulty of obtaining significant power for quantitative analyses of the data from a case study. Also, the kind of object relations investigated was limited to our study method. Therefore, the results related to object relations might have been different if the kind of object relations investigated had been more trauma related, as those described by Davies and Frawley (1994).

Conclusion

To the best of our knowledge, this case study is the first to document transference dissociation between alters in DID. Our results suggests that a single object relation is shared implicitly between alters, but that different transferences for each of them would reflect a different self-state activation. This suggest that a multiple self-state model of mind is important in the conceptualization of transference in DID.

It would be valuable to do further studies on transference in the treatment of DID with a methodology that is not limited to some types of object relations. A qualitative methodology would then be indicated.

References

- Alpher, V. S. (1991). Assessment of ego functioning in multiple personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 56*, 373–387
- Alpher, V. S. (1992). Introject and identity: Structural-interpersonal analysis and psychological assessment of multiple personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 58*, 347–367.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation, 4*, 117–123.
- Barach, P. M., & Comstock, C. M. (1996). Psychodynamic psychotherapy of dissociative identity disorder. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* (pp. 413–429). New York: Plenum Press
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique théorique et clinique* (9th ed.). Paris: Masson
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727–734.
- Blizard, R. A. (1997). The origins of dissociative identity disorder from an object relations and attachment theory perspective. *Dissociation, 10*, 223–229.

- Blizard, R. A. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 37–58.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 27–50.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with Cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126–135.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bradley, R., Heim, A. K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342–349.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Burton, N., & Lane, C. (2001). The relational treatment of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21, 301–320.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107–1128.

- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P. M., Dill, D., et al. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1030–1036.
- Cicchetti, D. V., & Sparrow, S. A. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency*, *86*, 127–137.
- Comstock, C. M. (1991). Countertransference and the suicidal MPD patient. *Dissociation*, *4*, 25-35.
- Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, *62*, 867-875.
- Cortina, M., & Marrone, M. (2003). Attachment theory, transference and the psychoanalytic process. In M. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment theory and the psychoanalytic process* (pp. 27–41). London: Whurr Publishers.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *Treating adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Diguer, L., Hébert, E., Gamache, D., Laverdière, O., Daoust, J. P., & Pelletier, S. (2006). *Personality organization diagnostic form (PODF) manual for scoring*. Unpublished manuscript, Department of psychology, Université Laval, Québec, Canada.
- Diguer, L., Laverdière, O., & Gamache, D. (2008). Pour une approche empirique des relations d'objet. *Santé mentale au Québec*, *33*, 89–114.

- Diguer, L., Normandin, L., & Hébert, É. (2001). *Personality Organization Diagnostic Form*. Unpublished manuscript, Department of psychology, Université Laval, Québec, Canada.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. F. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, *59*, 255-266.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., Shaeffer, D. M., Lewis, J., et al. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, *3*, 151–153.
- Gamache, D., Laverdière, O., Diguer, L., Hébert, E., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a revised version. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*, 368–377.
- Green, B. L, Gleser, G. C., Stone, W. N., & Seifert, R. F. (1975). Relationships among diverse measures of psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *43*, 689–699.
- Greenson, R. R. (1977). *Technique et pratique de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment and Human Development*, *6*, 181–190.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. New York, NY : Routledge/Taylor & Francis Group.

- Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Huntjens, R. J. C., Peters, M. L., Woertman L., Bovenschen L. M., Martin R. C., & Postma, A. (2006). Inter-identity amnesia in dissociative identity disorder: a simulated memory impairment? *Psychological Medicine*, 36, 857-863.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 115–187.
- Kellet, S. (2005). The treatment of dissociative identity disorder with cognitive analytic therapy: Experimental evidence of sudden gains. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 55-81.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1985). *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1986). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 114–156). New York: Guilford Press.
- Kluft, R. P. (1984). Aspects of the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 51-55.

- Kluft, R. P. (1986). Preliminary observations on age regression in multiple personality disorder patients before and after integration. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 28, 147-156.
- Kluft, R. P. (2006). Dealing with alter : A pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North American*, 29, 281-203.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 346-367.
- Lambert, A.M., Gagnon, L., & Fontaine, F. (2013). Transfert dans le traitement des personnes présentant un trouble dissociatif de l'identité: une revue de la littérature. Submitted for publication.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5th ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196–204.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Keer (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 346–363). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganized attachment as a model for the understanding of dissociative pathology. In J. Solomon & C. Georges (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291–371). New York: Guilford Press.

- Liotti, G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Essays in evolutionary psychotherapy* (pp. 232–256). New York: Brunner-Routledge.
- Liotti, G. (2004). The inner schema of borderline states and its connection during psychotherapy: A cognitive evolutionary approach. In P. Gilbert (Ed.), *Evolutionary theory and cognitive therapy* (pp. 137–160). New York: Springer Publishing Co.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 55–73.
- Liotti, G., Mollon, P., & Miti, G. (2005). Dissociative disorders. In G. Gabbard, J. Beck & J. Holmes (Eds.), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 205–213). Oxford: Oxford University Press.
- Liotti, G., Pasquini, P., & The Italian Group for the Study of Dissociation. (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282–289.
- Loewenstein, R. J. (1993). Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorder. In R. Kluff & C. G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on MPD* (pp. 51–85). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal for the American Psychoanalytic Association, 51*, 883–911.
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry, 26*, 595–616.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D., & Coble, H. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 307–317.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*. New York, NY: Guilford Press.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfeld, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology, 9*, 855–879.

- O'Neil, J. A. (2009). Dissociative multiplicity and psychoanalysis. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 287–325). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Pasquini, P., Liotti, G., & The Italian Group for the Study of Dissociation (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *105*, 110–116.
- Person, E. S. (1985). Erotic transference in women and in men. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, *13*, 159–180.
- Putnam, F. W. (1984). Dissociation and disturbances of self. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol. 5. Disorders and dysfunctions of the self*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- Richardson, S. (2002). Will you sit by her side? An attachment-based approach to work with dissociative conditions. In V. Sinason (Ed.), *Attachment, trauma and multiplicity* (pp. 149–165). Hove, UK: Routledge.
- Ross, C. A. (1995). Current treatment of dissociative identity disorder. In L. M. Cohen, J. N. Berzoff, & M. R. Elin (Eds.), *Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies* (pp. 413–434). Lanham, MD: Jason Aronson.

- Ross, C. A. (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 8, 71-80.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Keser, V., & Ozdemir, O. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 119-136.
- Schwartz, H. L. (2000). *Dialogues with forgotten voices: Relational perspectives on child abuse trauma and treatment of dissociative disorders*. New York, NY: Basic Books.
- Simeon, D., Nelson, D. Elias, R., Greenberg, J., & Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 8, 755-757, 760-762,
- Somer, E. (2006). Dissociative disorders psychotherapy outcome research: In favor of single case studies. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 1-5.
- Spiegel, H. (1986). Dissociation, double binds, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. In B. G. Braun (Ed.), *The treatment of multiple personality disorder* (pp. 61-78). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steele, H., & Steele, M. (2003). Clinical uses of the Adult Attachment Interview. In M. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment theory and the psychoanalytic process* (pp. 107-126). London: Whurr Publishers.

- Tolmacz, R. (2006). Transference and attachment. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 269–292). New York: Guilford Press.
- Westen, D. (2000) *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) Manual*. Available at <http://www.psychsystems.net/lab>.
- Widlöcher, D. (1990). Le cas au singulier. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 42, 285–302.
- Wilbur, C. B. (1988). Multiple personality disorder and transference. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1, 73–76.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A primer of transference-focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Discussion générale

Contenir et se sentir porté là où l'histoire a fait vivre le débordement, mettre en signe et en représentation ce qui a dégénéré sous l'impact traumatique, mettre en sens, humaniser, ce qui a failli détruire l'humanité en soi, tels sont les voies de l'acquisition d'une capacité de résilience au traumatisme psychique.

Rousillon (2002, p.25)

Le premier article de cette thèse présentait une revue de la littérature concernant le transfert dans le traitement du trouble dissociatif de l'identité (TDI). Le transfert y a été décrit comme étant de nature post-traumatique et dissociatif. Le style d'attachement désorganisé (AD) propre au TDI a aussi été mis en lien avec le transfert, qui pourrait se manifester par des réponses ambivalentes et contradictoires du patient face au thérapeute. Les implications cliniques de cette proposition ont été discutées. En outre, une vignette clinique a été présentée afin d'illustrer ce dernier élément.

Le deuxième article présentait une étude empirique voulant vérifier l'hypothèse théorico-clinique postulant que les identités du TDI pourraient présenter des relations d'objet et des transferts dissociés. Le devis utilisé était une étude de cas unique, à partir d'une psychothérapie effectuée avec *Manon*. Les notes de psychothérapie de *Manon* ont permis de mesurer les relations d'objet et le transfert respectivement à l'aide du Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) et du Personality Organization Diagnostic Form (PODF). Les résultats ont démontré que les identités de ce cas de TDI ne semblaient pas présenter de différences entre elles sur le plan des relations d'objet, alors qu'au contraire, elles semblaient présenter des différences significatives sur le plan du transfert. Nous avons postulé que ces résultats seraient congruents avec la présence d'un AD dans l'étiologie du TDI. En effet, la relation d'objet limite commune à toutes les identités semblait s'apparenter au fonctionnement limite qui pourrait être lié à l'AD.

D'autre part, les différents transferts exprimés au thérapeute semblaient être liés aux réponses contradictoires et incohérentes face à la figure d'attachement qui caractérisent l'AD. Il a donc été suggéré que cette explication pourrait appuyer des propositions formulées par de nombreux auteurs (Barach, 1991; Blizard, 2003; Liotti, 2006; Liotti, Mollon, & Miti, 2005; Richardson, 2002) à l'effet que les enjeux d'attachement présents chez le TDI doivent être traités avec autant, sinon plus d'importance, que les traumatismes.

Les résultats des analyses de profil discutés suggèrent par ailleurs que le cas de *Manon* se situe dans une organisation limite de la personnalité. Ainsi, les identités de *Manon*, de *La Petite Manon* et de *Marilou* semblent particulièrement mobilisées par une relation d'objet de type limite avec peur de l'abandon. L'identité de *Marilou* paraît mobilisée à parts égales par ces enjeux, mais également par une relation d'objet de type névrotique, bien qu'aucune différence statistique ne permette d'affirmer que cela la distingue des autres identités. Pour être retenue comme cotation du PODF, une relation d'objet névrotique se manifeste, selon Diguier, Hébert, Gamache, Laverdière, Daoust et Pelletier (2006), par une peur de la castration, de la dépression, de même que par un conflit au niveau du moi entre le surmoi et le ça, qui génère de la culpabilité. Ceci pourrait s'apparenter aux enjeux que présente cette identité. Comme rapporté dans la vignette clinique au premier article, cette identité se montrait forte et réservée face à la thérapeute. Cette attitude allait de pair avec le fait que *Marilou* pouvait souvent dire à la thérapeute comment intervenir avec la patiente.

Ainsi, le mode anaclitique et les enjeux d'abandon ou de contrôle propres à la relation d'objet limite semblent totalement absents des séances où la relation d'objet névrotique a été retenue pour cette identité. Par exemple, *Marilou* pouvait faire des suggestions à la thérapeute, sans tenter de la contrôler, présentant une vision nuancée des situations, ce qui indiquait l'absence de clivage propre à la relation d'objet limite. Également, pour les séances où cette relation d'objet a été retenue, cette identité semblait exprimer une ambivalence entre, d'une part se permettre d'éprouver et d'exprimer un désir de se lier à la thérapeute et d'autre part, une réserve à cet égard. Ceci pourrait exprimer un conflit intrapsychique entre les besoins relationnels du moi (se lier et se confier) et une interdiction surmoïque à cet effet, provenant d'un danger ou d'une faiblesse associée à cette position, qui serait donc contraires au mandat de protection qu'elle s'est donnée. Par exemple, alors que la thérapeute essayait de consolider l'alliance avec cette identité, en lui signifiant qu'elle pouvait se confier à elle: « Mais tu sais *Marilou*, toi aussi tu as ta place ici », cette dernière lui a répondu avec incertitude : « ah oui, vraiment? » Un conflit intrapsychique semblait donc se concrétiser au niveau conscient par une hésitation et même, il pourrait être possible de le penser, par un sentiment de culpabilité. En effet, la réponse donnée par *Marilou* pourrait à la fois exprimer un désir et une hésitation face au fait qu'il pourrait être légitime ou permis de combler ce désir, ceci pouvant représenter un interdit surmoïque.

Pour sa part, *Roger* paraît pouvoir s'exprimer presque entièrement dans une relation d'objet de type limite avec contrôle de l'objet, bien que cette fois encore, aucune

différence statistique ne permet d'affirmer que cela le distingue clairement des autres identités en ce qui concerne le niveau de la relation d'objet limite impliqué. La relation d'objet de type limite avec contrôle de l'objet serait très archaïque, il s'agirait d'un précurseur idéalisé, sadique et persécuteur du surmoi, où l'exploitation exercée par le sujet aurait comme objectif de gagner un contrôle omnipotent sur l'objet (Diguer et al., 2006). Ceci serait concordant avec un des mandats intrapsychiques que présenterait typiquement cette identité, soit de protéger la personne présentant un TDI de nouvelles agressions, par exemple en la rendant méfiante d'autrui ou en l'éloignant des relations où elle pourrait potentiellement être agressée de nouveau (Blizard, 1997b). Ainsi, dans ce cas, la thérapeute aurait pu être vue comme un agresseur potentiel par *Roger*, celui-ci tenterait donc par son comportement de contrôler les actions thérapeutiques exercées par cette dernière sur *Manon*, afin de la protéger.

Bien que ce cas de TDI semble s'inscrire dans une organisation limite de la personnalité, il n'est pas possible de généraliser ce résultat à l'ensemble des personnes présentant un TDI. Cette généralisation serait d'autant plus inappropriée que McWilliams (1994) avance que les personnes présentant une part importante de dissociation dans leur fonctionnement psychologique pourraient tout autant se retrouver dans un registre psychotique, limite ou névrotique.

Howell (2011) mentionne que chez des cas de personnes présentant un TDI, certaines identités spécifiques peuvent être psychotiques, contrairement aux autres

identités, ces observations cliniques favorisant aussi l'hypothèse que les identités d'un cas de TDI pourraient se trouver dans des registres différents d'organisation de la personnalité. Bien que cette explication permette d'envisager que certaines identités de cas de TDI puissent se trouver dans un registre psychotique, il est important de les différencier de la schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique. Plusieurs symptômes dissociatifs peuvent en effet être confondus par les professionnels de la santé avec les symptômes positifs de la schizophrénie (hallucinations, désorganisation de la pensée, etc.), ceci étant le lot de la moitié des patients présentant un TDI, à un moment ou à un autre de leur cheminement psychiatrique. Cette confusion diagnostique peut créer d'énormes difficultés dans le cheminement de ces personnes (Loewenstein & Putnam, 2004). Afin d'établir un diagnostic différentiel, des outils diagnostiques, telle que l'entrevue clinique structurée pour les troubles dissociatifs du DSM-IV (SCID-D-R) peuvent être utilisés, bien que disponible en anglais seulement.

De plus, pour distinguer les voix des identités du TDI de celles provenant d'hallucinations, il peut aussi être demandé à la personne si les voix sont à l'intérieur (voix du TDI) ou à l'extérieur d'elle (voix schizophrénique) (Ross, 1989; Kluft, 1991). Martin, Gagné et O'Neil (2011) précisent également que le nombre, le sexe et l'âge des voix sont souvent indéterminés chez les schizophrènes, alors qu'ils sont précis chez le TDI. Le discours des voix chez les schizophrènes serait aussi impératif et dénigrant, alors qu'il serait plus informatif, soutenant et varié chez le TDI. De plus, les échanges avec les voix chez les

personnes schizophrènes ne se feraient pas sous forme de conversation, contrairement au TDI.

Une autre confusion diagnostique semble également exister entre le trouble de la personnalité limite (TPL) et les troubles dissociatifs (TD), tels que décrits dans le DSM-IV (APA, 2000). Ceci se manifeste tant au niveau de leurs manifestations cliniques que de la théorisation des phénomènes psychologiques qui les sous-tendent, c'est-à-dire la dissociation et le clivage. Le clivage est un mécanisme de défense séparant l'expérience d'un individu du monde, des gens et de lui-même en deux catégories séparées l'une de l'autre, le bon et le mauvais ou le blanc et le noir. Ce mécanisme amènerait une incapacité ou une grande difficulté à vivre simultanément ces deux expériences, et donc à en avoir une vision nuancée. Le clivage est généralement associé au trouble de la personnalité limite (Kernberg, 1975), et la dissociation de son côté, attribuée aux troubles dissociatifs (Bernstein & Putnam, 1986). Cette confusion semble d'autant exacerbée par la présence d'un « symptôme dissociatif transitoire » dans les critères diagnostique du TPL dans le DSM-IV (9^e critère).

De nombreuses recherches ont été effectuées afin d'examiner la comorbidité entre ces deux entités psychopathologiques. L'ensemble de ces recherches a démontré de manière générale des taux élevés de symptômes dissociatifs chez des personnes présentant un trouble de personnalité limite, et inversement, la présence de traits ou d'un TPL chez des personnes présentant un diagnostic de trouble dissociatif. Pour une

revue complète de la littérature portant sur le sujet, voir les travaux de Zanarini et Jager-Human (2009).

Les tentatives d'explications de cette comorbidité peuvent être classées en deux catégories. D'une part, celles postulant que la dissociation est en soit un symptôme du TPL. D'autre part, celles avançant que ces deux troubles possèdent une étiologie commune, soit le traumatisme psychologique. L'ensemble des résultants de recherches appuie ces deux explications (Zanari & Jager-Human, 2009). Par ailleurs, les travaux sur la question ne sont pas parvenus à délimiter précisément quelle symptomatologie clinique requiert un diagnostic de l'un ou l'autre de ces troubles, ou bien les deux diagnostics. Par exemple, à partir de quel point (nombre et intensité des symptômes) la présence de dissociation chez une personne présentant un TPL requiert-elle un diagnostic à part entière de TD? Les implications thérapeutiques de la présence d'une symptomatologie de TD chez un TPL, de même qu'au contraire, une symptomatologie de TPL chez un trouble TD demeurent aussi inconnues.

Cette confusion au niveau de la recherche semble aussi se manifester au niveau de la théorisation, puisqu'il ne semble pas exister de consensus dans la littérature tentant de comparer la dissociation et le clivage. De fait, quelques auteurs ont tenté des efforts sur la question, mais n'arrivent pas aux mêmes conclusions. Certains voient le clivage et la dissociation comme deux phénomènes impliquant des mécanismes totalement différents alors que d'autres auteurs conceptualisent la dissociation et le

clivage comme référant sensiblement au même phénomène. À cet effet, Tarnopolsky (2003) avance que la dissociation, le clivage et le refoulement sont des mécanismes de défense interchangeables.

Howell et Blizard (2009) sont également des partisans d'une position similaire. Elles ont développé l'idée que le trouble de personnalité limite est un trouble dissociatif. Brièvement, elles conceptualisent que ce sont des états dissociés du soi qui sous-tendent les changements relationnels et l'instabilité qui caractérisent le TPL. Elles avancent que les états du soi seraient donc dissociés ou partiellement dissociés. La dissociation partielle expliquerait le fait que la nature dissociative de ces phénomènes est souvent occultée, car elle peut être parfois plus difficile à détecter. Leur position est donc que le clivage serait un processus caractérisé par de la dissociation. Pour étayer leur conceptualisation, Howell et Blizard (2009) s'appuient notamment sur des études portant sur le développement de l'enfant et l'attachement, bien qu'aucune étude scientifique n'ait eu pour le moment comme objectif la vérification de leurs hypothèses.

D'autres auteurs sont plutôt d'avis que la dissociation et le clivage seraient deux mécanismes psychologiques qualitativement différents (Horevitz & Braun, 1984; Mathis, 1988; McWilliams, 1994; O'Neil, 2009 ; Young, 1988). Notamment, Young (1988) différencie la dissociation et le clivage en expliquant comment les identités dissociées du TDI sont des parties subjectivées de la personnalité du sujet, alors que le clivage représente plutôt une forme de pensées universelle. La faiblesse de cette

position est par contre liée au fait qu'il différencie la dissociation et le clivage en tenant compte seulement de la dissociation présente chez le TDI et non sous ses autres manifestations. Il explique également comment le clivage s'organise autour de deux polarités, alors que la dissociation est davantage multiple et non uniquement binaire. De son côté, O'Neil (2009) différencie plutôt la dissociation et le clivage d'un point de vue développemental. Il conceptualise la dissociation comme précédant le clivage, en ce sens que le premier serait un mécanisme de défense présent plus précocement dans le développement de l'enfant, qui l'utiliserait puisqu'aucun autre mécanisme de défense ne serait à sa disposition pour se protéger d'expériences difficiles. Par contre, quand la maturation développementale rend le clivage disponible, il deviendrait le mécanisme de défense privilégié, et la même chose pour le refoulement, qui de son côté surviendrait après le clivage. Mc Williams (1994) différencie quant à elle la dissociation et le clivage de par l'amnésie qui caractérise la dissociation, contrairement au clivage.

Les échelles d'évaluation clinique et les ouvrages portant sur les mécanismes de défenses sont peu loquaces sur la question de la différenciation dissociation/clivage. Ceci s'explique peut-être par le fait que le concept de mécanisme de défense est avant tout psychanalytique. La psychanalyse s'est jusqu'ici très peu intéressée à la dissociation, allant même jusqu'à considérer qu'un tel mécanisme psychologique ne peut exister selon la théorisation psychanalytique (Scarfone, 1996). Tout de même, une lecture attentive de l'ouvrage de Perry et al. (2004) permet d'en tirer certains raisonnements concluants. Selon ces auteurs, le contenu psychique demeure toujours

hors de la conscience dans la dissociation, mais sa présence se manifeste par une altération de la conscience. Le clivage quant à lui, permet de maintenir le contenu psychique dans la conscience, mais le problème se situe plutôt dans le fait que la reconnaissance de la contradiction propre au clivage de ce contenu n'influence pas l'état d'esprit ou l'état émotionnel de la personne. Le clivage est donc un conflit ayant lieu au sein même de la conscience, alors que la dissociation altère l'état de la conscience. En d'autres mots, la dissociation est un problème d'assimilation des contenus psychiques dans la conscience, alors que le problème du clivage est celui de garder des contenus psychiques ensemble une fois qu'ils ont été assimilés (Gillen, 1995).

L'application des travaux de Kohut (1971) sur les mécanismes de défense peut aussi être d'une aide précieuse afin d'alimenter la réflexion portant sur la dissociation et le clivage. Kohut distingue en effet un clivage horizontal et un clivage vertical. Le clivage horizontal réfère au refoulement, un mécanisme de défense permettant aux contenus psychiques de demeurer hors de la conscience, c'est-à-dire dans le préconscient et l'inconscient. Le clivage vertical réfère quant à lui à une alternance entre différentes parties de la personnalité, chaque partie étant séparée les unes des autres, mais ayant son existence propre. Suivant ce raisonnement, il pourrait être possible d'envisager le clivage comme un mécanisme de clivage horizontal. En effet, ce mécanisme est considéré comme basé sur une division conscient/inconscient. Par contre, le refoulement et le clivage sont des mécanismes de défense qui demeurent distincts, puisque l'accès à la conscience du clivage n'influence pas l'état d'esprit ou l'état

émotionnel de la personne, alors que cela est le cas pour le refoulement. De son côté, la dissociation pourrait être considérée, selon Kohut (1971) comme un mécanisme de défense vertical, le patient alternant entre différentes « parties » de sa personnalité où de son expérience (affect, mémoire, etc). L'amnésie qui caractérise la dissociation serait ainsi attribuable à la dissociation verticale puisque les contenus psychiques existant d'une manière indépendante, l'accès à un contenu psychique occasionne une amnésie des autres contenus. D'un autre côté, le clivage n'étant pas caractérisé par l'amnésie, le fait que certains contenus ne sont pas accessibles à la conscience serait plutôt attribuable au fait qu'ils sont inconscients.

À notre connaissance, la seule étude ayant eu pour objectif de valider empiriquement si la dissociation et le clivage sont des phénomènes psychologiques différents est celle de Gillen (1995). Son étude visait spécifiquement à savoir si un diagnostic de TD, l'expérience de la dissociation et la sévérité des expériences d'abus durant l'enfance pouvaient être en congruence avec le construit de la dissociation, établi selon sa revue de la littérature sur le sujet. De manière complémentaire, il était aussi tenté de voir si un diagnostic de TPL, l'expérience du clivage, et une histoire d'abus moins sévère durant l'enfance pouvaient être en congruence avec le construit du clivage, encore ici établi selon sa revue de la littérature portant sur ce phénomène. Finalement, Gillen (1995) tentait de vérifier si les construits de dissociation et de clivage étaient différents l'un de l'autre. Pour ce faire, des échelles de mesures de la dissociation (The Dissociative Experience Scale : Bernstein & Putnam, 1986) et du clivage (The Splitting

Experiences Scale : Gillen, 1995) ont été administrées à un échantillon de 35 femmes de niveau collégial, tout comme une grille d'entrevue structurée permettant de mesurer la sévérité des expériences d'abus et d'établir un diagnostic de TD ou de TPL (The Dissociative Disorders Interview Schedule : Ross, Heber, Norton, & Anderson, 1989). Par la suite, des régressions multiples ont été conduites sur les variables. Les résultats ont démontré que les scores des variables de la dissociation et du diagnostic de TD se prédisaient entre elles. De même, les scores des variables du clivage et du diagnostic de TPL se prédisaient aussi entre elles. Inversement, les variables de la dissociation et du diagnostic de TD ne permettaient pas de prédire les variables du clivage et du diagnostic de TPL. Par ailleurs, la sévérité des expériences d'abus permettait de prédire le diagnostic de TD, mais pas celui de TPL. L'ensemble de ces résultats ont donc permis à Gillen (1995) de conclure que la dissociation et le clivage sont qualitativement différents et que les expériences d'abus sévères pourraient être un facteur permettant de différencier un TD de la dissociation non pathologique.

Dans le débat portant sur la comparaison dissociation/clivage, nous tendons à favoriser la position stipulant qu'il s'agit de deux mécanismes différents, et ce pour plusieurs raisons. En premier lieu, cette position est soutenue par des résultats empiriques, ce qui n'est pas le cas pour la position voulant qu'ils soient des mécanismes similaires. Toutefois, cette étude comporte plusieurs limites importantes (par exemple, le nombre peu élevé de participants dans l'échantillon). D'autres études sont donc requises afin de valider l'hypothèse que le clivage et la dissociation sont deux mécanismes de

défense différents. En deuxième lieu, les raisonnements théoriques avancés par les auteurs soutenant que la dissociation et le clivage sont deux processus différents nous semblent davantage étayés que ceux avançant qu'il s'agit du même type de processus. L'idée de Tarnopolsky (2003) à l'effet que le clivage, le refoulement et la dissociation sont des mécanismes de défense interchangeables ne semble pas tenir la route, puisque l'état émotionnel de la personne et les effets produits sur la topique conscient/inconscient sont complètement différents pour ces trois mécanismes de défense. Également, le concept de dissociation partielle de Howell et Blizard (2009) nous semble comporter une lacune importante. En effet, il ne semble pas tenir compte de l'étanchéité qui caractérise la dissociation. Par étanchéité, nous entendons la division ou la complète séparation des contenus psychiques dissociés, ceci se manifestant entre autre par l'amnésie de ces contenus. Ceci est bien illustré par le mécanisme de clivage vertical de Kohut (1971), où chaque partie a son existence propre et indépendante. En ce sens, une dissociation qualifiée de partielle ne peut être de la dissociation, puisqu'elle ne tient pas compte de cette complète séparation.

En ce qui concerne le transfert, son aspect changeant chez le TPL, provoqué par le clivage, pourrait être facilement confondu avec son aspect dissociatif chez les TD, et plus spécifiquement chez le TDI. Par exemple le raisonnement de Young (1988) concernant la multiplication et la personnification des identités dissociées du TDI et le clivage vertical de Kohut (1971) amènent à penser que le transfert de chaque identité du TDI serait rattaché à un répertoire comportemental, à des émotions, et à des souvenirs

qui lui sont propre et qui sont indépendants du transfert des autres identités. D'un autre côté, l'influence du clivage horizontal sur le transfert du TPL ferait en sorte que malgré le fait qu'un type de transfert prédomine, le patient pourrait avoir accès à tout un répertoire comportemental, à des émotions et à des souvenirs, que ces derniers soient liés ou non au transfert qui est vécu. Également, le clivage au niveau du transfert du TPL provoque une dualité: un type de transfert appellerait toujours son contraire. Par ailleurs, pour le TDI, le transfert ne s'organiserait pas sous un mode duel. Il serait plutôt multiple et un aspect transférentiel ne serait pas nécessairement lié à son opposé.

Bien entendu, les implications pour le traitement d'une différenciation entre le transfert du TPL et du TDI sont importantes. D'une part, le travail thérapeutique du transfert du TPL, basé sur le clivage, viserait à favoriser la reconnaissance émotionnelle de la contradiction propre à ce mécanisme de défense. D'autre part, les interventions utilisées dans le travail du transfert chez le TDI auraient plutôt comme objectif de faire exister simultanément dans la conscience les contenus psychiques maintenus séparés par la dissociation, et donc à défaire l'amnésie touchant le transfert entre les identités.

Dans un autre ordre d'idée, considérant les résultats de Gillen (1995) à savoir que les troubles dissociatifs sont caractérisés par des traumatismes plus sévères que le TPL, il serait intéressant d'évaluer si le transfert des troubles dissociatifs serait davantage marqué par un caractère traumatique que celui du TPL.

Toujours concernant les résultats des relations d'objet, qui démontrent que les identités du cas de *Manon* ne présentent pas des types de relations d'objet différents, ces derniers ne concordent pas avec les écrits de Blizard (1997b, 2003), Liotti (1992, 2006) et Howell (2011). Ces auteurs avancent en effet que la dissociation pathologique et/ou les identités du TDI reposeraient sur des représentations de soi et de l'autre contenues soit dans les relations d'objet (Blizard, 1997b), soit dans les modèles opérants internes des relations d'attachement (Blizard, 2003; Liotti, 1992, 2006; Howell, 2011), la littérature démontrant que relation d'objet et les modèles opérants internes d'attachement sont des concepts parents (Cortina & Marrone, 2003). Ces représentations seraient incompatibles et séparées, chaque identité reposerait donc sur une de ces relations d'objet ou un de ces modèles opérants internes. Ces hypothèses impliqueraient donc que chaque identité présente un type de relation d'objet ou un modèle opérant interne qui lui est propre.

Cette dissonance entre ces théorisations et nos résultats pourrait s'expliquer par une différence entre les aspects de la relation d'objet dont ont tenu compte ces auteurs dans leurs théorisations et l'aspect de la relation d'objet que nous avons évalué dans cette étude. En effet, l'outil que nous avons choisi pour évaluer la relation d'objet, le PODF, s'intéresse au type de relation établie avec l'objet, une des trois composantes d'une relation d'objet. Cette composante est évaluée en déterminant s'il s'agit soit d'une relation symbiotique (indifférenciation entre soi et l'autre), dyadique (qui implique deux personnes) ou triangulée (qui implique trois personnes), de même que par le type de

sentiment et d'angoisse ressenti par la personne. Les représentations du soi et de l'objet (ou de la figure d'attachement) qui sont utilisées dans les théorisations de Blizard (1997a, 2003), Liotti (1992, 2006) et Howell (2011) concernent d'autres aspects de la relation d'objet, c'est-à-dire les caractéristiques qui sont attribuées à soi-même et à l'autre. Tel qu'avancé dans le deuxième article, notre explication est qu'il s'agit de deux niveaux d'un même phénomène, l'aspect de la relation établie avec l'objet concernant le niveau mesuré par le PODF, un niveau commun à toutes les identités. Il est possible de penser d'un autre côté que l'aspect des relations d'objet concernant les représentations de soi et de l'objet détaillés par Blizard (1997a, 2003), Liotti (1992, 2006) et Howell (2011) pourrait davantage correspondre aux différents transferts des identités obtenus au PRQ.

Les résultats de notre étude sont également contraires à ceux obtenus dans deux études de cas d'Alpher (1991, 1992). Celles-ci ont démontré des différences significatives au niveau des relations d'objet de certaines identités des cas qu'il a étudiés. Des différences importantes entre notre étude et celle d'Alpher (1991, 1992) pourraient être en cause. Certains détails des études d'Alpher seront donc comparés à la nôtre, afin de permettre au lecteur de comprendre ces différences.

Une différence entre notre étude et celles d'Alpher (1991, 1992) semble concerner la conceptualisation de la relation d'objet. En effet, notre étude s'intéresse à la relation d'objet selon le modèle de l'organisation de la personnalité d'Otto Kernberg et

est évaluée selon les caractéristiques de ce modèle (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005), qui a été décrit dans cette thèse, à l'aide du PODF. De son côté, dans son étude de 1991, Alpher a évalué la relation d'objet selon quatre éléments, soient l'aliénation, l'attachement insécurisé, l'égoïsme et l'incompétence sociale [traduction libre] à l'aide du Bell Object Reality Testing Inventory (BORTI) (Bell, 1989; Bell, Billington, & Becker, 1985, 1986), alors que dans son étude de 1992, il a évalué les relations d'objet à partir de la théorie de l'internalisation, en se basant sur les comportements interpersonnels et les processus intrapsychiques, à l'aide du Structural Analysis of Social Behavior (SABS) Intrex Questionnaire (Intrex Interpersonal Institute, 1988). Il pourrait donc être postulé que cette différence dans la conceptualisation de la relation d'objet puisse suggérer une faible validité du PODF par rapport au BORTI et au SASB Intrex Questionnaire, ce qui pourrait expliquer, en partie, la différence entre nos résultats et ceux d'Alpher.

De plus, l'étude présentée dans cette thèse s'est attardée à la compréhension des relations d'objet impliquées par le biais de l'évaluation des relations que chaque identité avait établies avec la thérapeute en tant que représentant de l'objet, dans le contexte relationnel de la psychothérapie, un lieu privilégié pour l'activation des relations d'objet (Diguer, Laverdière, & Gamache, 2008; Greenson, 1977; Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002). De son côté, l'étude d'Alpher effectuée en 1991 évaluait la relation d'objet dans le contexte d'une prise de mesure unique effectuée par un chercheur, à l'aide du BORTI, un instrument autorapporté. En outre, dans son étude de 1992, Alpher

a évalué la représentation de l'objet (une des composantes de la relation d'objet) exclusivement selon la perception d'une figure abusive présente dans l'histoire de l'identité évaluée. Il pourrait donc être supposé que ces différences quant à la manière dont a été évaluée la relation d'objet dans l'étude d'Alpher ait pu avoir une influence sur la quantité et la précision de l'information disponible pour coter les outils, en supposant que le contexte relationnel de la thérapie, le lieu où s'activent les relations d'objet, puisse avoir favorisé ces aspects, tel qu'effectué dans notre étude.

De manière complémentaire à la première hypothèse de cette étude portant sur la dissociation des relations d'objet, la deuxième hypothèse cherchait à vérifier si les identités d'une personne souffrant d'un TDI pourraient *a fortiori* présenter différents transferts dissociés. Ces résultats semblent permettre d'associer le transfert de chacune des identités du cas étudié à la description des caractéristiques et des fonctions des identités typiques (enfant, sauveur, agresseur) retrouvées chez le TDI. Qui plus est, un rapprochement effectué entre les transferts observés chez les identités du cas de *Manon* et les enjeux intrapsychiques des identités typiques pourrait supporter la conceptualisation d'Howell (2011), de Liotti (1995, 1999, 2000), de Ross (1989) et de Putnam (1989), qui lient ces identités typiques aux positions du triangle dramatique de Karpman (1968). Le triangle dramatique de Karpman est un scénario de relations typiques et symboliques, issu de l'analyse transactionnelle, où chaque personne peut prendre alternativement les positions de la victime, du bourreau et du sauveur. Ces trois positions correspondraient aux trois principaux types d'identités retrouvés

habituellement chez le TDI, la victime, généralement représentée par un enfant (*La petite Manon*), la position du bourreau (*Roger*) et la position du sauveur (*Marilou*). Selon Carr (1989), qui a élaboré les positions du triangle dramatique de Karpman d'après les sentiments qui pourraient selon lui les sous-tendre, la position de la victime serait caractérisée par de l'impuissance, la position du persécuteur par de l'agressivité, et enfin, la position du sauveur par de l'obligeance.

Selon Howell (2011), l'identité de l'agresseur contient beaucoup de rage et de mépris. Elle est également modelée sur une figure d'attachement abusive. En effet, au niveau intrapsychique, il est possible de conceptualiser la création de cette identité comme étant motivée par le besoin de maintenir une relation d'attachement et un minimum de contrôle psychologique (Blizard, 1997a). En effet, au plan développemental, afin de préserver un attachement à une figure affective qui est également une figure abusive, un enfant pourrait séparer les « bonnes » et « les mauvaises » représentations de cette figure, afin de préserver un attachement à la « bonne » représentation (Fairbairn, 1952). Dans le cas du TDI, une introjection des « mauvaises » représentations mènerait à la création de l'identité de l'agresseur, ce qui permettrait également de maintenir l'attachement, puisque l'enfant se protège de l'abandon en maintenant intérieurement la « mauvaise » représentation. Ainsi, puisque la représentation est maintenue intérieurement, elle ne peut l'abandonner. De même, pour les personnes développant un TDI, ce phénomène d'identification à l'agresseur et d'introjection des caractéristiques de cette figure pourrait provenir de la nécessité de

conserver un certain contrôle psychique sur les relations abusives qu'elle vit. En effet, ces mécanismes permettent de dissocier la représentation de soi vulnérable et procureraient donc un sentiment de pouvoir (Blizard, 1997a).

Les enjeux d'attachement au plan développemental décrits entre l'enfant qui développera un TDI et la figure d'attachement abusive se transposent aussi au niveau intrapsychique entre l'identité hôte et l'identité de l'agresseur, puisqu'il existe aussi un fort lien d'attachement entre ces deux identités. Une des fonctions de l'identité de l'agresseur serait en effet d'aider l'individu atteint d'un TDI à maintenir un fonctionnement adaptatif. Cette fonction impliquerait notamment le mandat paradoxal de protéger la personne atteinte de nouveaux abus, en la rendant méfiante d'autrui (donc du thérapeute) ou en punissant l'identité hôte de comportements pouvant mener à de nouveaux abus (Blizard, 1997b).

Les résultats obtenus avec le cas de *Manon* supportent cette conceptualisation. En effet, Roger présentait de manière significative davantage de transferts de type évitant que toutes les autres identités. Ceci pourrait être en lien avec l'évitement d'une relation avec la thérapeute ou la création d'un lien significatif avec celle-ci, puisque cette identité la percevrait comme représentant un danger pour *Manon*. Le fait que cette identité présente davantage de colère au niveau du transfert que *Manon* et que *Marilou* pourrait également être compris comme une tentative de protection, par exemple en induisant de la peur chez la thérapeute pour qu'elle s'éloigne de *Manon* ou en tentant de

contrôler cette dernière quant à ses actions thérapeutiques, puisque celles-ci pouvaient mener à un rapprochement entre elle et la thérapeute. Dans le triangle de Karpman (1968), le transfert colérique que manifeste *Roger* pourrait correspondre au sentiment d'agressivité qui caractérise la position du persécuteur.

Concernant la cotation de l'identité de l'agresseur, il est intéressant de voir qu'elle fait l'unanimité pour les trois juges en ce qui concerne le PODF, et que l'accord est très élevé en ce qui concerne le PRQ. En effet, il pourrait être avancé que le très petit nombre de séances évaluées (quatre) ait considérablement réduit le risque de désaccord entre les juges. Par contre, il est également possible de penser que l'agresseur, en raison de sa façon de se présenter, ne laisse pas vraiment de place au doute quant à ses intentions, puisqu'il s'agit d'une condensation des caractéristiques d'une figure abusive et que ces identités peuvent typiquement s'apparenter à la représentation d'un persécuteur sadique (Blizard, 1997a). Ceci en aurait grandement facilité la cotation.

Par ailleurs, l'absence de différences significatives sur le plan du transfert colérique entre *La petite Manon* et *Roger* pourrait s'expliquer par le fait qu'une même réaction transférentielle observable cacherait chez ces identités des motivations intrapsychiques différentes. En effet, alors que le transfert colérique exprimé par *Roger* supporte la description des fonctions que nous avons décrites précédemment, la colère au niveau du transfert chez *La petite Manon* pourrait avoir comme utilité de revendiquer la satisfaction de ses besoins affectifs. Par exemple, comme nous l'avons rapporté dans

la vignette clinique, il est déjà arrivé que *La petite Manon* ne veuille pas que la séance se termine, car elle désirait passer davantage de temps avec la thérapeute. Elle s'exprimait alors de manière colérique, en refusant que *Manon* reprenne le contrôle pour qu'elle puisse quitter le bureau de consultation. À ce sujet, le lecteur peut se référer à la vignette clinique du premier article. En outre, *La petite Manon* verbalisait souvent sa crainte que la thérapeute ne l'abandonne, en disant qu'elle avait parfois besoin d'elle quand la thérapeute n'était pas là pour l'aider. Elle disait aussi avoir peur que cette dernière ne meure quand elle prenait des vacances et donc que *La petite Manon* ne puisse jamais la retrouver. Ces caractéristiques de *La petite Manon* semblent ainsi correspondre au sentiment d'impuissance qui sous-tend la position de la victime, dans le triangle dramatique de Karpman (1968).

En ce qui concerne *Marilou*, aucun résultat statistique ne permet de la différencier clairement des autres identités par le transfert qu'elle présente. Le seul élément permettant de la caractériser est le fait que *La petite Manon* présente davantage de transfert anxieux que *Marilou*. C'est donc par déduction seulement que nous pouvons tenter de tirer certaines explications la concernant.

Dans la littérature, l'identité du sauveur à laquelle pourrait être associée *Marilou* s'apparente au sauveur interne décrit par Allison (1974), c'est-à-dire qu'il s'agit d'une identité se présentant peu spontanément, et qui, si elle le fait, se décrit comme un observateur des autres identités. Ce retrait apparent pourrait donc expliquer pourquoi

Marilou ne s'est pas démarquée au plan statistique. Cette identité est également souvent protectrice, voire même maternante envers le système des identités de la personne présentant un TDI (Howell, 2011). En ce qui concerne le cas étudié ici, ceci s'incarnait par une attitude de retrait, d'observation et de formulation de suggestions de *Marilou* à la thérapeute pour l'aider dans ses interventions, tel que décrit dans la vignette clinique. Aussi, les différences statistiquement significatives entre *La petite Manon* et *Marilou* sur le plan du transfert anxieux décrit dans le PRQ s'expliqueraient par le fait que ce type de transfert implique une peur du rejet par le thérapeute et une attitude de dépendance envers celui-ci (Bradley, Hein & Westen, 2005). Ces caractéristiques se retrouvent encore plus chez *La petite Manon*, qui a davantage de besoins affectifs à combler, que chez *Marilou*, qui se montrait distante et ne se permettait pas d'exprimer de besoins envers la thérapeute, afin de demeurer forte pour conserver sa fonction aidante. Par exemple, tel que rapporté dans la vignette clinique, l'identité de *Marilou* se montrait réservée, en contrôle et pouvait même donner des directives à la thérapeute pour lui suggérer comment agir avec *Manon* quand cette dernière vivait des moments de détresse intense, comme des crises suicidaires. Ces caractéristiques de *Marilou* pourraient ici correspondre au sentiment d'obligeance, c'est-à-dire le sentiment de devoir d'aide, qui sous-tendrait la position du sauveur dans le triangle dramatique de Karpman (1968).

En ce qui concerne l'identité hôte, Steele, Van der Hart et Nijenhuis (2009) la conceptualisent en tant que « la partie apparemment normale de la personnalité ». Selon ces auteurs, cette partie d'une personne présentant de la dissociation pathologique

s'efforce d'avoir une vie normale et d'éviter les souvenirs traumatiques, de même que ce qui y est associé. Ils expliquent aussi que cette identité présenterait un déficit au plan de la subjectivation, la subjectivation se définissant comme la construction d'un psychisme différencié (Richard & Wainrib, 2006). Ceci pourrait être concordant avec nos résultats démontrant statistiquement que *Manon* présente davantage de transfert évitant que l'identité de l'enfant. En effet, le fait que l'identité hôte soit peu subjectivée pourrait signifier une moindre appropriation de ses enjeux transférentiels, donc de certaines composantes intrapsychiques qui pourraient permettre de la définir. Ceci pourrait se traduire par un évitement de ces dernières dans la relation thérapeutique. Au contraire, l'identité de l'enfant semblait affronter directement ses émotions, ses pensées et ses comportements avec la thérapeute, comme le démontrent ses réactions intempestives et la peur de l'abandon décrites plus haut.

Le fait que l'identité hôte, *Manon*, ne présente aucune différence quant au transfert au point de vue statistique avec l'identité du sauveur, *Marilou*, pourrait s'expliquer par des similarités entre ces deux identités. Ceci pourrait se retrouver dans une certaine neutralité affective que semble décrire la littérature (Allison, 1974; Steele et al., 2009). Cet élément serait décelable, d'une part, par le manque de subjectivité de l'identité hôte, et d'autre part, par le fait que la mission de protection de l'identité du sauveur peut l'amener à se montrer réservée.

L'ensemble des résultats obtenus suggère qu'il n'est pas possible de prédire le transfert sur la base des relations d'objet, puisque les résultats de *Manon* ont démontré que chaque identité présentait un transfert différent, contrairement aux relations d'objet. Ces résultats sont donc contraires à ce que la littérature suggère (Liotti, 1995; Loewenstein, 1993). Ceci peut paraître difficilement interprétable, puisqu'un solide corpus de théorisations cliniques reconnaît que le transfert est l'incarnation ou la traduction des relations d'objet d'une personne (Diguer et al., 2008; Greenson, 1977; Yeomans et al., 2002). Plutôt que de penser que ceci remettrait en cause cette conceptualisation, nos résultats pourraient plutôt être interprétés comme étant deux niveaux ou deux modes d'expression différents d'une même réalité psychique, qui concernent les relations d'objet et leur expression transférentielle. Par exemple, comme nous l'avons avancé dans la discussion au deuxième article, il est possible que nos résultats reflètent l'expression d'un attachement désorganisé, les différents transferts représentant les réponses contradictoires et incohérentes envers la figure d'attachement, alors que la relation d'objet limite commune à toutes les identités pourrait représenter le fonctionnement limite qui sous-tendrait l'attachement désorganisé. Également, en nous appuyant sur la théorisation clinique d'O'Neil (2009), il a été postulé qu'il est possible d'envisager que le PODF a pu mesurer le niveau dominant de relations d'objet commun à toutes les identités, alors que le PRQ a pu mesurer le niveau subordonné de relation d'objet, spécifique à chaque identité.

Les résultats obtenus rejoignent également une proposition de Liotti (1995), à l'effet que les manifestations du triangle dramatique de Karpman (1968) seraient liées à un seul et même système motivationnel ou un même état mental, qu'il conceptualise comme une demande d'aide désespérée, effrayée et souvent inconsciente. Comme nous l'avons avancé plus tôt, les différences démontrées par nos résultats au niveau des manifestations transférentielles des identités pour le cas que nous avons étudié suivraient logiquement les rôles du triangle de Karpman (1968). Ces rôles seraient liés à un même état mental, qui pourrait se trouver au niveau de la nature anaclitique propre à la relation d'objet limite, celui-ci pouvant s'apparenter à la demande d'aide désespérée décrite par Liotti (1995), puisque l'anaclistime chez les états limites serait lié à une forte angoisse d'abandon et de perte de l'objet, de même qu'à une avidité relationnelle (Bergeret, 1975; Greenson, 1959). Greenson (1959) a même décrit une forte relation de dépendance et un désir d'être sauvé chez les états limites.

Également, une explication possible de cette différence entre nos résultats et la littérature (Diguer et al., 2008 ; Greenson, 1977; Liotti, 1995; Loewenstein, 1993; Yeomans et al., 2002) aurait pu être une mauvaise utilisation des outils, qui aurait biaisé les résultats obtenus. Par contre, comme nous venons tout juste de l'énoncer, ceci pourrait plutôt s'expliquer par le fait que les instruments utilisés, le PODF et le PRQ ont mesuré deux niveaux d'un même phénomène. De plus, l'utilisation qui a été faite du PODF était fidèle à celle recommandée par les auteurs de l'outil, soit une cotation effectuée à partir de notes cliniques. D'autre part, le fait que nous ayons coté le PRQ

pour des séances individuelles à partir de notes, alors qu'il est généralement prescrit pour être utilisé par un clinicien pour l'ensemble des séances effectuées avec un patient à partir de la mémoire qu'il conserve de ces séances, pourrait même avoir bonifié la précision des résultats. En effet, il est possible de penser que les notes ont permis d'éviter le biais de la subjectivité de la mémoire et sont donc garantes d'une certaine objectivité (McLeod, 2002 ; Messer, 2007 ; Messer & McCann, 2005 ; Stiles, 2007). De plus, le fait que l'outil ait été coté pour des séances spécifiques pourrait avoir permis d'obtenir une compréhension plus précise qu'une investigation globale des types de transfert présents.

Tel qu'avancé dans le deuxième article, il serait nécessaire pour le clinicien d'identifier le niveau dominant de relation d'objet propre à toutes les identités. En respectant le modèle en trois phases recommandé par la littérature (International Society for the Study of Dissociation, 2011), ceci permettrait d'orienter la forme des interventions thérapeutiques, puisqu'il est généralement reconnu dans l'approche psychodynamique/analytique qu'il est important de tenir compte de la structure de la personnalité d'un individu dans les interventions auprès de ce dernier (McWilliams, 1994). La poursuite de recherches s'intéressant au type d'organisation de la personnalité des personnes présentant un TDI pourrait donc avoir un impact important au plan psychothérapeutique.

Par exemple, dans le traitement de personnes présentant une organisation limitée de la personnalité, Mc Williams (1994) recommande de ne pas interpréter le transfert selon une perspective développementale, c'est-à-dire en liant le transfert à une figure du passé du patient, comme il pourrait être utile de le faire pour des personnes ayant une organisation névrotique. Plutôt, elle recommande d'offrir des interprétations liées à l'ici/maintenant et à la confrontation des défenses primitives. Elle parle aussi de l'importance d'utiliser le tact et la délicatesse dans les interprétations et d'offrir au patient les explications qui sous-tendent l'interprétation, afin de diminuer leur méfiance. Ainsi, comme rapporté dans la vignette clinique, à un certain moment, lors de sa démarche thérapeutique, *Manon* avait été très déprimée et désespérée. Elle s'était donc appuyée sur la thérapeute pour être supportée et avait fait appel à un centre de crise pour éviter une possible tentative de suicide. Lors de la séance suivante, la patiente s'était montrée très critique envers les interventions faites par la thérapeute et avait présenté une attitude autosuffisante, comme si elle n'avait plus besoin de cette dernière. Aussi, elle avait rapidement repris ses activités avec beaucoup d'énergie et de détermination, ceci pouvant même s'apparenter à des mécanismes de défense hypomaniaque. Il semblait aussi que la patiente tentait de démontrer à la thérapeute à quel point elle pouvait être autonome et fonctionnelle, en reprenant ses activités quotidiennes avec plus d'énergie que jamais. Ceci a été interprété comme un déni face aux affects dépressifs qu'elle venait de connaître et le besoin de support concomitant qu'elle avait alors ressenti envers la thérapeute. Ce déni semblait prendre la forme de réactions hypomaniaques, ces dernières pouvant être du déni de par le refus de reconnaître la

réalité d'un état dépressif qu'elles impliquent (McWilliams, 1994). Une intervention inspirée des recommandations de McWilliams (1994) a alors été utilisée et pourrait se formuler ainsi : « Pensez-vous que vous réagissez en ce moment à ce qui s'est passé dans votre vie et entre nous quand vous alliez moins bien dans les dernières semaines? Ceci pourrait vous avoir effrayé de vous être vu comme dépendante de moi, surtout que nous savons à quel point il est important pour vous d'être autonome et en contrôle dans votre vie. Il semble que vous vous défendez peut-être de cette dépendance en me montrant bien comment vous n'avez pas besoin de moi. On dirait d'un côté que vous essayez de me le montrer en me disant que mes interventions sont inadéquates pour vous. D'un autre côté, avec toute l'énergie avec laquelle vous avez repris votre vie quotidienne, on pourrait peut-être penser qu'il est rassurant pour vous de vous sentir fonctionnelle et donc de sentir, et de me faire sentir, que vous n'avez pas besoin de moi, votre thérapeute, ni de votre thérapie. J'aimerais savoir ce que vous en pensez? »

Les implications de cette thèse sont nombreuses et découlent principalement du fait qu'elle était essentiellement motivée par des préoccupations cliniques. L'originalité du premier article est d'avoir permis de mettre en lumière l'impact que pourrait avoir l'AD caractérisant le TDI sur le transfert dans le traitement de ce trouble. Cet article constitue la première revue de la littérature s'attardant à l'influence de l'AD sur le transfert des personnes souffrant d'un TDI.

De son côté, une force du deuxième article se situe dans le fait qu'il s'agit de la première étude, à notre connaissance, à tenter d'objectiver le transfert chez une personne atteinte d'un TDI. Elle est, par conséquent, la première à tenter d'objectiver l'hypothèse théorico-clinique postulant que chaque identité du TDI pourrait présenter une relation d'objet, de même qu'un transfert spécifique à chaque identité. Les résultats de cette expérimentation, supportant empiriquement une mise en relation du transfert et de l'AD chez le TDI, constituent également un apport majeur de cette thèse. Les conclusions qui en découlent sont importantes, car elles pourraient avoir un impact direct sur le traitement clinique du TDI et constituent une amorce de validation empirique des recommandations déjà proposées par certains auteurs (Barach, 1991; Blizard, 2003; Liotti, 2006; Liotti, Mollon, & Miti, 2005 ; Richardson, 2002).

Une autre force de cette étude se situe dans le devis utilisé, soit l'étude de cas quantitative d'approche psychodynamique/analytique. L'étude de cas est effectivement idéale pour l'étude des relations d'objet et du transfert tels qu'exprimés chez les personnes souffrant d'un TDI, puisqu'elle permet d'étudier en profondeur et de manière contextualisée ces phénomènes. De même, le fait que cette étude de cas s'appuie sur des données longitudinales tirées d'une psychothérapie lui apporte une grande richesse clinique et scientifique. Cette étude de cas présente aussi l'avantage d'avoir respecté plusieurs recommandations concernant l'utilisation de l'étude de cas comme méthodologie, ce qui lui confère une indiscutable rigueur scientifique.

En effet, les données sont tirées des notes de la thérapeute. Ces notes sont exhaustives et contiennent les thèmes abordés lors des séances de la psychothérapie effectuée durant dix-neuf mois avec la participante, de même que les éléments du transfert et du contre-transfert. Ces notes ont été rédigées après chaque séance de psychothérapie afin d'éviter le biais dû à la fragilité de la mémoire qu'aurait amené un plus grand délai entre la prise de notes et la séance, comme le suggère Messer (2007). Aussi, la justification du choix du cas est effectuée, comme recommande de le faire Fishman (1999, 2005). De plus, des précautions ont été prises pour que la prise de mesure n'influence pas la variable (Fonagy & Moran, 1993). En effet, les mesures ont été effectuées rétroactivement à partir de notes tirées de la psychothérapie.

Afin d'éviter le biais subjectif de la thérapeute (Green, Gleser, Stone, & Seifert, 1975), des mesures ont été mises en place afin de diversifier ou trianguler les sources d'évaluation utilisées, tel que suggéré par McLeod (2002), Messer (2007), Messer et McCann (2005) et Stiles (2007). Ceci a été effectué à la fois pour les variables à l'étude et pour le diagnostic de la participante. Une fidélité interjuge, détaillée dans l'introduction de cette thèse, a donc été utilisée. De plus, la présence chez la patiente du trouble psychologique à l'étude a été évaluée par un psychologue d'expérience extérieure au projet de recherche et qui ne connaissait pas la participante, de même que par l'administration à la participante de la version française d'une échelle auto administrée mesurant les expériences dissociatives, la *Dissociative Experiences Scale*

(Bernstein & Putnam, 1986; Boon & Draijer, 1993b; Carlson et al., 1993; Frischholz et al., 1990).

Cette recherche a toutefois les inconvénients de ses avantages. En effet, le fait que les résultats de la présente étude proviennent d'un cas unique ne nous permet pas de les généraliser à la population présentant un TDI. Par ailleurs, les conclusions de cette étude demeurent scientifiquement significatives, car elles permettent de démontrer que de tels phénomènes peuvent être observés.

Certaines recommandations concernant l'étude de cas n'ont pu être suivies et sont des limites à notre étude. Par exemple, Fonagy et Moran (1993) recommandent pour les analyses quantitatives d'une étude de cas que les propriétés psychométriques de l'étude de cas unique soient prises en considération lors des analyses, puisqu'elles sont différentes de celles des données quantitatives d'un groupe. Dans cette étude, pour les postulats de l'analyse que nous avons effectuée pour la variable des relations d'objet, celui de la relation linéaire entre les variables dépendantes et l'absence de multicollinéarité et de singularité est respecté. Le postulat qui n'est pas observé est celui de la normalité des variables dépendantes. Le postulat de l'homogénéité de la matrice des variances et covariances n'a pu être calculé, puisqu'il existe moins de deux matrices de covariances non singulières. Pour les postulats de l'analyse que nous avons effectuée pour la variable du transfert, ils sont respectés en ce qui concerne les postulats de l'homogénéité de la matrice des variances et covariances, de même que la relation

linéaire entre les variables dépendantes et l'absence de multicollinéarité et de singularité. Finalement, à la fois pour les variables des relations d'objet et du transfert, le nombre d'observations par identité est inégal, tout comme le fait que le nombre d'observations pour l'identité de *Roger* (quatre) est plus petit que le nombre des niveaux des variables dépendantes (cinq) pour les deux outils utilisés. Ces deux éléments ont donc pu affecter la puissance des analyses effectuées. Par ailleurs, le fait qu'il s'agisse de mesures répétées, donc que les quatre mêmes identités aient été mesurées plusieurs fois, en diminue la variance et *a fortiori* en augmente la puissance statistique (Tabachnick & Fidell, 1996).

Bien que certains postulats d'analyse n'ont pu être respectés, l'analyse des profils a été retenue afin d'analyser nos données, car cette méthode est bien adaptée à notre devis de recherche. En effet, elle est indiquée pour les situations où des sujets sont mesurés de manière répétée avec des variables dépendantes, comme dans notre étude. Également, cette méthode permet de comparer, entre des groupes, différents profils de réponses. Ceci peut être avantageux pour l'étude de cas, puisque l'analyse des profils de réponses permet de mettre en lumière des observations qui peuvent être très pertinentes cliniquement. Ces observations ne pourraient être dégagées par de simples statistiques. Par exemple dans cette étude la différence non statistiquement significative au niveau des relations d'objet entre, d'une part, *Manon*, *La petite Manon* et *Marilou*, et d'autre part, *Roger*.

Une autre recommandation favorisant la rigueur des études de cas qui n'a pas été respectée : le cas de *Manon* n'est pas décrit de manière suffisamment détaillée pour permettre au lecteur de se former sa propre représentation du cas qui est étudié, contrairement aux recommandations de Fishman (1999, 2005) et de Messer (2007). Par ailleurs, cette recommandation n'a pu être suivie par un souci de confidentialité. De même, une telle description aurait alourdi grandement la lecture du texte et nous considérons que les analyses quantitatives effectuées sont garantes d'une certaine objectivité. Également, Fishman (2000, 2005) recommande d'utiliser plus d'un outil pour une même variable. Ceci n'a pas été le cas dans cette étude, puisque le nombre d'outils permettant d'évaluer les relations d'objet et le transfert *a posteriori* et à partir de notes tirées d'une psychothérapie (comme nous l'avons effectué) sont, à notre connaissance, restreints.

L'utilisation que nous avons faite du PODF pourrait également être critiquée. En effet, l'item ordinal en cinq points sur les relations d'objet se veut le reflet du niveau de fonctionnement typique d'un individu. Son utilité pour saisir des variations subtiles chez un même individu pourrait être questionnée. Il pourrait également être avancé que d'autres instruments permettant de coter les relations d'objet avec plus de précision auraient pu être utilisés.

À cela, il est possible de répondre que le fait de coter des séances de psychothérapie *à posteriori* à l'aide du PODF se voulait un compromis entre la rigueur

méthodologique et un souci éthique. En effet, Barlow (2007) souligne le difficile équilibre à atteindre entre ces deux aspects dans le cadre des recherches menées auprès des personnes présentant un TDI.

Dans notre recension des écrits portant sur les instruments permettant l'évaluation des relations d'objet, seul le PODF semblait pouvoir atteindre ce difficile équilibre, puisqu'il permet d'être coté *à posteriori*, à partir de notes de psychothérapie. En effet, les autres instruments recensés nécessitent l'observation directe d'une séance ou de l'enregistrement vidéo d'une entrevue, ce qui aurait été inapproprié au plan éthique. En effet, Barlow (2007), mentionne que les chercheurs doivent être très sensibles au fait que les personnes présentant un TDI peuvent facilement se sentir observées, épiées, jugées (considérant les traumatismes qu'elles ont vécus). Il est également important de mentionner que les notes utilisées pour coter le PODF étaient assez exhaustives, comprenant le détail de tous les thèmes abordés, les réactions de la cliente face à la thérapeute et à la thérapie, et pouvaient donc assurer une certaine précision dans la cotation de l'instrument.

Une dernière limite de notre étude concerne les résultats de la fidélité inter-juge, tels que décrits dans l'introduction. Par ailleurs, rappelons que cette limite n'est pas majeure, puisque le degré d'accord obtenu (moyen) pour les deux outils assure tout de même une certaine fidélité.

Malgré ces limites, cette thèse se veut contribuer à l'avancement des connaissances sur le transfert chez les personnes présentant un TDI. Par contre, plusieurs questions importantes demeurent. Par exemple, il serait nécessaire de reproduire plusieurs devis identiques à cette étude et tenter d'obtenir une agrégation entre ces cas. Tout en conservant les avantages qu'amène l'étude de cas pour ce type d'étude, ceci pourrait être une façon de vérifier si les résultats que nous avons obtenus peuvent être généralisés (Hiliard, 1993; Iwakabe & Gazzola, 2009). Il pourrait aussi être intéressant de reproduire le même devis, mais avec un cas présentant des caractéristiques différentes de celui que nous avons utilisé pour cette étude, puisque les manifestations cliniques du TDI peuvent être variables (Shusta & Hochberg, 2004). Il pourrait être intéressant de voir si, malgré ces différences dans leurs présentations, les identités pourraient tout de même présenter des transferts différents, qui pourraient s'apparenter aux positions du triangle de Karpman (1968).

Une autre avenue de recherche pourrait être de tenter de vérifier empiriquement l'hypothèse postulant que le travail des différents transferts avec chaque identité favorise une intégration de ces dernières à l'identité hôte, comme le suggère la théorisation. Pour ce faire, une ou des études de cas longitudinales inspirées de la méthodologie proposée par Barlow (2007) pourraient être effectuées dans le cadre de psychothérapie (s). À cette fin, des mesures initiales du transfert pour chaque identité pourraient être utilisées afin de déterminer une ligne de base, qui permettrait de prendre en compte la mesure du transfert avant le début des prises de mesures. Par la suite, des prises de mesures du

transfert pourraient être effectuées à certains intervalles temporels réguliers pour chaque identité. La présence des différents transferts des identités pourrait être comparée à chaque prise de mesure avec la ligne de base. Ceci permettrait donc de mesurer si les différents transferts exprimés par les identités à la ligne de base tendent progressivement à s'exprimer au niveau de l'identité hôte, signe que ces transferts s'y seraient intégrés. Par exemple, dans notre étude, si cette hypothèse avait été vérifiée avec de telles mesures, il aurait pu être observé que *Manon* exprimait de plus en plus, au fil de la thérapie, des transferts qui étaient auparavant exprimés par d'autres identités.

Tel qu'avancé dans le second article et dans la discussion générale, il serait également important d'effectuer une étude afin de déterminer si les personnes présentant un TDI se situent toutes dans une organisation limite de la personnalité ou si elles pourraient se retrouver à la fois dans une organisation psychotique, limite ou névrotique. Une étude s'intéressant à la question pourrait procéder à l'évaluation de plusieurs cas de TDI à l'aide du PODF, en utilisant tous les éléments de l'outil, afin d'évaluer l'ensemble des éléments qui composent l'organisation de la personnalité.

De plus, il pourrait être utile pour la pratique thérapeutique des cliniciens de s'intéresser au pendant du transfert : le contre-transfert. Par exemple, il pourrait être évalué si les thérapeutes tendent à éprouver différents contre-transferts envers les identités de leurs patients présentant un TDI et, le cas échéant, si cela influence leurs attitudes et leurs interventions en les amenant à répondre aux identités de « manières

dissociées ». En effet, l'International Society for Study of Dissociation (2011) stipule qu'il serait contre-thérapeutique de répondre de manière différente aux identités, par exemple en parlant d'une voix douce et en utilisant des mots enfantins spécialement dans les interactions avec l'identité de l'enfant, puisque ceci contribuerait à maintenir la dissociation en favorisant l'illusion que les identités sont des personnes indépendantes.

Il serait également pertinent de procéder à des études sur les relations d'objet, le transfert et le contre-transfert dans le traitement du TDI par de la recherche qualitative inspirée de l'approche psychodynamique/analytique. Ce type de recherche tente de rendre compte de la réalité psychique par le biais d'une investigation rigoureuse de la subjectivité, notamment en accordant une grande place à l'inconscient dynamique (Brunet, 2009). En effet, aucun paradigme ne pouvant prétendre aborder de façon totale le phénomène qu'il étudie, ceci pourrait permettre de générer des résultats complémentaires à ceux de la présente étude. D'une part, un type de recherche comme la nôtre est garante d'une certaine objectivité. D'autre part, une approche utilisant la subjectivité comme levier de connaissances pourrait permettre de rendre justice au caractère idiosyncrasique des relations d'objet et du transfert propres à chaque personne. De fait, la littérature reconnaît que la subjectivité est un des éléments importants qui concerne les phénomènes psychiques tels qu'appréhendés par l'approche psychodynamique et donc, les relations d'objet et le transfert (Brunet, 2009; Brunet & Casoni, 2009; Kachele, Thomas, & Schachter, 2008).

Conclusion

Je lui dois cette absence d'illusions qui nous empêche d'être par trop déçus par la défaite de nos attentes, tout en laissant intact et même en l'accentuant notre goût de la vie.

Pontalis (2007, p. 177)

Cette thèse portait sur le transfert tel que vécu par les personnes atteintes d'un trouble dissociatif de l'identité (TDI), un aspect incontournable à considérer dans le traitement de cette pathologie. Le premier article est une revue de la littérature sur le sujet. Un lien y est également effectué entre l'attachement désorganisé (AD), qui caractérise le TDI, et son impact sur le transfert. Le deuxième article est une expérimentation cherchant à vérifier si les relations d'objet et le transfert sont dissociés chez les personnes présentant un TDI. Les résultats ont démontré que les relations d'objet n'étaient pas dissociées entre les identités, contrairement au transfert. Il a été postulé que ces résultats pourraient supporter la mise en relation du transfert et de l'AD chez le TDI.

Les implications cliniques qui découlent de cette thèse sont nombreuses. Tout d'abord, la revue de la littérature permet aux cliniciens s'intéressant au traitement du TDI d'obtenir une synthèse leur permettant d'identifier les éléments majeurs propres au transfert chez le TDI. Ces éléments sont accompagnés de suggestions cliniques pouvant leur permettre d'adapter leurs techniques thérapeutiques aux éléments qui sont particuliers aux personnes souffrant d'un TDI dans le travail du transfert.

Afin de généraliser leur portée clinique à l'ensemble des cas, les résultats qui découlent de l'expérimentation doivent être reproduits dans d'autres études. S'ils étaient

reproduits, les résultats proposant que les relations d'objet ne sont pas dissociées entre les identités impliqueraient que les interventions thérapeutiques dans le traitement du TDI soient orientées selon ce qui est généralement recommandé pour cette structure de personnalité (McWilliams, 1994), tout en respectant le modèle en trois phases recommandé par l'International Society for Study of Dissociation (2011). Une généralisation des résultats impliquerait par ailleurs que le travail avec les clients présentant un TDI adresse le transfert de chaque identité, tel que suggéré par Wilbur (1988).

Une contribution majeure de cette thèse est le rapprochement effectué entre l'AD et le transfert du TDI. Ce lien a tout d'abord été effectué dans la revue de littérature et a été suggéré par les résultats de l'expérimentation. Cette association entre l'AD et le transfert du TDI pourrait orienter de manière spécifique le traitement. Le rapprochement entre le transfert et l'AD implique de revoir l'importance accordée à ce qui était considéré historiquement, théoriquement et cliniquement comme un élément majeur du traitement du TDI soit, le travail du traumatisme. En effet, la présence de l'AD suppose de plutôt travailler en priorité les enjeux liés à l'attachement chez le TDI, ou de les travailler avec autant d'attention que les traumas et les processus dissociatifs (Barach, 1991 ; Blizard, 2003 ; Liotti, 2006 ; Liotti, Mollon, & Miti, 2005 ; Richardson, 2002), un élément qui pourrait aussi favoriser l'intégration psychique (Barach & Comstock, 1996), l'objectif global du traitement (International Society for the Study of Dissociation, 2011).

Aussi, les découvertes de cette étude et les implications cliniques qui en découlent et qui sont suggérées dans le deuxième article ne doivent pas être utilisées systématiquement et sans jugement clinique, puisque l'expression du transfert en psychothérapie est unique et idiosyncrasique (Greenson, 1977). Il nous est donc possible de penser que ce soit le cas pour chaque identité qui représente des parties des personnes atteintes du TDI.

L'utilisation de la fonction auto-méta, théorisée par Donnet (1995), Lasvergnas (2000) et Rousillon (1995) pourrait être un outil utile pour ce faire. La fonction auto-méta est un processus psychique autoréflexif conscient, préconscient et inconscient d'un individu, qui informe le moi de l'activité de symbolisation qui a lieu à l'intérieur du sujet. Il s'agit d'une appropriation subjective. Le processus *auto* réfère au fait d'avoir accès à des impressions subjectives au niveau du ressenti, des perceptions et du senti, alors que le processus *méta* réfère à un effort de théorisation et d'interprétation (Rousillon, 1995). Il s'agit d'une double opération, dont les deux composantes se nourrissent mutuellement, l'une étant intrinsèquement liée à l'autre (Donnet, 1995). Son utilisation en psychothérapie d'approche psychodynamique/analytique peut être particulièrement utile pour aborder la psyché humaine (Donnet, 1995; Lasvergnas, 2000; Rousillon, 1995).

Ainsi, la connaissance par le clinicien du transfert des identités de son patient présentant un TDI peut donc s'étayer sur cette fonction psychique double, qui d'une part

perçoit subjectivement le transfert, et d'autre part, le théorise. Par exemple, les positions du triangle dramatique de Karpman peuvent servir d'appui théorique pour le clinicien afin d'analyser l'expression du transfert des identités typiques retrouvées chez le TDI (victime, sauveur et bourreau). Par ailleurs, ce même clinicien devrait demeurer sensible pour ce faire à son expérience et à sa subjectivité, afin de raffiner sa compréhension du phénomène transférentiel en fonction de ce qu'il ressent, perçoit et sent, ce qui peut rendre l'interprétation qu'il fera du transfert plus juste et sensible.

Bien que cette thèse fait état d'un grand intérêt des théoriciens pour le transfert tel qu'il est vécu chez les personnes atteintes d'un TDI, il est surprenant de constater que l'approche psychodynamique/analytique ait peu porté attention à la dissociation comme mécanisme psychologique, voire même qu'elle y soit considérée comme indésirable (O'Neil, 2009). Blizard (2003) explique que les traumatismes qu'ont vécus les personnes présentant un TDI suscitent naturellement la dissociation, et donc que la psychanalyse a créé ses propres défenses pour ne pas avoir à composer avec les contenus difficiles qui y sont liés. O'Neil (2009) prône donc que la psychanalyse s'intéresse à la dissociation, ce qui pourrait se matérialiser par une plus grande reconnaissance de ce phénomène clinique par les cliniciens psychanalytiques, de même que par un intérêt de ces derniers pour traiter les patients présentant ces types de pathologies. À notre avis, ces personnes en seraient avantagées, car l'approche psychodynamique/analytique est une approche particulièrement riche pour le traitement de la dissociation, notamment à cause de l'attention qu'elle porte à l'intégration de l'histoire du sujet, à l'inconscient et à ces

phénomènes que sont le transfert et la répétition. Une plus grande attention portée à la dissociation dans la formation des futurs cliniciens de toute approche éviterait également plusieurs écueils à de nombreux patients dans leur parcours en santé mentale puisque, comme il a été abordé dans cette thèse, le TDI est parfois confondu avec d'autres troubles et il peut être très long avant que les personnes qui en souffrent reçoivent le bon diagnostic. Réciproquement, la psychanalyse et ses théories seraient enrichies d'une meilleure connaissance de la dissociation comme mécanisme psychologique, d'autant plus qu'il semble que les psychologues d'orientation psychodynamiques/analytiques et les psychanalystes pourraient être les mieux placés pour entendre et soigner les grandes souffrances (Rousillon, 2009), auxquelles la dissociation fait écho. La dissociation étant un phénomène psychologique unique, révélateur de mécanismes psychiques et défensifs complexes, une meilleure connaissance de ce phénomène au niveau de la psychanalyse serait un pas de plus afin de comprendre et de mieux traiter certains grands traumatismes humains, dont souffre une part trop grande de la population.

Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allison, R. B. (1974). A new treatment approach for multiple personalities. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 15-32.
- Alpher, V. S. (1991). Assessment of ego functioning in multiple personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 56, 373-387.
- Alpher, V. S. (1992). Introject and identity: Structural-interpersonal analysis and psychological assessment of multiple personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 58, 347-367.
- Alpher, V. S., Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1990). Dynamic factors in patient assessment and prediction of change in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 350-61.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 éd., éd. rév.). Washington, DC: Auteur.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Barach, P. M., & Comstock, C. M. (1996). Psychodynamic psychotherapy of dissociative identity disorder. Dans L. K. Michelson & W. J. Ray (Éds), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives* (pp. 413-429). New York, NY: Plenum Press.
- Barlow, R. (2007). Researching dissociative identity disorder: Practical suggestions and ethical implications. *Journal of Trauma and Dissociation*, 8, 81-96.
- Bartko, J. J., & Carpenter, W. T. (1976). On the methods and theory of reliability. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 307-317.
- Bell, M. (1989). *An introduction to the Bell object relations reality testing inventory*. West Haven, CT: Auteur.
- Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1985). A scale on the assessment of object

- relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 733-741.
- Bell, M., Billington, R., & Becker, B. (1986). A scale for the assessment of reality testing: Reliability, validity and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 506-511.
- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états-limites*. Paris : Payot.
- Berstein, E. M., & Putnam, F. (1986). Development, reliability and validity of dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-734.
- Bliss, E. S., & Jeppsen, A. (1985). Prevalence of multiple personality among inpatients and outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 142, 250-251.
- Blizard, R. A. (1997a). The origins of dissociative identity disorder from an object relations and attachment theory perspective. *Dissociation*, 10, 223-229.
- Blizard, R. A. (1997b). Therapeutic alliance with the abuser alters in DID: The paradox of attachment to the abuser. *Dissociation*, 10, 246-254.
- Blizard, R. A. (2001). Masochistic and sadistic ego states: Dissociative solutions to the dilemma of attachment to an abusive caretaker. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 37-58.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states & a relational approach to treatment. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4, 27-50.
- Blizard, R. A., & Bluhm, A. M. (1994). Attachment to the abuser: Integrating object-relations and trauma theories in treatment of abuse survivors. *Psychotherapy*, 31, 383-390.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands : A clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993b). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with Cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126-135.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2^e éd.). New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger*. New

York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical application of attachment theory*. London: Routledge.
- Bradley, R., Hein, A. K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.
- Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., Pain, C., & Putnam F. W. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 301-308.
- Braun, B. G. (1984). Towards a theory of multiple personality and other dissociative phenomena. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 171-193.
- Brenner, I. (2001). *Dissociation of Trauma: Theory, phenomenology and technique*. Madison, CT: International Universities Press.
- Breuer, J., & Freud, S. (1893-1895). *Études sur l'hystérie*. Paris: Presse universitaires de France.
- Briere, J. (1989). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. New York, NY: Springer.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bromberg, P. (2003). *Dissociation and personality disorders: Configurations of self-states "on alert" for trauma*. Communication présentée à la vingtième Conférence de la Société internationale pour l'étude de la dissociation, Chicago, États-Unis.
- Brown, D. W., Frischolz, E. J., & Schefflin, A. W. (1999). Iatrogenic dissociative identity disorder: An evaluation of the scientific evidence. *Journal of Psychiatry and Law*, 27, 369- 638.

- Brown, D., Schefflin, A. W., & Hammond, D. C. (1998). *Memory, trauma, treatment and the law*. New York, NY: W.W. Norton & Co.
- Brunet, L. (2009). La recherche psychanalytique et la recherche sur les thérapies psychanalytiques. Réflexions d'un psychanalyste et chercheur. *Filigrane*, 18, 70-85.
- Brunet, L., & Casoni, D. (2009). *Profession psychologue*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Burton, N., & Lane, C. (2001). The relational treatment of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21, 301-320.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. Dans S. J. Lynn & J. Rhue (Éds), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York, NY: Guilford Press.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Carr, A. (1989). Countertransference to families where child abuse has occurred. *Journal of Family Therapy*, 11, 87-97.
- Chasan, J. B. (1979). *Research design in clinical psychology and psychiatry* (3^e éd.). New York, NY: Wiley.
- Chefetz, R. A. (1997). Special case transference and countertransference in the treatment of dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the dissociative disorders*, 10, 255-265.
- Chu, J. A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.
- Cicchetti, D. V., & Sparrow, S. A. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behaviour. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 127-137.

- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Coons, P. M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461-464.
- Coons, P.M. (1996). Clinical phenomenology of 25 children and adolescents with dissociative disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 361-373.
- Coons, P. M., Bowman, E. S., & Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 519-527.
- Coons, P.M., & Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personality: characteristics, etiology, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106-110.
- Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York, NY: W. W. Norton & Co.
- Courtois, C. A., Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. Dans C. A. Courtois & J. D. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders* (pp. 82-103). New York, NY: Guilford Press.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J, Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation, *Psychological Bulletin*, 138, 550-588.
- Dalenberg, C. J., & Palesh, O. G. (2004). Relationship between child abuse history, trauma and dissociation in Russian college students. *Child Abuse & Neglect*, 28, 461-474.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *Treating adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Diguer, L., Hébert, E., Gamache, D., Laverdière, O., Daoust, J.P., & Pelletier, S. (2006). *Personality organization diagnostic form (PODF) manual for scoring*. Document inédit, Université Laval, Québec, Canada.

- Diguer, L., Laverdière, O., & Gamache, D. (2008). Pour une approche empirique des relations d'objet. *Santé mentale au Québec*, 33, 89-114.
- Diguer, L., Normandin, L., & Hébert, É. (2001). *Personality Organization Diagnostic Form*. Document non publié, Université Laval, Québec, Canada.
- Donnet, J. L. (1995). *Le divan bien tempéré*. Paris: Presses universitaires de France.
- Eells, T. D. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3, 35-54.
- Egeland, B., & Susman-Stillman, A. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Development*, 52, 44-52.
- Fairbairn, W. R. D. (1935). Child assault. Dans E. F. Birtles & D. E. Scharff (Éds), *From instinct to self: Selected papers of W. R. D. Fairbairn* (1984, vol. 2, pp. 165-183). Northvale, NJ: Aronson.
- Fairbairn, W. R. D. (1940). Schizoid factors in the personality. Dans W. R. D. Fairbairn (Éd.), *Psychoanalytic studies of the personality* (1952, pp. 3-27). Boston, MA: Routledge & Keagan Paul.
- Fairbairn, W. R. D. (1943). The repression and the return of bad objects. Dans W. R. D. Fairbairn (Éd.), *Psychoanalytic studies of the personality* (1952, pp. 59-81). Boston, MA: Routledge & Keagan Paul.
- Fairbairn, W. R. D. (1944). Endopsychic structure considered in terms of object relationships. Dans W. R. D. Fairbairn (Éd.), *Psychoanalytic studies of the personality* (1952, pp. 82-136). Boston, MA: Routledge & Keagan Paul.
- Fairbairn, W. R. D. (1951). A synopsis of the author's views regarding the structure of the personality. Dans W. R. D. Fairbairn (Éd.), *Psychoanalytic studies of the personality* (1952, pp. 162-179). Boston, MA: Routledge & Keagan Paul.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object relations theory of the personality*. New York, NY: Basic Books.
- Fairbairn, W. R. D. (1958). On the nature and aims of psycho-analytical treatment. Dans E. F. Birtles & D. E. Scharff (Éds), *From instinct to self: Selected papers of W. R. D. Fairbairn* (1994, vol. 1, pp. 74-192). Northvale, NJ: Aronson.
- Fairbairn, W. R. D. (1963). An object-relations theory of the personality. Dans E. F. Birtles & D. E. Scharff (Éds), *From instinct to self: Selected papers of W. R. D. Fairbairn* (1994, vol. 1, pp. 155-156). Northvale, NJ: Aronson.

- Ferenczi, S. (1929). The principle of relaxation and neocatharsis. Dans M. Balint (Ed.), *Final contributions to the problems and method of psycho-analysis* (1980, pp. 108-125). London: Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1930). Notes and fragments: Thoughts on "pleasure in passivity". Dans M. Balint (Ed.), *Final contributions to the problems and method of psycho-analysis* (1980, pp. 224-227). London: Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1931). Notes and fragments: Relaxation and education. Dans M. Balint (Ed.), *Final contributions to the problems and method of psycho-analysis* (1980, pp. 236-238). London: Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between the adult and the child. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-231.
- Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York, NY: NYU Press.
- Fishman, D. B. (2000). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic "Journal of pragmatic case studies". *Prevention & Treatment*, 3, 1-25.
- Fishman, D. B. (2005). Editor's introduction to PCSP-From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 1, 1-50.
- Fongay, P., & Moran, G. S. (1993). Selecting single case research designs for clinicians. Dans N. E. Miller, L., Luborsky, J. P., Barber, & J. P. Docherty (Éds), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp.37-52). New York, NY: Basic Books.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 623-629.
- Freud, S. (1912). La dynamique du transfert. Dans S. Freud (Éd.), *La technique psychanalytique* (pp. 50-60). Paris : Presses universitaires de France.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., Shaeffer, D. M., Lewis, J., Leavitt, F., Pasquotto, J. N., & Schwartz, D. R. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, 3, 151-153.

- Gamache, D., Laverdière, O., Diguier, L., Hébert, E., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2009). The personality organization diagnostic form: Development of a revised version. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 368-377.
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin, 134*, 617-647.
- Gillen, K. J. (1995). *Childhood abuse as a predictor of dissociation versus borderline splitting*. (Thèse de doctorat, Biola University, Biola, États-Unis).
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A re-examination of the evidence. *Psychological Bulletin, 120*, 42-59.
- Goff, D. C., Olin, J. A., Jenike, M. A., Baer, L., & Buttolph, M. L. (1992). Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 332-337.
- Green, A. (1996). What kind of research for psychoanalysis? *Psychoanalysis: The Newsletter of the International Psychoanalytical Association, 5*, 10-14.
- Green, B. L., Gleser, G. C., Stone, W. N., & Seigert, R. F. (1975). Relationships among diverse measures of psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 689-699.
- Greenson, R. R. (1959). Phobia, anxiety & depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association, VII*, 663-674.
- Greenson, R. R. (1977). *Technique et pratique de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 768-774.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.

- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 373-380.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspectives. *Attachment and Human Development, 6*, 181-190.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasier, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychological Review, 25*, 1-23.
- Horevitz, R. P., & Braun, B. G. (1984). Are multiple personalities borderline? *Psychiatric Clinics of North America, 7*, 69-83.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- International Society for Study of Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation, 12*, 115-187.
- Interpersonal Institute. (1988). *SASB short form user's manual* (2^e éd.). Madison, WI: Auteur.
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research, 19*, 601-611.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York, NY: Macmillan.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing* (vol. 1). New York, NY: Macmillan.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning and Axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatry Research, 40*, 131-140.
- Jones, E. E. (1993). Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 371-372.

- Kachele, H., Thomas, H., & Schachter, J. (2008). Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research. Dans Kachele, H., Thomas H., & T. J. Schachter (Éds), *From psychoanalytic narrative to empirical single case research* (pp. 21-98). New York, NY: Routledge.
- Karadag, F., Şar, V., Tama-Gürol, D., Evren, C., Karagöz, M., & Erkiran, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1247-1253.
- Karpman, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7, 39-43.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ : Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1985). *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1986). *Sever personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O.F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (2^e éd., p.114-156). New York, NY: Guilford Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kirby, J. S., Chu, J. A., & Dill, D. L. (1993). Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse histories. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 258-263.
- Kirshner, L. A. (1973). Dissociative reactions: An historical review and clinical study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 49, 698-711.
- Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases, *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9-29.
- Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. Dans A. Tasman & S. M. Goldfinger (Éds), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 161-188). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Kluft, R. P. (1993). Clinical approaches to the integration of personalities. Dans R. P. Kluft, & C. G. Fine (Éds), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 101-103). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5e éd.). Paris: Presses universitaires de France.
- Lasvergnas, I. (2000). La théorie de l'entrevue préliminaire : avant-coup ou après-coup? Dans B. Tanguay (Éd.), *Le premier entretien et l'écoute psychanalytique* (pp.35-52). Toulouse : Presses universitaires du Mirail.
- Latz, T. T., Kramer, S. I., & Highes, D. L. (1995). Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1343-1348.
- Lilienfeld, S. O., & Lynn, S. J. (2003). Dissociative identity disorder: Multiple personalities, multiple controverses. Dans S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Éds), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 109-142). New York, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. Dans S. Goldberg, R. Muir, & J. Keer (Éds), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 346-363). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganized attachment as a model for the understanding of dissociative pathology. Dans J. Solomon & C. Georges (Éds), *Attachment disorganisation* (pp. 291-371). New York, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. (2004). The inner schema of borderline states and its connection during psychotherapy: A cognitive evolutionary approach. Dans P. Gilbert (Éd.), *Evolutionary theory and cognitive therapy* (pp. 137-160). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 55-73.
- Liotti, G., Mollon, P. & Miti, G. (2005). Dissociative disorders. Dans G. Gabbard, J. Beck, & J. Holmes. (Éds), *Oxford textbook of psychotherapy* (pp. 205-213). Oxford: Oxford University Press,.

- Lipschitz, D.S., Kaplan, M.L., Sorkenn, J., & Chorney, P. (1996). Childhood abuse, adult assault, and dissociation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 261-266.
- Loewenstein, R. J. (1993). Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorder. Dans R. Kluff & C. G., Fine (Éds), *Clinical perspectives on MPD*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Loewenstein, R.J., & Putnam, F.W. (2004). The dissociative disorders. Dans B.J. Kaplan & V. A. Sadock (Éds), *Comprehensive textbook of psychiatry* (8^e éd., pp. 1844-1901). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Loewenstein, R. J. (2007). Dissociative identity disorder : Issues in the iatrogenesis controversy. Dans E. Vermetten, M. Dorahy, & D. Spiegel (Éds), *Traumatic dissociation* (pp. 275-299). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911.
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 595-616.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal disrupted affective communication, maternal frightened or frightening behavior, and disorganized infant attachment strategies. Dans J. Vondra & D. Barnett (Éds), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research and current directions. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (3 Serial No. 258), 67-96.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relationship violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 520-554). New York, NY: Guilford Press.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of disssociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233-254.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening behavior the linking mechanism? Dans M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings

- (Éds), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M., & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states. Dans L. K. Michelson & W. J. Ray (Éds), *Handbook of dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical perspectives*, New York, NY: Plenum Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Éds), *Affective development in the infancy* (pp. 95-124). Westport: Ablex publishing.
- Mallinckrodt, B., Gantt, D., & Coble, H. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the client attachment to therapist scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- Masterson, J.F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach*: New York, NY: Brunner/Mazel.
- Masterson, J.F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: An integrated developmental approach*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Martin, M., Gagné, A., & O'Neil, J. A. (2011). Le trouble dissociatif de l'identité : plonger dans la multiplicité pour mieux comprendre l'unicité de son patient. *Psychologie Québec*, 28, 30-33.
- Martinez-Taboas, A. (1991). Multiple personality in Puerto Rico: Analysis of fifteen cases. *Dissociation*, 4, 189-192.
- Mathis, B. J. (1988). Dissociation and splitting: Two different continuums. *Psychotherapy in Private Practice*, 6, 21-28.
- McCallum, K. E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., & Wetzel, R. D. (1992). Dissociative symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 5, 227-235.
- McElroy, L. P. (1992). Early indicators of pathological dissociation in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 16, 833-846.
- McLeod, J. (2002). Case studies and practitioner research: Building knowledge through systematic inquiry into individual cases. *Counseling and Psychotherapy Research*, 2, 265-268.

- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York, NY: The Guilford Press.
- Merckelbach, H., Horselenberg, R., & Schmidt, H. (2002). Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Personality and Individual Differences, 32*, 695–705.
- Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). The causal link between self-reported trauma and dissociation: A critical review. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 245–254.
- Messer, S. B. (2007). Psychoanalytic case studies and the pragmatic case study method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*, 55-58.
- Messer, S. B., & McCann, L. (2005). Research perspectives on the case study: Single-case method. Dans J. S. Auerbach, K. N. Levy, & C. E. Schaffer (Éds), *Relatedness, self-definition and mental representation: Essays in honor of S. J. Blatt*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Middleton W., & Butler, J. (1998). Dissociative identity disorder: An Australian series. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*, 794-804.
- Mijolla, A. (Éd.). (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse: Concepts, notions, biographies, oeuvres, événements, institutions*. Paris: Calmann-Lévy.
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., & Erni, T. (1995). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 37*, 355-361.
- Murphy, P.E. (1994). Dissociative experiences and dissociative disorders in a nonclinical university student group. *Dissociation, 7*, 28-34.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 711-730.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma. Dans J. M. Goodwin & R. Attias (Éds), *Splintered reflections: Images of the body intrauma* (pp. 39-65). New York, NY: Basic Books.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfeld, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development & Psychopathology, 9*, 855-879.

- O'Neil, J. A. (2009). Dissociative multiplicity and psychoanalysis. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (Éds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 287-325). New York, NY : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Pasquini, P., Liotti, G., & The Italian Group for the Study of Dissociation. (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 110-116.
- Perry, J. C., Guelfi, J. D., Despland, J. N., & Hanin, B. (2004). *Échelles d'évaluation des mécanismes de défense*. Paris: Masson.
- Pontalis, J. B. (2007). *Elles*. Barcelone: Gallimard.
- Putnam, F. W. (1984). Dissociation and disturbances of self. Dans D. Cicchetti & S. L. Toth (Éds), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology : Vol. 5. Disorders and dysfunctions of the self*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, NY: Guilford.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: A review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 258-293.
- Putnam, F.W., & Loewenstein, R. J. (1993). Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *The American Journal of Psychiatry*, 50, 1048-1052.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York, NY: International Universities Press.
- Richard, F., & Wainrib, S. (2006). *La subjectivation*. Dunod: Paris.
- Richardson, S. (2002). Will you sit by her side? An attachment-based approach to work with dissociative conditions. Dans V. Sinason (Éd.), *Attachment, trauma and multiplicity* (pp. 149-165). East-Sussex: Brunner-Routledge.
- Rivera, M. (1991). Multiple personality disorder and the social system: 185 cases. *Dissociation*, 4, 79-82.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis clinical features, and treatment*. New York, NY: Wiley.

- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 503-517.
- Ross, C. A. (1995). Current treatment of dissociative identity disorder. Dans L. M. Cohen, J.N. Berzoff, & M. R. Elin (Éds), *Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies* (pp. 413-434). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fleisher, W. P., & Norton, G. R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1717-1720.
- Ross, C. A., Joshi, S. & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547-1552.
- Ross, C. A., Kronson, J., Doensgen, S., Barkman, K., Clark, P., & Rockman, G. (1992). Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 840-842.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L. Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- Ross, C. A., Norton, G. R., & Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.
- Roussillon, R. (1995). La métapsychologie des processus et la transitionnalité : pour une métapsychologie de l'écoute psychanalytique. *Bulletin de la société psychanalytique*, 35, 1-144.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme psychique. *Revue belge de psychanalyse*, 40, 25-42.
- Roussillon, R. (2009). *L'associativité psychique revisitée*. Conférence présentée au Xe congrès de la Société canadienne de psychanalyse, Québec, Québec.
- Şar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169-176.
- Saxe, G. N., Van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Leiberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1037-1042.

- Scarfone, D. (1996). Traumatisme, mémoire et fantasme : la réalité psychique. *Santé mentale au Québec, 21*, 163-176.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behaviour linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 54-63.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., & Bloom, M. (1999). Unresolved loss and infant disorganization: Links to frightening maternal behavior. Dans J. Solomon & C. George (Éds), *Attachment disorganization* (pp. 71-94). New York, NY: Guilford.
- Shusta-Hochberg, S. R. (2004). Therapeutic hazards of treating child alters as real children in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation, 5*, 13-27.
- Skinner, B. F. (1956). A case history in scientific method. *American Psychologist, 11*, 221-233.
- Somer, E. (2006). Dissociative disorders psychotherapy outcome research: In favor of single case studies. *Journal of Trauma & Dissociation, 7*, 1-5.
- Spiegel, H. (1986). Dissociation, double binds, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. Dans B. G. Braun (Éd.), *The treatment of multiple personality disorder* (pp. 61-78). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D., & Li, D. (1997). Dissociated cognition and disintegrated experience. Dans D. J. Stein (Éd.), *Cognitive science and the unconscious* (pp. 177-187). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.
- Steele, H., & Steele, M. (2003). Clinical uses of the Adult Attachment Interview. Dans M. Cortina & M. Marrone (Éds), *Attachment theory and the psychoanalytic process* (pp. 107-126). London: Whurr.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment. *Journal of Trauma & Dissociation, 2*, 79-116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*, 11-54.

- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S., (2009). The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (Éds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 239-258). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Stiles, W. B.(2007). Theory building case studies of counselling and psychotherapy. *Counseling and Psychotherapy Research*, 7, 122-127.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, S. (1996). *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Pearson.
- Tarnopolsky, A. (2003). The concept of dissociation in early psychoanalytic writers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 7-25.
- Tolmacz, R. (2006). Transference and attachment. Dans J. H. Obegi & E. Berant (Éds), *Attachment theory and research in the clinical work with adults* (pp. 269-292). New York, NY: The Guilford Press.
- Tutkun, H., Şar, V., Yargic, L. I., Ozpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.
- Van der Hart, O., & Dorahy, M. J. (2009). History of the concept of dissociation. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (Éds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.3-26). New York, NY : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatisation*. New York, NY: W. W. Norton.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.
- Van der Hart, O., Van der Kolk, B. A., & Boon, S. (1998). Treatment of dissociative disorders. Dans J. D. Bremner & C.R. Marmar (Éds), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 253-283). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Waldinger, R. J., Swett, C., Franck, A., & Miller, K. (1994). Levels of dissociation and histories of reported abuse among women outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 625-630.

- Westen, D. (2005) *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ) Manual*. Disponible à <http://www.psychsystems.Net/lab>.
- Wilbur, C. B. (1988). Multiple personality disorder and transference. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 1*, 73-76.
- Widlöcher, D. (1990). Le cas au singulier. *Nouvelle revue de psychanalyse, 42*, 285-302.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2002). *A primer of transference focused psychotherapy for the borderline patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Young, W. C. (1988). Psychodynamic and dissociation: All that switches is not split. *Dissociation : Progress in the Dissociative Disorders, 1*, 33-38.
- Zanarini, M. C., & Jager-Hyman, S. (2009). Dissociation and borderline personality disorder. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (Éds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 487-494). New York, NY : Routledge/Taylor & Francis Group.

Appendice A

Formulaire d'information et de consentement

Information concernant le projet de recherche

Titre du projet

La dissociation du transfert telle qu'exprimée par le trouble dissociatif de l'identité.

Responsable du projet

Lise Gagnon, psychologue, directrice de thèse et professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

Francine Fontaine, psychologue et superviseuse clinique à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, codirectrice de thèse et professeure associée au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

Co-chercheur

Ann-Marie Lambert, psychologue, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke.

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs responsables du projet affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Le projet de recherche vise à mener une étude de cas unique auprès d'une personne atteinte d'un trouble dissociatif de l'identité. Le trouble dissociatif de l'identité se manifeste par la présence de deux ou plusieurs identités ou « états de personnalité » distincts (chacun ayant ses modalités constantes et particulières de perception, de pensée et de relation concernant l'environnement et soi-même) chez une personne. Il y aurait donc une identité principale et des identités dissociées. Au moins deux de ces identités dissociées ou « état de personnalité » prennent tour à tour le contrôle du sujet. Le premier objectif de la recherche est de vérifier s'il existe une dissociation du transfert des identités dissociées (ou états de personnalité) chez le trouble dissociatif de l'identité, c'est-à-dire si le transfert est divisé entre les différentes identités dissociées. Le transfert s'observe entre autres à l'aide des réactions et des états émotionnels d'un client envers son psychothérapeute lors de la psychothérapie. Ce premier objectif vise donc à vérifier si chaque identité distincte présente un type de transfert particulier envers le thérapeute, donc si chaque état de personnalité réagit d'une manière spécifique au thérapeute. Le deuxième objectif de recherche est de vérifier si ce transfert dissocié s'intègre au niveau du transfert de l'identité principale au fil de la thérapie, c'est-à-dire si les réactions ou états émotionnels manifestés par l'identité principale envers le thérapeute comprendront graduellement au fil de la thérapie les réactions et les états émotionnels manifestés par les autres identités dissociées.

Déroulement du projet de recherche

Pour ce faire, la nature de votre participation consiste à ce que vous acceptiez que votre transfert (vos réactions et vos états émotionnels) vécu lors de votre psychothérapie avec Ann-Marie Lambert soit qualifié et objectivé, puisque vous présentez un trouble dissociatif de l'identité et êtes informée de cela. Pour participer à ce projet, vous devrez accepter que les notes dans votre dossier psychiatrique de HMR inscrites par Ann-Marie Lambert, de septembre 2007 à avril 2009, de même que des notes

personnelles d'Ann-Marie Lambert, rédigées durant votre psychothérapie, soient utilisées pour les fins de ce projet de recherche.

Pour ce faire, vous autorisez la co-chercheuse, à obtenir une copie de votre dossier psychiatrique à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont pour la période de votre psychothérapie de septembre 2007 à avril 2009 et à utiliser les notes personnelles rédigées durant votre psychothérapie comme données brutes. Enfin, votre participation nécessitera que vous acceptiez de remplir un questionnaire (DES) qui prend environ 30 minutes à compléter et cela se fera au bureau de Mme Marcelle Nerron Marsan à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et que vous participiez à une entrevue clinique d'environ 60 à 90 minutes, qui sera conduite par M. Alexandre Francisco, psychologue à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont à son bureau. Cette entrevue sera enregistrée et vous pourrez remplir le questionnaire le même jour que l'entrevue clinique. Vous n'aurez à vous déplacer qu'une seule fois.

Inconvénients associés à la participation au projet de recherche

Il est possible que vous éprouviez de l'inconfort psychologique ou une remise en question lors de l'entrevue clinique et du questionnaire mis à part le temps que vous consacrez à la participation à cette recherche.

Avantages associées à la participation au projet de recherche

Il est probable que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, vous contribuez à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychothérapie auprès des personnes avec le problème de dissociation.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à une des personnes responsables de la recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit.

Il est aussi possible que les chercheurs responsables du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche de l'HMR ou celui de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke, mette fin à votre participation sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet ne soit pas dans votre intérêt, ou si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer votre sécurité et rencontrer les exigences réglementaires. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, les données recueillies seront consignées dans un dossier de recherche tous les renseignements qui vous concernent. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans votre dossier psychiatrique. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, le dossier permettant de vous identifier ne sera accessible que par les chercheurs responsables.

Les chercheurs responsables du projet de recherche et les personnes participant au projet de recherche s'engagent à respecter la confidentialité des données recueillies. Les données recueillies seront conservées sous clé dans un lieu sécurisé par Ann-Marie Lambert. Les données de recherche incluant les enregistrements qui seront retranscrits sur bandes seront détruits une fois la thèse de doctorat terminée. Les données de recherche seront conservées pendant cinq ans et serviront en plus de la thèse à des communications et à des articles scientifiques. Seuls les chercheurs responsables du projet de recherche auront accès aux données. L'information recueillie pourra être utilisée, mais rien ne permettra de vous identifier.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les chercheurs responsables du projet détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Indemnisation en cas de préjudice et droits de la participante

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, ou si vous éprouvez un problème que vous croyez reliés à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Ann-Marie Lambert étudiante au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke et psychologue au (438) 888-3414 ou à l'adresse courriel suivante : Ann-Marie.Lambert@USherbrooke.ca.

Vous pouvez également contacter Lise Gagnon, directrice de thèse, psychologue et professeure au Département de psychologie à l'Université de Sherbrooke (819-821-1170 poste 2322) ou Francine Fontaine, codirectrice de thèse et professeure associées au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, psychologue à l'hôpital Louis-H. Lafontaine (514-323-1617 poste 234).

Aussi, vous pouvez joindre Shirley Desbois, votre psychologue à l'hôpital Maissonneuve-Rosemont (514-252-3400 poste 4888).

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'HMR (514-252-3510).

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'HMR et celui de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, ils

approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Vous pouvez les joindre au 514-252-3400 poste 5708 ou 821-8000 poste 62644.

Consentement au projet de recherche

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet ayant pour titre « La dissociation du transfert telle qu'exprimée par le trouble dissociatif de l'identité », qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice. Je déclare que moi et les chercheurs collaborateurs sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à informer la participante de tout élément que serait susceptible de modifier la nature de son consentement.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

Appendice B

Personality Organization Diagnostic Form

Appendice C

PSYCHOTHERAPY RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE

Please rate the following items on the extent to which they are true of the way your patient interacts with you and approaches therapy, where 1=not true at all, 3=somewhat true, and 5=very true. We know it is hard to generalize across a treatment of many weeks or months, but try to describe the way your patient has interacted with you over the course of the entire treatment. Do not worry if your responses appear inconsistent, since patients often respond in multiple ways to their therapists.

	<i>Not true</i>				<i>Very true</i>
	1	2	3	4	5
1. Feels helped by the therapist	1	2	3	4	5
2. Feels critical of the therapist	1	2	3	4	5
3. Tries to get the therapist to "take his or her side" in conflicts with other people	1	2	3	4	5
4. Feels angry toward the therapist	1	2	3	4	5
5. Feels deeply ashamed about his or her actions, wishes, symptoms, fantasies, etc.	1	2	3	4	5
6. Is sexually attracted to the therapist	1	2	3	4	5
7. Is competitive with the therapist	1	2	3	4	5
8. Is dismissive or devaluing toward the therapist	1	2	3	4	5
9. Seems to maintain distance from the therapist; tries to keep the therapist at arm's length	1	2	3	4	5
10. Is overly compliant	1	2	3	4	5
11. Feels nurtured by the therapist	1	2	3	4	5
12. Treats therapy like an intellectual exercise	1	2	3	4	5
13. Is oppositional; tends to disagree with the therapist's approach, comments, suggestions, etc.	1	2	3	4	5
14. Worries that the therapist cannot help him/her	1	2	3	4	5
15. Works hard in therapy	1	2	3	4	5
16. Is afraid of his/her attraction to the therapist	1	2	3	4	5
17. Feels mistreated or abused by the therapist	1	2	3	4	5
18. Feels like the therapist doesn't care	1	2	3	4	5
19. Feels fond of, or loving toward the therapist	1	2	3	4	5
20. Feels criticized by the therapist	1	2	3	4	5
21. Voices concerns that the therapist is not doing enough to help	1	2	3	4	5
22. Is afraid to open up and be vulnerable for fear of being or appearing weak, dependent, etc.	1	2	3	4	5
23. Idealizes the therapist	1	2	3	4	5
24. Worries that the therapist doesn't like him/her	1	2	3	4	5
25. Feels protective of the therapist; worries about hurting him/her	1	2	3	4	5
26. Is indifferent toward the therapist; expresses little feeling toward the therapist, either overtly or covertly	1	2	3	4	5
27. Is help-rejecting; seems to rebuff earnest efforts by the therapist to be helpful	1	2	3	4	5
28. Is provocative; tends to set up situations in which the therapist feels angry, attacked, or provoked	1	2	3	4	5
29. Is uncomfortable imagining that the therapist cares about him or her, despite obvious indications otherwise	1	2	3	4	5
30. Is uncomfortable feeling taken care of; experiences getting help as a failure, a loss of independence, etc.	1	2	3	4	5
31. Denies that the therapist means anything to him/her, despite obvious evidence to the contrary	1	2	3	4	5

	<i>Not true</i>	<i>Very true</i>			
	1	2	3	4	5
32. Requires or demands excessive contact, love, etc., from the therapist	1	2	3	4	5
33. Needs excessive reassurance from the therapist	1	2	3	4	5
34. Needs excessive admiration from the therapist	1	2	3	4	5
35. Wishes the therapist could be his/her spouse or lover	1	2	3	4	5
36. Vacillates between idealizing and devaluing the therapist	1	2	3	4	5
37. Vacillates between considerable involvement/investment in the therapy and thoughts of quitting	1	2	3	4	5
38. Is sexually seductive or flirtatious with the therapist	1	2	3	4	5
39. Plays the therapist off against another person (e.g., a parent, spouse, or other therapist)	1	2	3	4	5
40. Has trouble distinguishing his or her own thoughts and feelings from those of the therapist	1	2	3	4	5
41. Spends considerable time wondering or fantasizing about the therapist's spouse, marital partner, other relationships, etc.	1	2	3	4	5
42. Is afraid to speak his/her mind, for fear of provoking attack, dislike, etc., from the therapist	1	2	3	4	5
43. Tries hard not to feel, or admit feeling, sexually attracted to the therapist	1	2	3	4	5
44. Is uncomfortable thinking of the therapist as an authority figure; tries to reject the asymmetry in the relationship (e.g., by treating the therapist like a friend, "hired hand," etc.)	1	2	3	4	5
45. Is uncomfortable not feeling "in control" in therapy	1	2	3	4	5
46. Tries hard not to be, or feel, needy or dependent in therapy	1	2	3	4	5
47. Has difficulty committing to therapy; always seems to have "one foot out the door"	1	2	3	4	5
48. Appears comfortable in a child-like role in therapy; tends to draw parent-like responses from the therapist	1	2	3	4	5
49. Pulls for the therapist to be directive; wants the therapist to tell him/her what to do	1	2	3	4	5
50. Is consumed by therapy; is preoccupied with the therapist, therapy, etc.	1	2	3	4	5
51. Talks openly and self-reflectively about the therapy relationship	1	2	3	4	5
52. Is afraid of being abandoned by the therapist	1	2	3	4	5
53. Flies into rages at the therapist	1	2	3	4	5
54. Expresses anger, hostility, or discontent passively, by being late, having difficulty rescheduling, etc.	1	2	3	4	5
55. Needs to be special to the therapist; wants to be more important than the therapist's other patients	1	2	3	4	5
56. Is suspicious of the therapist's actions, motives, and intentions	1	2	3	4	5
57. Is overly interested in, or concerned about, the therapist's relationship with other patients	1	2	3	4	5
58. Behaves in ways that seem entitled (e.g., wants special favors, a lower fee than is warranted by his/her income, etc.)	1	2	3	4	5
59. Imagines s/he and the therapist are much more similar than they really are; seems to want to be "twins" with the therapist	1	2	3	4	5
60. Sees his/her own unacceptable thoughts or feelings in the therapist instead of in him/herself	1	2	3	4	5
61. Has trouble talking about own successes, achievements, or pride with the therapist	1	2	3	4	5
62. Has trouble talking about own failures or feelings of inadequacy with the therapist	1	2	3	4	5
63. Feels inferior to the therapist	1	2	3	4	5

Appendice D

Version française du Dissociative Experience Scale

Ce questionnaire comprend 28 questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivez ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues. Pour répondre aux questions, nous vous prions de déterminer avec quel degré la sensation décrite dans la question s'applique à vous et d'encercler le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

Exemple :

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

0 = jamais

100 = tout le temps, à chaque fois

1. Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou dans le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou parti de ce qui vient d'être dit. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles mêmes ne reconnaissent pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leurs vies (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme universitaire). Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Certaines personnes ont parfois le sentiment que leur corps ne leur appartient pas. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de vivre cet événement. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier, mais de le trouver étrange et inhabituel. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement entrain de leur arriver. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur. Encerchez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haute voix. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Il arrive à certaines personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux différentes personnes. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnante, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...). Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster). Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose. Encerclez le chiffre pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%