

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

Transference in the treatment of dissociative identity disorder: A review of literature and a case example

Ann Marie Lambert, D. Ps., Lise Gagnon, Ph. D. and Francine S. Fontaine, Ph. D.

Volume 39, Number 2, Fall 2014

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1027841ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1027841ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lambert, A. M., Gagnon, L. & Fontaine, F. S. (2014). Le transfert dans le traitement des personnes présentant un trouble dissociatif de l'identité : une revue de la documentation scientifique et une illustration clinique. *Santé mentale au Québec*, 39(2), 231–251. <https://doi.org/10.7202/1027841ar>

Article 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.

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

Ann Marie Lambert, D. Ps.^a

Lise Gagnon, Ph. D.^b

Francine S. Fontaine, Ph. D.^c

RÉSUMÉ Cet article revoit la documentation scientifique portant sur le transfert tel qu'il s'exprime chez les personnes atteintes du trouble dissociatif de l'identité (TDI). Puisque des traumatismes importants sont omniprésents dans l'histoire des personnes souffrant du TDI, les aspects post-traumatiques du transfert propres à ce trouble sont présentés. 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 CLÉS transfert, trouble dissociatif de l'identité, attachement désorganisé

Transference in the treatment of dissociative identity disorder: A review of literature and a case example

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

-
- Psychologue en pratique privée, Montréal, Québec, Canada; étudiante, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.
 - Psychologue, professeure, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.
 - 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.

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). Revue déjà été effectuée par Burton et Lane (2001), mais qui remonte à 13 ans déjà et plusieurs études, certaines citées dans cet article, ont été publiées depuis. De plus, la revue que nous présentons s'en distingue par le fait qu'elle considère 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 par « une perturbation de l'identité caractérisée par la présence de deux ou plusieurs identités ou "états de personnalité" distincts, pouvant être décrite dans certaines cultures comme une expérience de possession. Cette perturbation implique une discontinuité marquée du sentiment d'une identité unifiée et du sens de contrôle de soi, accompagnée par une altération de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la pensée et/ou du fonctionnement sensorimoteur. Ces signes et symptômes peuvent être observés par les autres ou rapportés par la personne. » Le trouble est également reconnu par « des trous de mémoire dans le rappel d'événements de la vie de tous les jours, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques trop marqués pour s'expliquer par une simple mauvaise mémoire. Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative et des difficultés d'adaptation sociale et d'employabilité ou dans d'autres domaines importants. » Finalement, « la perturbation ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement acceptée, de même que la perturbation n'est pas due aux effets d'une substance

ou d'une affection médicale générale» [traduction libre] (American Psychiatric Association, 2013, p. 292).

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 vécus 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 et Spiegel, 2012). De plus, 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 et Egeland, 1997; Pasquini, Liotti et The Italian Group for the Study of Dissociation, 2002; Steele et 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 où un enfant cherche du réconfort auprès d'une figure affective importante. Ces interactions deviennent éventuellement un type d'attachement et des modèles internes opérants, 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 affectives avec des personnes significatives au cours de sa vie (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1988). L'AD serait un type d'attachement particulièrement présent chez les enfants ayant des parents présentant des caractéristiques pathologiques: traumatisés, endeuillés, effrayés, effrayants, dissociés, négligents, intrusifs ou mal ajustés à leur enfant (Carlson, 1998; Carlson, Cicchetti, Barnett et Braunwald, 1989; Hesse et Main, 1999; Lyons-Ruth, Bronfman et Parsons, 1999; Lyons-Ruth et Jacobvitz, 1999; Main et Hesse, 1990; Main et Solomon, 1986; Schuengel, Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn, 1999; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn et Bloom, 1999; van IJzendoorn, 1995). Dans ces circonstances, l'enfant ne peut ni fuir le parent ni l'approcher pour se sécuriser. Cela 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 une figure d'attachement présentant des caractéristiques pathologiques. 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 se développant par la suite seraient par conséquent 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 uniques 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). Ainsi, le dilemme intenable de l'attachement désorganisé et l'alternance quasi simultanée d'approche et d'évitement de la figure d'attachement amèneraient une expérience de conscience altérée constituée, entre autres, de phénomènes de transe face à la figure d'attachement. Aussi Liotti (1995) précise que l'AD n'est pas marqué par deux pôles opposés qui seraient propres à une ambivalence ou à un clivage, mais plutôt par une succession rapide de différentes représentations incompatibles et incohérentes, caractérisant la nature désorganisée de cet attachement.

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 vécues comme réelles par la personne dans ses relations, particulièrement la relation thérapeutique (Greenson, 1977; Laplanche et 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 et Caligor, 2005; Masterson, 1976, 1981). Le transfert serait l'activation dans la relation thérapeutique des relations d'objet (Diguer, Laverdière et Gamache, 2008; Greenson, 1977; Yeomans, Clarkin et 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 et 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 propres aux troubles dissociatifs ou au TDI (Chefet, 1997; Loewenstein, 1993; McWilliams, 1994; Spiegel, 1986; Putnam, 1989).

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 sur le 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. Loewenstein fait également état d'expériences autohypnotiques amenant le patient à percevoir le thérapeute comme s'il était la personnification réelle d'un agresseur. Briere (1989) et Spiegel (1986) ont rapporté le même phénomène. Selon Putnam (1989), ceci peut même mener le thérapeute à effectivement agir inconsciemment comme la représentation d'une figure abusive, très souvent avec l'intention de contenir la dangerosité du patient. Il donne l'exemple d'une patiente qui, enfant, avait été attachée et forcée de faire des fellations à son père à répétition. Une fois adulte, elle avait été attachée et nourrie de force à plusieurs reprises

lors d'une hospitalisation, afin de contrer des symptômes anorexiques et autodestructeurs.

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 (Lowenstein, 1993).

Le deuxième impact du trauma sur le transfert, selon Davies et Frawley (1994), concerne les effets et les complications liés 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. La source courante de connaissance du transfert qu'est l'analyse des associations, des rêves et des résistances peut être bonifiée par l'observation des phénomènes dissociatifs, de leurs moments d'apparition et de leurs séquences. 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. Cela 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 et Comstock, 1996).

Le troisième effet concerne l'impact sur le transfert de la structure défensive présente chez les 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. En effet, ils permettent au patient de communiquer au thérapeute de l'information qu'il n'arrive pas à dire avec des mots et dont il n'est très souvent pas conscient lui-même. Dans le même ordre d'idées, Schwart (1994), de même que Burton et Lane (2001), avancent que les *acting out* des personnes ayant un TDI représentent

une mise en acte, au moyen du transfert, de représentations internes et dissociées des relations vécues avec la ou les personnes ayant perpétré le ou les traumatismes. Par exemple, le sens d'une tentative de suicide d'un client à la suite d'une séance particulièrement difficile doit être exposé de façon détaillée et compris avec ce dernier. Cela peut notamment vouloir dire pour le client qu'il ne fait pas confiance au fait que le thérapeute peut être là pour l'accompagner et l'aider à tolérer les traumatismes et/ou souvenirs et/ou affects difficiles qu'il vit, tout comme, enfant, il s'est trouvé seul et désespéré devant des parents qui étaient absents ou abandonnants face à sa réalité traumatique et difficile. Ces *acting out* peuvent aussi faire office de résistance, permettant au patient d'éviter certains sentiments ou souvenirs.

Schwartz (1994) suggère que cela 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 pour le thérapeute d'aider le patient à perlaborer ce qui se produit lors de ses *acting out*, afin de faire le lien avec la résistance du patient à l'émergence des émotions et des souvenirs dissociés (Burton et Lane, 2001).

Finalement, le quatrième effet concerne les réactions contre-transférentielles du clinicien face aux traumatismes, provenant de ses attitudes, de ses croyances et de ses expériences. Cet effet concerne aussi ses réactions face à certaines théories psychanalytiques, par exemple celles liées au trauma, qui peuvent avoir un impact sur la relation thérapeutique qu'il entretient avec un client. 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 à ces derniers avec hésitation, et donc créer des complications importantes dans la relation thérapeutique. À ce sujet, une attitude neutre relativement au degré de véracité des souvenirs et un souci de ne rien suggérer au patient concernant ces derniers seraient à préconiser (International Society for Study of Dissociation, 2011).

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 créées 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.

De son côté, 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 sur le plan du transfert thérapeutique chez ces personnes.

Le thérapeute doit donc se montrer digne de confiance, être très attentif et actif face aux manifestations de transfert 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 et Comstock, 1996).

Une autre composante importante du transfert est son aspect dissociatif (Loewenstein, 1993). Ceci peut notamment se manifester sur le plan 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 et 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 celui-ci. Ces processus cognitifs peuvent donc avoir comme point commun de faire office de résistance.

Comme mentionné précédemment, les identités du TDI peuvent avoir des réactions différentes face au thérapeute. Certaines de ces réactions ont été illustrées par l'explication de différents types de transferts possibles. Donc, le transfert pourrait aussi être dissocié entre les identités, c'est-à-dire que chaque identité du TDI présenterait un transfert qui lui est propre. Cela 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 (la relation d'objet déterminant le transfert selon la théorie psychanalytique). 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 suggéré, dans des études de cas de TDI, des variations significatives de relations d'objet entre les identités.

De son côté, Putnam (1989) souligne la multiplicité du transfert, 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 chacune des identités 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, 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. De son côté, 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.

Lambert, Gagnon, Fontaine et Descôteaux (soumis) ont toutefois suggéré, 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. Il est possible que les relations d'objet n'aient pas permis de déterminer le transfert, comme le prévoit la théorie psychanalytique, parce que les instruments utilisés pour respectivement mesurer le transfert et les relations d'objet ont mesuré deux phénomènes différents. En effet, comme mentionné plus haut, O'Neil (2009) suggère que les relations d'objet des personnes présentant un TDI se situeraient à deux niveaux. Il est donc possible de penser que l'outil mesurant le transfert ait implicitement mesuré le niveau subordonné de relation d'objet, le type différent pour chaque identité, alors que l'outil mesurant les relations d'objet ait permis de mesurer le niveau dominant, où un type de relation d'objet serait commun à toutes les identités. La présence de différents types de transfert pour chaque identité pourrait étayer la présence d'un AD chez le TDI. En effet, 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 et Marrone, 2003; Liotti, 1995; Mallinckrodt, Gantt et Coble, 1995; Tolmacz, 2006). Les différents transferts des identités pourraient donc 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 commun à toutes les identités.

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 adressée en consultation externe de psy-

chirurgie 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 vue 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 à la suite d'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. Cela 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. Lors 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 de la Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein et Putnam, 1986), une échelle autoadministrée permettant de mesurer la

fréquence des expériences s'apparentant à de la dissociation. Le diagnostic différentiel entre le TDI et d'autres troubles avec lesquels il peut souvent être confondu (notamment la psychose, le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité limite) a été effectué avec le résultat à la DES, de même qu'avec l'évaluation clinique rigoureuse effectuée par le clinicien. Le lecteur intéressé à ce sujet peut se référer à l'American Psychiatric Association (2013) et à l'International Society for Study of Dissociation (2011). Le consentement libre et éclairé de *Manon* a également été obtenu pour la participation au projet de recherche relatif à cette revue de la documentation scientifique.

Dès le début des consultations, les premières réactions transférentielles de *Manon* semblaient différentes, voire contradictoires. Elle semblait osciller entre le besoin de se relier à la thérapeute, de lui accorder sa confiance et la résistance à se dévoiler émotivement et à se montrer vulnérable. 4. Aussi, au moment où elle vivait une crise importante, elle s'était présentée en thérapie souffrante, avec des idées suicidaires imminentes. Du soutien lui avait alors été apporté, et il avait été convenu qu'elle séjournerait en centre de crise quelques jours. À 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 cela était que ce moment de vulnérabilité avait particulièrement 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 soutien 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 soutien qu'elle avait ressenti.

C'est lors de son premier récit des agressions sexuelles qu'elle a subies 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 enduré. 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. Cela se matérialisait dans le trans-

fert parce que souvent, à la fin des séances de psychothérapie, elle voulait rester. 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 la séance, elle refusait souvent et lui reprochait de ne pas lui accorder assez de temps, exprimant son désir de jouer avec elle et d'ainsi allonger la séance. Cela 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 d'avec la thérapeute ou de travailler à régler 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 traduire de la méfiance et s'avérait une tentative de contrôler 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 elle semblait se trouver dans une impasse 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 faire des propositions d'intervention à la thérapeute 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 se manifestait en thérapie, il est arrivé qu'elle se présente en consultation en prétendant ne pas connaître la thérapeute. La thérapeute a alors dû tenter de rebâtir un lien avec *Marilou* et de gagner sa confiance. Après 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 non averti 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 certes dissociés entre des identités, mais appartiennent à une seule et même personne. Comment comprendre la présence de ces transferts incohérents chez le TDI? 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 au 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 concernant les relations d'attachement 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 hostilité et désir d'être aimé, alors que Richardson (2002) décrit la présence simultanée du besoin d'être en lien et de 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. Dans cette vignette, le lien entre l'AD et les différents types de transfert des identités est illustré par les

réactions des identités envers le thérapeute et la thérapie qui pourraient être envisagées à la fois comme des manifestations de transfert et des manifestations d'attachement, puisque ces réactions ont en commun de concerner le lien affectif créé et maintenu avec la thérapeute. La présence désorganisée de l'attachement se reflète dans le fait que chaque identité présentait des comportements contradictoires dans cette relation avec la thérapeute. Par exemple, *la petite Manon* se montrait attachée à elle et semblait vivre un enjeu en ce qui a trait à la séparation en ne voulant pas la quitter à la fin des séances, alors qu'au contraire, *Marilou* se montrait froide, détachée. De son côté, *Roger* présentait un comportement sadique envers la thérapeute, qui pourrait être une autre facette de l'attachement désorganisé de cette cliente.

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. Cela impliquerait donc de travailler en priorité sur les enjeux liés à l'attachement chez le TDI, ou d'y travailler avec autant d'attention que les traumatismes et les processus dissociatifs (Barach, 1991; Blizard, 2003; Liotti, 2006; Liotti, Mollon et 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 ce transfert, comme c'est le cas 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 sur le plan 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. La manifestation de la difficulté pour *la Petite Manon* de se séparer de la thérapeute à la fin des séances a été discutée explicitement par cette dernière avec toutes les identités. Pour ce faire, cette dernière a tenté d'établir un dialogue entre elles à ce sujet, en agissant comme

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 également avoir la chance de s'exprimer. *Roger*, quant à lui, a pu verbaliser, bien qu'agressivement, qu'il n'aimait pas l'attachement de *la petite Manon* et de *Manon* à la thérapeute. Cela a pu permettre à toutes les identités de s'approprier une partie de cette crainte de la séparation, qui était dissociée et qui 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 documentation scientifique qui concerne le transfert chez le TDI, un aspect incontournable du traitement de ce trouble. La dissociation du transfert entre chaque identité a été expliquée comme une manifestation possible de l'attachement désorganisé. Cet élément peut grandement enrichir la compréhension du transfert manifesté par un cas de TDI. La dissociation du transfert entre chaque identité suppose également que le travail de chaque transfert avec l'ensemble des identités serait au service de l'intégration psychique, l'objectif principal du traitement du TDI. Pour de futurs travaux, il serait très utile cliniquement de présenter une revue de la documentation scientifique portant sur le contre-transfert dans le traitement des personnes présentant un TDI. Cet aspect doit être pris en compte puisque, tout comme pour le transfert, des difficultés importantes peuvent y être liées (Barach et Comstock, 1996 ; Burton et Lane, 2001 ; Comstock, 1991 ; Kluft, 1984 ; Loewenstein, 1993 ; Putnam, 1989 ; Wilbur, 1988).

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, 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, n° 3, p. 373-387.
- Alpher, V. S. (1992). Introject and identity: Structural-interpersonal analysis and psychological assessment of multiple personality disorder, *Journal of Personality Assessment*, 58, n° 2, p. 347-367.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders, 5^e éd.*, Auteur, Washington.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder, *Dissociation*, 4, n° 3, p. 117-123.
- Barach, P. M., Comstock, C. M. (1996). Psychodynamic psychotherapy of dissociative identity disorder, in Michelson, L. K., Ray, W. J. (dir.), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*, Plenum Press, New York, p. 413-429.
- Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociative scale, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, n° 12, p. 727-734.
- Blizard, R. A. (1997). The origins of dissociative identity disorder from an object relation and attachment theory perspective, *Dissociation*, 10, n° 4, p. 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, n° 4, p. 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, n° 3, p. 27-50.
- Blizard, R. A., et Bluhm, A. M. (1994). Attachment to the abuser: Integrating object-relations and trauma theories in treatment of abuse survivors, *Psychotherapy*, 31, n° 3, p. 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, n° 2, p. 301-320.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation, *Child Development*, 69, n° 4, p. 1107-1128.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants, *Developmental Psychology*, 25, n° 4, p. 525-531.

- Chefetz, R. A. (1997). Special case transference and countertransference in the treatment of dissociative disorders, *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10, n° 4, p. 255-265.
- Comstock, C. M. (1991). Countertransference and the suicidal MPD patient, *Dissociation*, 4, n° 1, p. 25-35.
- Cortina, M., Marrone, M. (2003). Attachment theory, transference and the psychoanalytic process, in Cortina, M., Marrone, M. (dir.), *Attachment theory and the psychoanalytic process*, Whurr Publishers, Philadelphia, p. 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, n° 3, p. 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, n° 2, p. 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, n° 4, p. 481-540.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective, *Attachment and Human Development*, 6, n° 2, p. 181-190.
- Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*, Routledge/Taylor and 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, n° 2, p. 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). *Sever personality disorders: Psychotherapeutic strategies*, Yale University Press, New Haven.
- Kernberg, O. F., et Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders, in Lenzenwege, M. F., Clarkin, J. F. (dir.), *Major theories of personality disorder*, 2^e éd., Guilford Press, New York, p. 114-156.
- Kluft, R. P. (1984). Aspects of the treatment of multiple personality disorder, *Psychiatric Annals*, 14, p. 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*, 5^e éd., 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, n° 4, p. 196-204.
- Liotti, G. (1995). Disorganized/disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders, in Goldberg, S., Muir, R., Keer, J. (dir.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, Analytic Press, Hillsdale, p. 346-363.
- Liotti, G. (1999). Disorganized attachment as a model for the understanding of dissociative psychopathology, in Solomon, J., George, C. (dir.), *Attachment Disorganization*, Guilford Press, New York, p. 291-317.
- Liotti, G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy, in Gilbert, P., Bailey, K. (dir.), *Genes on the couch: essays in evolutionary psychotherapy*, Brunner-Routledge, New York, p. 232-256.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 41, n° 4, p. 472-486.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research, *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, n° 4, p. 55-73.
- Liotti, G., Mollon, P., Miti, G. (2005). Dissociative disorders in Gabbard, G., Beck, J., Holmes, J. (dir.), *Oxford textbook of psychotherapy*, Oxford University Press, Oxford, p. 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, n° 4, p. 282-289.
- Loewenstein, R. J. (1993). Posttraumatic and dissociative aspects of transference and countertransference in the treatment of multiple personality disorder, in Kluff, R., Fine, C. G. (dir.), *Clinical perspectives on MPD*, American Psychiatric Association, Washington, p. 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, n° 3, p. 3-911.
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment, *Psychoanalytic Inquiry*, 26, n° 4, p. 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, n° 3, p. 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. (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, Guilford Press, New York, p. 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. (dir.), *Attachment in the preschool years*, University of Chicago Press, Chicago, p. 161-182.
- Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized disoriented attachment pattern, in Brazelton, T. B., Yogman, M. W. (dir.), *Affective development in the infancy*, Ablex publishing, Westport, p. 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, n° 3, p. 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. (dir.) (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse: concepts, notions, biographies, œuvres, 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 et Psychopathology*, 9, n° 4, p. 855-879.
- O'Neil, J. A. (2009). Dissociative multiplicity and psychoanalysis in Dell, P. F., O'Neil, J. A. (dir.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, Routledge/Taylor and Francis Group, New York, p. 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, n° 2, p. 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. (dir.), *Attachment, trauma and multiplicity*, Brunner-Routledge, East-Sussex, p. 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. (dir.), *Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies*, Jason Aronson, Lanham, p. 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, n° 1, p. 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. (dir.), *Attachment disorganization*, Guilford, New York, p. 71-94.
- Schwartz, H. L. (1994). From dissociation to negotiation: A relational psychoanalytic perspective on multiple personality disorder, *Psychoanalytic Psychology*, 11, n° 2, p. 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. (dir.), *The treatment of multiple personality disorder*, American Psychiatric Press, Washington, p. 61-78.
- Steele, H., Steele, M. (2003). Clinical uses of the Adult Attachment Interview, in Cortina, M., Marrone, M. (dir.), *Attachment theory and the psychoanalytic process*, Whurr, London, p. 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, n° 3, p. 268-277.
- Tolmacz, R. (2006). Transference and attachment, in Obegi, J. H., Beran, E. (dir.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*, Guilford Press, New York, p. 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, n° 3, p. 387-403.
- Wilbur, C. B. (1988). Multiple personality disorder and transference, *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1, n° 1, p. 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.