

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE TRAITEMENT DU DÉSORDRE DE LA PERSONNALITÉ MULTIPLE

ONNO VAN DER HART AND SUZETTE BOON

Mots-clés:

Personnalité multiple, dissociation, hypnose.

RÉSUMÉ : *Le trouble « personnalité multiple » est reconnu de plus en plus comme étant un désordre dissociatif chronique post-traumatique. Plus de 90 % des patients souffrant de personnalités multiples ont subi au cours de leur enfance d'abus sexuels et/ou physiques graves. La vieille théorie dissociative de Pierre Janet est essentielle pour comprendre cette maladie et pour en conduire le traitement. Un modèle effectif de traitement par étapes est ici décrit. Ces étapes sont les suivantes : 1. stabilisation et réduction des symptômes, 2. établissement du diagnostic dès lors annoncé au malade, 3. identification des différentes autres personnalités (alter), 4. exploration, assimilation et intégration des réminiscences traumatiques, 5. intégration des autres personnalités, 6. Phase post fusion.*

Key-words: Multiple personality disorder, dissociation, hypnosis. personality.

SUMMARY : *Multiple personality disorder (MPD) is increasingly recognized as a chronic post-traumatic dissociative disorder. More than 90 percent of MPD-patients have a childhood history of severe sexual and/or physical abuse. Pierre Janet's old dissociation theory is essential in understanding this disorder and in guiding its treatment. An effective phase oriented treatment model is described. Its phases are : 1. stabilization and symptom reduction ; 2. making the diagnosis and sharing the diagnosis with the patient ; 3. identification of the different alter personalities ; 4. exploration, assimilation and integration of traumatic memories ; 5. integration of alter personalities ; 6. post fusion phase.*

Le trouble « personnalité multiple » est un trouble dissociatif post-traumatique complexe et chronique qui se développe, dans la plupart des cas, à la suite d'abus sexuels et/ou de violences physiques graves et répétées pendant la première enfance (Kluft 1987, 1991 a ; Putnam 1989 ; Ross 1989).

En 1882, Camuset notait, dans son rapport sur Louis Vivet, un patient souffrant de personnalités multiples, très controversé à l'époque : « Nous sommes tentés de croire que ces cas sont plus nombreux qu'on ne le supposerait, d'après les observations assez rares qu'on possède ». Bourru et Burot, en écho aux propos de Camuset écrivaient en 1895 : « Ces faits de variation de la personnalité sont moins rares qu'on ne le suppose ».

Pour la plupart des psychiatres européens ces affirmations semblent être, de nos jours, encore tout aussi actuelles qu'il y a un siècle. En Amérique du Nord, par contre, des

études de plus en plus nombreuses s'intéressent au problème des personnalités multiples, les séries statistiques concernent parfois plus de 100 patients (Putnam *et al.*, 1986 ; Ross *et al.*, 1989-1990 ; Schultz *et al.*, 1989). En Europe, la recherche s'est essentiellement développée aux Pays-Bas (Van der Hart et Boon, 1989), notamment en ce qui concerne les problèmes diagnostiques (Boon et Draijer 1990, 1991). Bien qu'en France l'idée prévaut encore que nombre d'auteurs américains ont été les victimes crédules de patientes mythomanes (cf. Bourgeois et Géraud, 1990), un certain intérêt semble se manifester (Bourgeois et Géraud, 1990 ; de Bonis *et al.*, 1988 ; Malarewicz, 1990).

Cet intérêt croissant pour le problème des personnalités multiples est la résultante de plusieurs facteurs. D'abord cette entité nosographique a été incorporée dans le DSM-III comme catégorie diagnostique à part (APA 1980), ensuite les conséquences à long terme de l'inceste, des sévices et négligences à enfants, sont de plus en plus à l'ordre du jour. De plus, dans les années soixante-dix, la redécouverte de la théorie dissociative de Pierre Janet (Janet 1889, 1898, 1911) a montré que cet auteur occupe, une fois de plus, un rôle central dans la compréhension du phénomène comme l'hystérie, l'hypnose et le trauma psychique (Ellenberger 1970 ; Hilgard 1977 ; Nemiah 1979 ; Van der Kolk et Van der Hart 1989).

Après avoir passé en revue les critères des troubles dissociatifs en général et du trouble « personnalité multiple » en particulier, nous décrivons dans cet article un modèle thérapeutique spécifique. Nombre d'éléments de ce modèle peuvent également être utilisés pour le traitement de troubles dissociatifs moins complexes ou apparentés.

LES PERSONNALITÉS MULTIPLES ET LA DISSOCIATION

Les troubles dissociatifs comprennent, selon le DSM-III-R (APA 1987) : l'amnésie psychogène, la fugue psychogène, les troubles de dépersonnalisation, le trouble « personnalité multiple » et une catégorie non encore classifiée, le désordre dissociatif NAO. Comme Janet (1893, 1894a, 1907, 1911) l'a montré il y a déjà un siècle, d'autres entités nosographiques sont très proches de ces troubles dissociatifs (cf. Friedman et Van der Hart, 1989 ; Kihlstrom, 1991 ; Ross, 1989 ; Spiegel *et al.*, 1988 ; Torem, 1988 ; Van der Hart et Friedman, 1989).

Les troubles dissociatifs se caractérisent, selon le DSM-III-R (APA, 1987), par « un désordre ou un changement de la personnalité, de la mémoire ou de la conscience ». Il s'agit là d'une formulation assez vague, tous les changements de la personnalité n'impliquent pas nécessairement un trouble dissociatif. L'ancienne formulation de Janet offre à notre avis plus de clarté : chez les personnes qui souffrent d'hystérie - ainsi étaient dénommés les troubles dissociatifs il y a un siècle - il parle d'un système d'idées, de sentiments et d'actes qui échappe au contrôle mais aussi souvent à la connaissance, à la « conscience » de l'individu. Ce système vit dès lors, en quelque sorte, sa propre vie, tout en interférant dans cette conscience personnelle. Le problème des personnalités multiples fournit l'exemple le plus évident de cette dynamique.

Selon le DSM-III-R les critères de ce trouble sont :

- l'existence chez un même individu de deux ou plusieurs personnalités ou « états de personnalité » distinctes (chacune ayant ses propres modalités de perception, de pensée et de relation concernant aussi bien la personne propre que l'environnement) ;
- au moins deux personnalités ou « états de personnalité » prennent tour à tour un contrôle total du comportement du sujet.

Dans le DSM-IV, un critère concernant l'amnésie sera ajouté. Celle-ci se manifeste, entre autres, par des pertes momentanées de la mémoire, une amnésie des faits concernant l'enfance à partir de l'âge de cinq ans, ou par une forme ou une autre d'amnésie entre les états de personnalité (cf. Ross *et al.*, 1990).

Les recherches démontrent que le trouble « personnalité multiple » trouve son origine dans des expériences traumatiques répétées de la petite enfance. Pour environ 90

% des patients, il est question d'abus sexuels graves et/ou de violences physiques (Coons et Milstein, 1986 ; Putnam *et al.*, 1986 ; Ross *et al.*, 1989, 1990, Schultz *et al.*, 1989). Lorsqu'ils consultent un médecin ces patients ignorent, en général, l'existence de ces expériences traumatiques. Ils se plaignent plutôt de symptômes qui évoquent un état dépressif et manifestent des tendances suicidaires. On note également la très grande fréquence de troubles organiques sans substrat physiologique comme des céphalées sévères ou des douleurs de localisations diverses. Ces patients souffrent également d'attaques de panique, de désordres alimentaires ou de problèmes d'alcoolisme.

Le lien entre un passé traumatique et ces troubles dissociatifs n'est pas toujours rapidement établi, ni par le patient ni par le thérapeute.

Les recherches statistiques établissent que coexistent en moyenne quatorze états de personnalité (également appelés « autres personnalités » ou « alters ») (Coons *et al.*, 1988 ; Putnam *et al.*, 1986 ; Ross *et al.*, 1990). Lorsque le diagnostic est établi, seules quelques personnalités sont connues au début du traitement et ce sont les autres qui peuvent se manifester plus tard. Les réminiscences traumatiques dont le patient peut parler au début du traitement font également partie du sommet visible de l'iceberg. Comme Janet (1894b) l'avait déjà observé, ce trouble de la personnalité se présente en couches superposées.

UN MODÈLE PAR ÉTAPES POUR LE TRAITEMENT DES PERSONNALITÉS MULTIPLES

Un traitement adéquat des désordres pour lesquels ces patients cherchent de l'aide doit en général concerner non seulement la prise en charge des symptômes, mais également viser à la guérison de cette « maladie de la personnalité » (Janet, 1911 ; cf. Van der Hart *et al.*, 1989). Cela signifie que les réminiscences traumatiques doivent pouvoir être assimilées par le patient et que les différents états de personnalité dissociée seront progressivement intégrés en un tout par un processus de « fusion » (Bliss, 1986 ; Braun, 1986 ; Kluft, 1982, 1985 a & b, 1987, 1991a). Le patient doit apprendre à renoncer à sa stratégie de survie, la dissociation - qui non seulement sert souvent à garder à distance les réminiscences traumatiques mais qui remplit également une fonction dans le maniement d'un vécu anxieux immédiat - et se familiariser avec une autre manière de gérer son anxiété et ses problèmes. Il s'agit là évidemment d'un cheminement long et difficile. Pour autant que nous ayons pu le vérifier par l'étude de l'anamnèse de nos patients, cette méthodologie permet d'éviter, dans beaucoup de cas, la persistance de troubles graves ainsi que la succession de traitements variés et inopérants jusqu'aux hospitalisations itératives dans un contexte d'automutilations, parfois même le suicide.

L'absence de diagnostic correct, en privant le patient d'un traitement adéquat, est le problème le plus important et le plus courant pour les personnalités multiples (Coons, 1990).

Étant donné les nombreux problèmes auxquels ces patients doivent faire face, il est important qu'ils soient bien informés de la nature et de l'étendue du traitement. Le modèle de traitement que nous présentons ici, et qui reprend le travail de pionnier de nos collègues nord-américains (Braun, 1986 ; Kluft, 1984 ; Sachs *et al.*, 1988), est un bon point de départ.

Phase 1 : stabilisation et réduction des symptômes

Les patients pour lesquels un problème de personnalités multiples peut être diagnostiqué, se présentent souvent au cours d'une crise. Ils sont anxieux car ils sentent bien que tout ou partie de leur « réalité » leur échappe. Cette angoisse continuelle les épuise physiquement et mentalement.

Même lorsque le thérapeute constate directement un désordre dissociatif, il doit aider le patient à recouvrer une partie du contrôle de ses troubles avant de procéder à une

exploration plus détaillée de ses problèmes. D'autres articles décrivent comment des patients souffrant de stress post-traumatiques (PTSD) ou de troubles dissociatifs peuvent, dans cette phase, apprendre à se sentir en sécurité à l'aide, entre autres, de l'autohypnose (Brown et Fromm, 1986 ; Van der Hart *et al.*, 1990).

Phase 2 : Établissement du diagnostic et partage du diagnostic avec le patient

En général, établir un diagnostic psychiatrique et le partager avec le patient n'est pas considéré comme une phase du traitement à proprement parler, mais plutôt comme une condition nécessaire à ce traitement. Dans les troubles qui nous concernent ici, le problème est différent. Ces patients recherchent de l'aide pour toutes sortes de troubles, mais ils signalent rarement, de manière spontanée, les symptômes typiques qui caractérisent les troubles dissociatifs : des périodes d'amnésie, la conscience que leur personnalité ne fonctionne pas comme une entité intégrée et le désarroi de leur identité qui en résulte.

L'établissement d'un diagnostic correct n'est pas seulement une condition nécessaire pour la conduite d'un traitement adéquat, son acceptation par le patient en constitue également une étape importante. La longueur de cette étape peut varier de quelques semaines à quelques mois, et même plus encore. Ce n'est que rarement que le patient y parvient après seulement quelques entretiens.

Afin de déterminer que le patient souffre d'amnésie - le point nodal de ce problème - le thérapeute va poser quelques questions spécifiques. La question la plus simple et la plus directe est ; « Vous est-il arrivé de perdre du temps ? ». Une autre question, plus indirecte, peut être : « Vous est-il arrivé de trouver des lettres ou des annotations, que vous avez dû écrire vous-même, mais dont vous n'avez aucun souvenir ? »

Phase 3 : Identification des différents états de personnalité, leur position et leur fonction

Le but du traitement est l'intégration des réminiscences traumatiques et des composantes dissociées de la personnalité. Pour que ce but soit atteint, il faut que, tôt ou tard, chaque état dissocié soit mis en lumière à tour de rôle.

Le thérapeute doit apprendre ainsi à connaître tous les états de personnalité, comprendre dans quelles situations (et pour quelles raisons) ils prennent le contrôle du comportement du sujet, savoir dans quelle situation (et pourquoi) ils ont pris naissance, et dresser la carte de leur position dans le système d'ensemble de la personnalité (Braun, 1986). Pour atteindre ce but, plusieurs chemins sont possibles.

Une technique très utile dans l'exploration des états de personnalité consiste à demander au patient d'écrire chaque jour dans un cahier. Cette instruction, volontairement peu précise, apporte généralement beaucoup d'informations sur les alters qui s'expriment ainsi dans le journal. Une autre technique vise à demander au patient de tenir le registre de ses « pertes momentanées de la mémoire » (épisodes dissociatifs avec amnésie totale), dont certains alters semblent être responsables. Lors d'une séance suivante, le thérapeute (ou le patient lui-même) peut chercher à se mettre en contact avec les alters qui ont pu prendre le contrôle du patient lors de ces pertes de mémoire.

La façon dont le thérapeute peut entrer en contact avec un état de personnalité ne pose pas de gros problèmes. Il est demandé au patient de mettre en avant cette partie de sa personnalité qui, par exemple, s'est manifestée lors « de la perte de mémoire d'hier », ou bien « qui est responsable des cris soudains dans la rue », ou encore « à qui appartiennent les angoisses violentes que le patient éprouve ». Certains patients sont capables de mettre immédiatement en avant l'alter responsable, d'autres n'en sont capables qu'avec l'hypnose.

Beaucoup de patients souffrent d'abord d'amnésie pour tout ce qui concerne le contact du thérapeute avec le ou les alters, parfois un ou plusieurs alters peuvent « écouter avec lui à distance ». Au cours du traitement, le thérapeute fait évidemment en sorte qu'une telle « prise de conscience » s'accroisse constamment et qu'un contact mutuel se développe de plus en plus entre le patient et ses personnalités.

Bien que l'approche décrite jusqu'à présent fournisse des informations importantes sur certaines personnalités, il n'est pas encore certain que le thérapeute ait déterminé l'existence de toutes les personnalités.

Une manière élégante de rassembler des informations sur le système des alters dans sa totalité, entre autres sur leur nombre exact, est l'utilisation des mouvements involontaires des doigts (signaling). Il s'agit ici d'une forme de dissociation partielle (Janet, 1889), où le thérapeute pose des questions au patient, celui-ci n'y répond pas consciemment mais les alters peuvent le faire par « oui » ou par « non » (ou par « arrêtez ») au moyen de mouvements involontaires du doigt. De cette manière il est possible de rassembler, en peu de temps, beaucoup d'informations et le patient ne doit pas constamment passer d'une personnalité à une autre, ce qui est lassant et peut même provoquer des migraines (Putnam, 1989). Beaucoup de patients trouvent cette forme de communication avec les alters moins menaçante que le contact direct, comme la technique du « switch ».

Difficultés dans la fréquentation des états de personnalité

Les contacts du thérapeute avec les alters s'accompagnent souvent de difficultés particulières. Certains alters peuvent, par exemple, ne pas souhaiter suivre un traitement, ils essaient d'empêcher le patient (ou un alter qui le veut bien) de se rendre aux rendez-vous avec le thérapeute. Un alter peut craindre que le patient ait de nouveau confiance en quelqu'un, cela lui semble voué à l'échec. Fréquemment certains alters considèrent que le thérapeute ne doit s'occuper de rien, ils ont peur que celui-ci perturbe l'équilibre existant. Certains alters acceptent difficilement de partager le même corps avec d'autres, surtout s'il s'agit d'un corps du sexe opposé. Beaucoup d'allers-enfants ont immédiatement peur du thérapeute, surtout si celui-ci est du même sexe que la personne maltraitante. Ils resteront alors cachés, même lorsque la technique du signaling sera utilisée, ce n'est qu'ultérieurement qu'ils se manifesteront.

Les alters agressifs ou autodestructeurs provoquent facilement l'angoisse ou l'aversion des thérapeutes et/ou des travailleurs sociaux qui entrent en contact avec ces patients. Le thérapeute doit comprendre que ces alters ont eu également la tâche d'aider la personne entière à survivre. Il leur reste souvent une grande colère face aux mauvais traitements, devant lesquels, enfants, ils n'ont pas pu réagir. Dans l'ensemble des alters, ils occupent la plupart du temps une position isolée, les autres ne veulent généralement pas avoir de contact avec eux. Redéfinir leur fonction et leur comportement de manière positive est une étape essentielle de la prise en charge. Il importe de faire en sorte de modifier leur comportement, de manière à ce que les autres alters puissent mieux les considérer.

Phase 4 : L'exploration, l'assimilation et l'intégration des réminiscences traumatiques

L'exploration, l'assimilation et l'intégration des réminiscences traumatiques constituent une phase essentielle de la prise en charge de ce type de patients.

Ces « réminiscences » se manifestent sous la forme d'images traumatiques, de cauchemars, de flash-backs etc. (Janet, 1898, 1904). Assimiler et intégrer ces réminiscences vise à apprendre au patient à se confronter directement à ces images, à les transformer en une histoire personnelle et à leur donner une place dans sa trajectoire de vie (Janet, 1904, 1919). Les techniques visant à limiter le plus possible les dégâts que des réminiscences traumatiques peuvent causer en permettant aux patients de les assimiler et de les intégrer à leur propre rythme ont été exposées dans un autre article (Van der Hart *et al.*, 1990 ; Klufft, 1989). La mise en phase de ce processus est essentielle pour sa réussite. Nous allons ici passer en revue les étapes principales de cette démarche. L'hypnose y joue un rôle important.

L'exploration. Afin de mieux assimiler et intégrer les réminiscences traumatiques dissociées, il faut tout d'abord comprendre à quoi elles se rapportent, autrement dit: que s'est-il passé ? Au début du traitement, le patient est amnésique pour ce qui concerne au moins une partie de ses réminiscences traumatiques. Celles-ci sont « gardées » par

différents alters. Au moyen de la technique du signaling, le thérapeute peut les mettre en évidence.

Au cours de la phase exploratrice, il est préférable que l'alter qui a connaissance du traumatisme (mais ne le subit pas lui-même) en fasse part avec l'aide d'un thérapeute qui utilise l'hypnose. Afin de garantir la sécurité du patient, le thérapeute doit faire savoir aux autres alters - en particulier à ceux qui ont eux-mêmes subi des traumatismes - qu'ils ne sont pas dans l'obligation d'écouter et qu'ils peuvent se retirer dans un endroit (imaginaire) où ils se sentent en sécurité.

L'assimilation: Janet (1904) avait constaté depuis longtemps déjà que les personnes ayant subi des traumatismes développent une « phobie du souvenir [traumatique] ». Lorsqu'ils se trouvent confrontés à cette phobie, ils présentent une symptomatologie anxieuse et manifestent des tendances suicidaires. Dans notre optique, l'assimilation signifie, pour le patient (ou un alter), la possibilité d'apprendre, progressivement, à faire face aux images traumatiques et à accepter les réactions émotionnelles correspondantes - souvent gardées par différents alters - avant de les faire disparaître. Milton H. Erickson a développé à cette fin une technique hypnotique, appelée « l'approche-sandwich », qu'il est possible d'appliquer selon la personnalité de chaque patient (Erickson et Rossi, 1979 ; Van der Hart *et al.*, 1990).

L'intégration. L'assimilation des réminiscences traumatiques constitue une étape plus élaborée encore que leur intégration. Le patient doit accepter l'idée que des événements, souvent difficilement supportables, ont bien eu lieu, qu'ils se sont vraiment produits pour lui. Il doit en comprendre l'influence sur sa vie. La réalisation de cette prise de conscience se fait à plusieurs niveaux. Un de ces niveaux est constitué par le récit qui peut en être fait avec l'aide de l'hypnose, cette étape peut également être conduite sans hypnose. Lorsque les autres alters prennent eux-mêmes connaissance de ces informations, il s'agit là d'un autre niveau d'élaboration. Le patient, en tant que personne entière, doit apprendre à donner une place à ces événements dans l'histoire de sa vie (Janet, 1904, 1919).

Phase 5 : L'intégration des différentes personnalités

Cette phase vise à l'intégration des différents états de personnalité en un tout qui soit « fonctionnel ». Comme nous l'avons déjà mentionné, cet objectif est celui de l'ensemble de la prise en charge. Il s'agit de faire en sorte que les différents alters entrent en contact les uns avec les autres afin de parvenir ensemble à un même but.

La communication entre les alters peut rapidement s'instaurer grâce au journal. Au cours des séances, le thérapeute peut ensuite aider le patient à mettre en place des « dialogues internes » entre les alters. Ces dialogues peuvent également prendre la forme de « conversations en groupes internes » (Caul, 1988). Certains patients racontent qu'ils visualisent alors les alters concernés, par exemple, conversant autour d'une table.

Fusion des alters. Lorsque les différentes personnalités ont fait connaissance, lors qu'elles ont partagé différents épisodes de leurs existences respectives, y compris leurs traumatismes et ont réglé leurs différends, le traitement peut s'orienter vers l'aspiration à devenir un tout, c'est-à-dire l'existence d'une seule personne, avec une seule histoire de vie. C'est en ce sens que se fera la fusion des différentes personnalités.

Tous les auteurs ne s'accordent pas sur un même chemin pour y parvenir. Watkins et Watkins (1988) recherchent une coopération positive entre les alters, ils citent comme analogie le fonctionnement des États-Unis. Kluft (1987) préconise de son côté, comme d'ailleurs sans doute la plupart des thérapeutes concernés, une fusion totale. En ce qui nous concerne, ce dernier objectif nous paraît souhaitable, mais notre expérience clinique nous a appris que cela n'était pas réalisable pour tous les patients.

Au début de leur traitement, les patients ne peuvent d'ailleurs pas vraiment s'imaginer une intégration aussi complète. Une de nos patientes nous a fait la remarque suivante « Je ne pense pas le vouloir un jour, je me sentirais si seule ». Parmi les

différentes personnalités, nombreuses sont celles qui s'y opposent, entre autres parce qu'elles ont peur de « mourir » ou de disparaître complètement. D'autres se considèrent elles-mêmes comme étant très importantes, comparées aux autres, elles y trouvent une bonne raison pour vouloir, sans cesse, se mettre à part.

Ce n'est que lorsque toutes les phases précédentes du traitement sont réalisées que la fusion, proprement dite, peut être envisagée. Cependant, les premières fusions entre certains alters peuvent avoir lieu beaucoup plus tôt. Il est en effet parfois important de fusionner certains alters-adultes qui ont comme point commun une amnésie des réminiscences traumatiques concernant certains alters-enfants. De cette manière, ils sont capables de faire face plus facilement aux réminiscences traumatiques et de mieux accueillir les alters-enfants traumatisés.

Le rituel fusion. Après que certains alters, au moyen des techniques qui viennent d'être mentionnées, se soient rapprochés à un tel point qu'il n'y a plus aucune raison pour les maintenir séparés, une fusion spontanée peut être envisagée. Cependant, il arrive souvent que les alters concernés s'efforcent de l'obtenir avec l'aide des thérapeutes, et la fusion a lieu alors au travers d'un rituel imaginaire d'unification, fixé au préalable. Les techniques utilisées ont en commun l'évocation d'activités communes, par exemple des danses, des flux de lumière ou d'eau qui se rejoignent. Ces scènes rappellent parfois la littérature de science-fiction (Braun, 1984; Kluft, 1982, 1985b, 1986a). En pratique, les alters concernés sont censés développer leurs propres rituels et, aidés des thérapeutes, ils les utilisent grâce à l'hypnose.

Lorsque la fusion est superficielle ou lorsqu'elle a été « forcée » par le thérapeute, la rechute est fréquente. Une telle rechute peut également être la conséquence de la manifestation d'alters non encore identifiés.

Phase 6 : La post fusion

Après que l'ultime fusion ait été faite, l'objectif de la phase suivante est d'apprendre au patient à vivre en tant qu'individu « intégré ». Il reste en effet à savoir si l'intégration obtenue se maintiendra ou si d'autres alters se manifesteront à l'improviste. Selon Kluft (1986b, 1987), ce n'est que s'il n'y a pas de rechute deux ans après la dernière fusion que l'on peut affirmer que l'intégration est acquise.

Le plus difficile à ce stade de la prise en charge, pour le patient, est probablement de devoir apprendre à ne plus se dissocier. Il doit ainsi rapidement identifier les éléments qui peuvent provoquer les réactions dissociatives habituelles. Les techniques comportementales et l'hypnothérapie sont utilisées dans le contrôle et l'ajustement d'un comportement plus adapté.

L'alliance thérapeutique

Les personnes qui, au cours de l'enfance, ont été gravement traumatisées, éprouvent facilement de la méfiance pour leurs semblables, donc également envers leur thérapeute. Un de nos patients nous disait: « Pourquoi aurais-je plutôt confiance en vous justement ?

Pourriez-vous me donner une bonne raison ? Votre profession peut-être ? Eh bien, cela ne me dit rien du tout, cela ne me donne aucune garantie ». Au lieu de réagir d'une façon défensive, le thérapeute doit comprendre que cette méfiance et ce contrôle continu constituent une stratégie de survie pour le patient, qui n'appelle donc pas une réaction de méfiance de la part du thérapeute.

Pour s'assurer une bonne relation avec son patient, le thérapeute doit:

- 1) rester absolument honnête (évidemment, tout comme le patient, il a le droit de ne pas répondre à certaines questions) ;
- 2) donner des informations précises (des éléments concrets et clairs qui ne prêtent pas à malentendus) ;
- 3) se concerter avec le patient avant chaque nouvelle étape (« êtes-vous d'accord

- pour... ? », « pourriez-vous me donner la raison pour laquelle ? » etc.) ;
- 4) rester souple (ces patients ont fréquenté au cours de leur jeunesse des personnes qui, d'un côté étaient rigides et autoritaires, et de l'autre côté imprévisibles dans leur comportement ; Braun, 1986) ;
 - 5) rester clair sur ses possibilités et ses limites (par exemple, s'engager à être disponible lorsqu'il l'est réellement).

Le traitement : formes et techniques spéciales

Devant la problématique complexe de ces patients, le traitement doit être varié et créatif. Le thérapeute est ainsi amené à inventer un type de prise en charge auquel il n'a sans doute jamais pensé. Dans la plupart des cas cependant, il est possible de faire appel à des techniques déjà existantes.

• **La chimiothérapie.** Avant que les diagnostics de troubles dissociatifs n'aient été « redécouverts », de nombreux patients ont reçu, sans grand résultat, toute la gamme des psychotropes. La prescription de médicaments ne peut résoudre la pathologie essentielle des troubles dissociatifs. A *contrario*, nombre de ces patients sont traités avec succès sans aucune forme de médication (Kluft, 1985b). Lorsque des symptômes comme l'anxiété ou les cauchemars prédominent, des anxiolytiques ou des hypnotiques peuvent, pour un temps, les aider (cf. Loewenstein *et al.*, 1988). Lorsque l'angoisse est importante et correspond à des souvenirs traumatiques, des doses élevées d'anxiolytiques peuvent être utiles, mais peut se manifester alors le risque que certains alters en deviennent dépendants et en abusent ; l'hypnose peut alors devenir une alternative intéressante (Kluft, 1983 ; Sakheim *et al.*, 1988).

Lorsqu'il s'agit de problèmes d'insomnie, par suite de conflits entre les alters, il est possible que le patient devienne résistant à des doses assez élevées de psychotropes. C'est la raison pour laquelle il arrive que ces patients prennent des doses très importantes de médicaments et qu'ils en soient dépendants (Barkin *et al.*, 1986). Des antidépresseurs ne sont prescrits que lorsque presque tous les alters présentent une symptomatologie dépressive (Kluft, 1985a ; Sakheim *et al.*, 1988). Les neuroleptiques ne sont pas, en général, recommandés car ils ont tendance à renforcer la dissociation (Barkin *et al.*, 1986). Nous avons constaté que des substances comme la clomipramine ou la carbamazépine, qui sont souvent prescrites aux patients anxieux et présentant des épisodes d'automutilations, n'ont pas d'effets positifs sur les patients « personnalité multiple ».

La chimiothérapie est donc une affaire délicate pour ces patients, ses effets sont en effet difficiles à prévoir et les différents alters peuvent y réagir de manière bien différente (Putnam, 1984, 1989 ; Barkin *et al.*, 1986). Il faut aussi souvent tenir compte du fait que les alters suicidaires ont leurs propres idées sur l'utilité qu'ils peuvent en avoir.

• **L'expression imagée.** Même si les patients peuvent se souvenir des événements traumatiques qu'ils ont subis, il est souvent extrêmement difficile de traduire ces images traumatiques en une histoire personnelle, de telle façon qu'elles occupent une place dans l'histoire de leur vie (Janet, 1904), les mots manquent (encore). De plus, les victimes de violences sont souvent forcées de se taire : « Si vous en parlez, c'est votre mère qui souffrira ». La peinture, le dessin, la sculpture, le modelage, la photographie, le travail avec le bac de sable, etc. peuvent alors devenir des formes d'expression pour des réminiscences qui ne peuvent encore être exprimées avec des mots (voir Greenberg et Van der Kolk, 1987, Sachs, 1990).

• **La thérapie de groupe.** Pour les patients souffrant de troubles dissociatifs graves, la thérapie de groupe, dans un groupe hétérogène, ne semble pas être indiquée (Coons et Bradleu, 1985). Pourtant, le fait de participer à des tâches ponctuelles et structurées, en plus de leur thérapie individuelle, peut aider ces patients. Ainsi, des groupes homogènes de patients « personnalité multiple » ont donné de bons résultats (Caul, 1984 ; Caul *et al.*, 1986 ; Coons et Bradley, 1985).

• **La thérapie familiale.** Une thérapie familiale, avec la famille d'origine, avec la ou les personnes impliquées dans les violences, n'est pas, en général, souhaitable. Lorsque le patient est un enfant, le premier but est d'interrompre les violences. Le placement dans une famille d'accueil semble en être la meilleure garantie. La thérapie familiale chez des enfants « personnalité multiple », pour laquelle Fagan et McMahon ont fait un rapport (1984), a donc lieu dans la famille adoptive où l'enfant a été recueilli. Si le patient est adulte, la thérapie familiale avec la famille d'origine peut être tout à fait traumatisante, entre autres à cause des dénégations violentes - souvent sous forme d'amnésie - des coupables et des autres membres de la famille.

Des entretiens de soutien avec des personnes de l'entourage ou la famille peuvent être utiles pour les patients adultes, leurs partenaires ou leurs enfants (Sachs, 1986 ; Sachs *et al.*, 1988). Il est en effet important d'expliquer la nature des troubles dissociatifs aux partenaires ou aux membres de la famille, de même est-il nécessaire de leur offrir une structure de soutien dans les périodes de crise. Dans ce cas, les personnes intéressées peuvent se voir proposer de prendre éventuellement contact avec un collègue pour un soutien complémentaire.

Le traitement : ambulatoire ou hospitalier

Bien que le traitement soit en principe ambulatoire, il faut tenir compte du fait qu'une hospitalisation (de courte durée) peut être nécessaire. Nos thérapies ont lieu dans la section de psychiatrie sociale d'un « Riagg » (Institution régionale de l'hygiène mentale ambulatoire). Des prises en charge au long cours, de plusieurs années, avec psychothérapie de soutien et chimiothérapie, n'y sont pas inhabituelles. A la différence des psychothérapies intensives qui sont beaucoup moins fréquentes, il est clair qu'une prise en charge de ce type mobilise beaucoup d'énergie dans une telle structure. Pourtant, un département de psychiatrie sociale ou une polyclinique psychiatrique nous semblent être des endroits les plus qualifiés pour des traitements de ce genre. Une coopération intensive avec différents intervenants collègues est absolument nécessaire : avec le psychiatre chargé de la chimiothérapie et de l'hospitalisation, avec le service des urgences en l'absence du thérapeute, avec d'autres collègues pour une participation éventuelle à une séance (par exemple si un alter-enfant a peur d'un thérapeute masculin, ou si un alter violent a peur d'agresser un thérapeute féminin).

Il est préférable qu'un même thérapeute traite plus d'un patient, de même qu'il est tout aussi préférable que, dans le même service, plus d'un thérapeute s'occupe de ce genre de patients. Ainsi le patient risque moins d'occuper une place trop exclusive pour le thérapeute et le thérapeute risque moins d'occuper une place trop isolée dans le service. En plus de la participation à des groupes de discussion et de supervision, chaque thérapeute doit laisser disponible des moyens d'informer ses collègues (voir Greaves, 1988 ; Watkins et Watkins, 1984).

Les épisodes de crise motivent le plus souvent les hospitalisations. Une « continuité dans les soins » est importante, elle doit être assurée par le thérapeute de référence. Il existe, en certains endroits aux États-Unis, des équipes spécialisées dans le traitement ambulatoire, mais également des services spécialisés pour l'hospitalisation des patients en phase aiguë. Cette hospitalisation doit toujours avoir un but précis et une durée déterminée (cf. Kluft, 1991b).

Aux Pays-Bas, certaines structures suivent le même modèle. Cependant, peu de services hospitaliers acceptent, encore maintenant, d'admettre des patients souffrant de troubles dissociatifs et de laisser la prise en charge sous la responsabilité d'un thérapeute externe.

Masquer ou démasquer ?

Le modèle de thérapeutique décrit ici concerne des prises en charge de longue durée et intensives, ces prises en charge exigent beaucoup du patient et du thérapeute. Nous avons choisi ce modèle pour les raisons suivantes

- 1) les troubles dissociatifs sont graves et la souffrance des patients est très importante;
- 2) les diagnostics qui précèdent celui de « personnalité multiple » sont divergents. Les prises en charge antérieures (chimiothérapeutiques ou hospitalières) n'ont pas donné de résultats ;
- 3) les cauchemars et les flash-backs ne sont pas habituellement « corrigés » par les techniques classiques. L'ignorance de la nature dissociative des autres troubles ainsi que le passé de traumatismes de ces patients conduit à une aggravation plutôt qu'à une amélioration de leurs troubles.

Aussi bien la littérature spécialisée que notre expérience pratique nous apprennent que le modèle présenté ici est idéal pour de tels cas. Nous ne connaissons malheureusement pas d'autres approches efficaces qui peuvent faire l'économie d'une moins grande implication du patient et du thérapeute.

Pourtant, il existe des cas où nous avons appris à être plus souple dans l'application de ce modèle pour prescrire une psychothérapie de soutien de courte durée (analogue à la phase 1 du modèle de traitement)

- 1) lorsque le patient avec un trouble « personnalité multiple » latent éventuel souffre relativement peu et se présente pour des troubles qui ne sont pas de nature dissociative. Nous ne sommes pas alors tentés de dévoiler les réminiscences traumatiques et les autres personnalités, *a fortiori* lorsque le patient a une amnésie totale de son enfance et ne souffre ni de cauchemars, de flash-backs ou d'épisodes dissociatifs ;
- 2) lorsque le patient souffrant de troubles dissociatifs a déjà un âge avancé. La plupart des patients que nous avons traités, suivant le modèle décrit ici, ont entre 23 et 45 ans. Quelques-uns ont plus de 50 ans. Plus ce trouble est ancien, plus les personnalités sont attachées à leur propre originalité. Le traitement, qui de toute façon dérange un équilibre préexistant, devrait dès lors être encore plus long. Dans la mesure où ces patients ont appris à vivre plus ou moins bien avec leur trouble, un soutien allégé semble être plus indiqué.

Pour conclure, il nous semble qu'à présent que sont identifiés de plus en plus souvent le trouble « personnalité multiple » ainsi que les troubles dissociatifs ayant une origine traumatique, la demande d'un traitement approprié augmente. Lorsque l'exploration des différentes personnalités, leur transformation et leur intégration s'avèrent possible et nécessaire, le modèle de traitement décrit ici est tout à fait adapté.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. (DSM-III). Washington, DC: A.P.A., 1980.
2. American Psychiatric Association : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd rev. ed. (DSM-III-R). Washington, DC : A.P.A., 1987.
3. Barkin R., Braun B.G., Kluff R.P. : The dilemma of drug therapy for multiple personality disorder. In B.G. Braun (Ed.), *The treatment of multiple personality disorder* (pp. 107-132). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1986.
4. Bliss E : *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*. Cambridge : Cambridge University Press, 1986.
5. Boon S., Draijer N. : Dissociative disorders in the Netherlands : A clinical investigation of 65 patients. Dans : B.G. Braun & E.B. Carlson (eds.), *Dissociative disorders 1990 : Proceedings of the 7th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States* (p. 29). Chicago : Rush, 1990.
6. Boon S., Draijer N. : Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands : A pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148(4),458-462.
7. Bourgeois M., Geraud M. : Eugène Azam (1822-1899) : Un chirurgien précurseur de la psychopathologie dynamique (« Hypnotisme et double conscience »). *Annales Médico-Psychologiques*, 1990, 148, 709-717. 8. Bourru H., Burot P. : *La suggestion mentale et les*

- variations de la personnalité.* Paris : J.-B. Baillière et Fils, 1895.
9. Braun B.G. : Uses of hypnosis with multiple personality. *Psychiatric Annals*, 1984, 14, 34-40.
 10. Braun B.G. : Issues in the psychotherapy of multiple personality disorder. In : B.G. Braun (éd.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 3-28). Washington, DC : American Psychiatric Press, 1986.
 11. Brown D.P., Fromm E.: *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates, 1986.
 12. Camuset L. : Un cas de dédoublement de la personnalité. Période amnésique d'une année chez un jeune homme hystérique. *Annales Médico-Psychologiques*, 1882, 40, 75-86.
 13. Caul D. : Group and video techniques for multiple personality. *Psychiatric Annals*, 1984, 14, 43-50.
 14. Caul D. : Internal group therapy. *ISSMP & D Newsletter*, 1988, 6 (1), 3-4, 6.
 15. Caul D., Sachs R.G., Braun B.G. : Group therapy in treatment of multiple personality disorder. In B.G. Braun (éd.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 143-146). Washington, DC : American Psychiatric Press, 1986.
 16. Coons P.M. : More on multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 156, 448-449.
 17. Coons P.M., Bowman E.S., Milstein V. : Multiple personality disorder : A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1988, 176, 519-527.
 18. Coons P.M., Bradley K. : Group psychotherapy with multiple personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1985, 173, 515-521.
 19. Coons P.M., Milstein V. : Psychosexual disturbances in multiple personality : Characteristics, etiology and adolescence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106-110.
 20. De Bonis M., Charlot V., Hardy P., Féline A. : Identité personnelle et personnalité multiple. *Annales Médico-Psychologiques*, 1988, 146, 593-607.
 21. Ellenberger H.F. : *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books, 1970. Édition française *A la découverte de l'inconscient*. S.I.M.E.P., Lyon, 1976.
 22. Erickson M.H., Rossi E.L. : *Hypnotherapy : An exploratory casebook*. New York: Irvington, 1979.
 23. Fagan J., McMachon P.P. : Incipient multiple personality disorder in children : Four cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 172, 26-36.
 24. Friedman B., Van der Hart O. : Conversion disorder-or is it ? Treatment of a case of contracture in MPD. In : B.G. Braun (éd.), *Dissociative disorders 1989 : Proceedings of the 6th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States* (p. 189). Chicago : Rush, 1989.
 25. Greaves G.B. : Common errors in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 1988, 1 (1), 61-66.
 26. Greenberg M., Van der Kolk B.A. : Retrieval and integration of traumatic memories with the « painting cure ». Dans : B.A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 191-216). Washington, D.C. : American Psychiatric Press, 1987.
 27. Hilgard J. : *Divided consciousness*. New York: Wiley, 1977.
 28. Janet P.: *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan, 1889. Nouvelle édition: Société Pierre Janet, Paris, 1973.
 29. Janet P. : *État mental des hystériques : les stigmates mentaux*. Paris : Rueff & Cie, 1893.
 30. Janet P. : *État mental des hystériques : les accidents mentaux*. Paris : Rueff & Cie, 1894 (a).
 31. Janet P. : Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique*, 1894, 37, I, 121-163. (b) Aussi dans : P. Janet, *Névroses et idées fixes*, vol. 1, Paris : Félix Alcan, 1898.
 32. Janet P. : *Névroses et idées fixes*, vol. 1. Paris : Félix Alcan, 1898. Nouvelle édition: Société Pierre Janet, Paris, 1990.
 33. Janet P. : L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1904, 1, 417-453. Aussi dans : P. Janet, *L'état mental des hystériques*, 2^e éd. (pp. 506-544). Paris: Félix Alcan, 1911. Nouvelle édition : Lafitte Reprints. Marseille, 1983.
 34. Janet P. : *The major symptoms of hysteria*. London et New York: Macmillan, 1907.
 35. Janet P. : *L'état mental des hystériques*, 2^e éd. Paris : Félix Alcan, 1911. Nouvelle édition : Lafitte Reprints. Marseille, 1983.
 36. Janet P. : *Les médications psychologiques* (3 volumes). Paris : Félix Alcan, 1919. Nouvelle édition Société Pierre Janet, Paris, 1986.
 37. Kihlstrom F. : Dissociation, conversion, and the psychological unconscious. Dans : B.G. Braun & E.B. Carlson (Éds.), *Dissociative disorders 1991 : Proceedings of the 8th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States* (p. 105). Chicago : Rush, 1991.
 38. Kluft R.P. : Varieties of hypnotic interventions in the treatment of multiple personality. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1982, 24, 201-210.
 39. Kluft R.P. : Hypnotic crisis intervention in multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1983, 26, 73-83.
 40. Kluft R.P. : Aspects of the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 1984, 14, 51-55.
 41. Kluft R.P. : Using hypnotic inquiry protocols to monitor treatment progress and stability in multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1985, 28, 56-62. (a).
 42. Kluft R.P. : The treatment of multiple personality disorder (MPD) : Current concepts. In : F.F. Flach (ed.), *Directions in psychiatry*, Vol. 5, Lesson 24. New York : Hatherleigh, 1985. (b).

43. Kluft R.P. : The place and role of fusion rituals in treating multiple personality. *American Society of Clinical Hypnosis Newsletter*, 1986, 26 (8), 4-5. (a).
44. Kluft R.P. : Personality unification in multiple personality disorder: A follow-up study. In : B.G. Braun (éd.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 31-60). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1986. (b).
45. Kluft R.P. : An update on multiple personality. *Hospital & Community Psychiatry*, 1987, 38, 363-395. 46. Kluft R.P. : Playing for time : Temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1989, 32, 90-98.
47. Kluft R.P. : Multiple personality disorder. In : A. Tasman et S.M. Goldfinger (éds.), *Review of psychiatry*, Vol. 10. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1991. (a).
48. Kluft R.P. : Hospital treatment of multiple personality disorder : An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 1991, 14 (3), 695-719. (b).
49. Malarewics J.-V.-A. : Multiple personality disorder in French speaking countries. Darts : B.G. Braun & E.B. Carlson (éds.), *Dissociative disorders 1990 : Proceedings of the 7th International Conference on Multiple Personality/Dissociative States*. (p. 32). Chicago : Rush, 1990.
50. Loewenstein R.J., Hornstein N., Farber B. : Open trial of clonazepam in the treatment of posttraumatic stress symptoms in multiple personality disorder. *Dissociation*, 1988, 1 (3), 3-12.
51. Nemiah J.C. : Dissociative amnesia: A clinical and theoretical reconsideration. In : F. Kihlstrom et F.J. Evans (eds.), *Functional disorders of memory* (pp. 303-323). Hillsdale N.J. : L. Erlbaum.
52. Putnam F.W. : The psychophysiological investigation of multiple personality disorder. *Psychiatrics Annals*, 1984, 7, 31-41.
53. Putnam F.W. : *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York & Londres : The Guilford Press, 1989.
54. Putnam F.W., Guroff J.J., Silberman E.K., Barban L., Post R.M. : The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1986, 47, 285-293.
55. Ross C.A. : *Multiple personality disorder : diagnosis, clinical features and treatment*. New York : John Wiley & Sons, 1989.
56. Ross C.A., Norton G.R., Wozney K.: Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1989, 34, 413-418.
57. Ross C.A., Miller S.D., Reager P. *et al.*, : Multicenter structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 596-601.
58. Sachs R.G. : The adjunctive role of social support systems in the treatment of multiple personality disorder. In : B.G. Braun (éd.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 157-174). Washington, DC American Psychiatric Press, 1986.
59. Sachs R.G. : The sand tray technique in the treatment of patients with dissociative disorders : Recommendations for occupational therapists. *American Journal of Occupational Therapy*, 1990, 44 (11), 1045-1047. 60. Sachs R.G., Frischholz E.J., Wood J.I. : Marital and family therapy in the treatment of multiple personality disorder. *Journal of Marital and Family therapy*, 1988, 14, 249-259.
61. Sakheim D.K., Hess E.P., Chivas A. : General principles for short-term impatient work with multiple personality disorder patients. *Psychotherapy*, 1988, 25, 117-124.
62. Schultz R., Braun B.G., Kluft R.P. : Multiple personality disorder: phenomenology of selected variables in comparison to major depression. *Dissociation*, 1989, 2, 45-51.
63. Spiegel D., Hunt T., Dondershine H.E. : Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1988, 145, 301-305.
64. Torem M.S. : Dissociative states presenting as an eating disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1986, 29, 137-142.
65. Van der Hart O., Boon S. : Contemporary interest in multiple personality and child abuse in the Netherlands. *Dissociation*, 1990, 3 (1), 34-37.
66. Van der Hart O., Brown P., Van der Kolk B.A. : Le traitement psychologique du stress post-traumatique de Pierre Janet. *Annales Médico-Psychologiques*, 1989, 147 (9), 976-980.
67. Van der Hart O., Boon S., Van Everdingen G. : Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories. In : M.L. Fass et D. Brown (eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis : A Festschrift for Erika Fromm* (pp. 231-253). Hillsdale, NJ : L. Erlbaum Associates, 1990.
68. Van der Hart O., Friedman B. : A reader's guide to Pierre Janet on dissociation : A neglected intellectual heritage. *Dissociation*, 1989, 2 (1), 3-16.
69. Van der Kolk B.A., Van der Hart O. : Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1989. 146 (12), 1530-1540.
70. Watkins J., Watkins H. : Hazards to the therapist in the treatment of multiple personalities. *Psychiatric Clinics of North America*, 1984, 7, 111-119.
71. Watkins J., Watkins H. : A theory of dissociation . as applied to the treatment of multiple personality and other ego state problems. Paper presented at the Fifth International Conference on Multiple/Dissociative States, Chicago. octobre 1988.