

Le traitement des mémoires traumatiques : Synthèse, réalisation, et intégration

**Onno van der Hart, Ph.D., Kathy Steele, R.N., M.N., C.S.
Avantage de Suzette, Ph.D. et brun de Paul, M.D.**

À l'origine édité en *Dissociation*, 1993, 6 (2/3), 162-180. Signalé chez trauma-pages.com avec la permission du premier auteur (OvdH) et du rédacteur (R. Kluft).

Remerciement : Les auteurs remercient Barbara Friedman, M.A., M.F.C.C., de ses commentaires utiles sur une ébauche plus tôt de cet article.

Onno van der Hart, Ph.D., est un professeur dans le département de la psychologie clinique, de l'université d'Utrecht, des Pays Bas, et d'un psychologue à l'institut régional pour des troubles mentaux ambulatoires d'Amsterdam de santé/nouvel ouest, Amsterdam, les Pays Bas. Kathy Steele, R.N., M.N., C.S., est un psychothérapeute avec les associés métropolitains de psychothérapie, Atlanta, la Géorgie, et est administrateur clinique de l'effort et du programme Poteau-traumatiques de troubles de Dissociative à l'hôpital de Parkwood, Atlanta, la Géorgie. L'avantage de Suzette, Ph.D., est un camarade de recherches dans le département de la psychiatrie, de l'université libre, d'Amsterdam, des Pays Bas, et d'un psychologue clinique à l'institut régional pour des troubles mentaux ambulatoires d'Amsterdam de santé/nouvel ouest, Amsterdam, les Pays Bas. Paul brunissent, M.D., est un psychiatre au centre d'hôpital de Northpark, Bundoora, Melbourne, Victoria, Australie.

Abstrait

Cet article est basé sur la théorie de dissociation de Pierre Janet et son concept de la non-réalisation d'un événement traumatique. Un modèle du traitement qui intègre la théorie de la dissociation-intégration de Janet avec les modèles trauma-basés contemporains de la thérapie est tracé. La nature des mémoires traumatiques est décrite, et un modèle étape-orienté pour leur traitement dans les patients présentant le trouble multiple de personnalité (MPD) est présenté. Dans le meilleur des cas une phase discrète dans le traitement global de MPD, ce bidon de phase lui-même soit subdivisé en étapes suivantes : (1) préparation ; (2) synthèse ; et (3) réalisation/intégration. Bien qu'un certain nombre de recommandations de traitement soient offertes, l'emphase ici est plus sur des concepts de clarification que sur la description des techniques.

Le trouble multiple de personnalité (MPD) résulte habituellement du traumatisme grave et répété dans l'enfance (Putnam, Guroff, Silberman, barban, et Post, 1986 ; Ross, Norton, et Wozney, 1989 ; Schultz, Braun, et Kluft, 1989). Le problème pathogène de noyau, c.-à-d., la présence et l'impact abrupt des mémoires traumatiques dissociées, est souvent indépendant de la forme ou des complications du MPD. Les thérapeutes expérimentés concourent que ce trouble ne peut pas être complètement résolu jusqu'à ce que ces mémoires traumatiques aient été avec succès traitées. Les cliniciens modernes travaillant avec MPD ont développé des stratégies efficaces de traitement pour réaliser ceci (par exemple. Très bien, 1991 ; Putnam, 1989.1992 ; Ross, 1989 ; Steele et Colrain, 1990), mais à notre avis la langue

conceptuelle dans laquelle ces stratégies sont couchées est insatisfaisant. En deux journaux reliés, certains des auteurs ont appelé l'attention sur l'utilisation non critique du terme « abreaction, » et eux a plaidé en faveur du concept de la dissociation au-dessus de la répression en décrivant et en expliquant les origines et de l'entretien des mémoires traumatiques (Van der Hart, et de Brown, 1992 ; Van der Hart, Steele, et brun, manuscrit en préparation). Récemment, Peterson a également souligné la nécessité de substituer des concepts plus appropriés au terme « abreaction » (Peterson, 1993). Plus tard, en leur manuel de traitement sur traiter la mémoire traumatique, Sachs et Peterson (1994) ont seulement maintenu le terme « abreaction spontané » comme synonyme pour le retour en arrière, et ont autrement employé le terme « mémoire traitant » en se rapportant au traitement de la mémoire traumatique.

Le but de cet article est de développer un modèle phase-orienté de traitement basé sur les concepts de Janet de la dissociation et de la « non-réalisation » des mémoires traumatiques. Dans ce modèle un certain nombre de techniques existantes de traitement sont largement intégrées. Puisque l'autre publicationso en particulier Steele et Colrain (1990) o fournissent déjà d'excellentes directives pratiques, l'emphase actuelle est sur des aspects conceptuels du modèle de traitement.

Les auteurs décrivent d'abord MPD, en termes de Janet, comme « désordre de la non-réalisation. » Ils explorent alors la nature des mémoires traumatiques, décrivant leurs diverses formes, et les réactions dissociative qu'ils peuvent évoquer. Après, ils décrivent le traitement des mémoires traumatiques comme phase distincte de noyau dans le traitement global de MPD. Cette phase peut se diviser médicalement et théoriquement en étapes suivantes : (1) étape de préparation ; (2) étape de synthèse ; et (3) étape de réalisation/intégration. En conclusion, ils discutent la « synthèse » des mémoires traumatiques contre l'expression des émotions ; la substitution des mémoires traumatiques avec des images mentales positives ; et finalement « réalisation » comme acte social, comme une opération mentale continue, et comme commencement de l'intégration.

MPD comme désordre de la Non-Réalisation

Janet (1904, 1919/25) a observé que les individus traumatisés semblent avoir eu l'évolution de leurs vies arrêtées.

Ils « sont attachés » à un obstacle lequel ils ne peuvent pas dépasser. Se produisant nous décrivons pendant que traumatique a provoqué une situation à laquelle l'individu doit réagir. L'adaptation est exigée, et l'adaptation est réalisée en modifiant le monde externe et en se modifiant. Maintenant, ce qui caractérise ces derniers les patients « joints » est qu'elles n'ont pas réussi à liquider la situation difficile (Janet, 1919/25, P. 660).

Janet (1935, 1945) a ajouté que ces individus traumatisés « n'ont pas réalisé » l'événement traumatique. Ainsi, la réalisation exige mettre l'événement dans des mots, le relier comme récit, et réconcilier l'expérience dans la personnalité, reconstituant de ce fait la continuité à l'histoire personnelle de l'individu. la Non-réalisation du trauma peut exister aux degrés variables. Beaucoup de personnes traumatisées ont une conscience subliminale de leur traumatization, mais ne peuvent pas soutenir pour la mettre dans des mots. Ils tendent à éluder toutes les références à l'événement. S'ils sont confrontés avec lui, ils deviennent fortement impatients, un phénomène que

Janet (1904) a appelé une phobie pour la mémoire [traumatique], et que Van der Kolk (1988) a considéré comme une incapacité de tolérer les sentiments liés au trauma. Leur inquiétude est, en fait, un acte de se séparer de la mémoire traumatique, un vol de l'acte de la réalisation (Janet, 1945). La non-réalisation complète est trouvée dans ces patients qui

ne faire aucune allusion plus à la formule verbale qui exprime l'événement supprimé, ni à l'inquiétude qui les arrête : pour eux, l'événement... ne semble jamais s'être produit. (Janet, 1905, P. 184)

Janet a appelé ceci la forme hystérique de non-réalisation, qui le plus clair a été démontrée dans des patients de MPD (Janet, 1910). Dans une veine contemporaine comparable, Ross (1989, P. 59) a caractérisé MPD comme se produisant quand une petite fille qui est maltraitée l'imagine arrive à quelqu'un d'autre. Comme adaptation à l'abus continu, elle crée changent les personnalités qui seul souffrent l'abus. la Non-réalisation est complète dans cet enfant dans le sens qui pour elle, l'abus semble ne pas exister du tout. Pour elle a traumatisé changent des personnalités, l'expérience des événements traumatiques continue à exister car « des mémoires traumatiques » dissociées et, en tant que telles, ceux-ci aussi ne sont pas également réalisées.

Un foyer central dans le traitement des patients traumatisés est le traitement de leurs mémoires traumatiques. Ceci permet à elles de surmonter leur phobie pour, et à l'action d'éviter de ces mémoires traumatiques, de renverser la dissociation de ces mémoires, de réaliser les expériences affligeantes, et de les intégrer dans la totalité de leur personnalité. Tout le processus de thérapie, se déplaçant comme il fait inexorablement vers l'intégration peut, ainsi, pour être décrit également en termes de réalisation croissante.

La nature des mémoires traumatiques

Un des dispositifs centraux des patients traumatisés, comme ceux qui souffrent de MPD, est que leurs mémoires traumatiques continuent à exister car fortement affligeant les états psychophysiologiques dissociés. Ces mémoires traumatiques sont des états dans lesquels les événements traumatiques sont partiellement ou complètement, re-expérimentés. Dans la littérature clinique sur PTSD qu'elles sont considérées comme des formes de rappel intrusif (par exemple, Blank, 1985), alors que dans la littérature de MPD, elles désigné souvent sous le nom « des abréactions spontanés. » La dernière expression était le sujet de la critique récente des auteurs (Van der Hart et Brown, 1992), comme elle est basée sur le modèle hydraulique freudien des émotions refoulées.

Les mémoires de quelque manière que dénotées et traumatiques font partie de rappel empirique, et doivent être distinguées de la mémoire ordinaire ou narrative (Van der Kolk et ; Van der Hart, 1991). De la mémoire traumatique est caractérisée par un sens de timelessness et d'immuabilité, n'a aucune fonction sociale, et est réactivée par des stimulus de déclenchement. Elle suit également le principe de l'integrum d'annonce de restitutio, la tendance de tous les éléments du trauma d'être réactivé, une fois qu'un élément est mis en jeu (Janet, 1907.1928).

Le terme « mémoires traumatiques » devrait également être présenté dans la littérature clinique sur MPD pour décrire ces états qui sont des re-expériences partielles ou complètes du trauma. En raison de son manque de spécificité, 1921/2) expression alternative « complexe » de Jung (est beaucoup moins proportionnée.

Quand seulement dans le dispositional ou l'état dormant, les mémoires traumatiques ne sont pas habituellement un obstacle. Une fois réactivés, ils exercent alors leur influence nocive. Comme des « parasites dans l'esprit, » ils envahissent la conscience (Charcot, 1887 ; Janet, 1894). Les mémoires traumatiques n'existent jamais en tant qu'états complètement d'isolement. Elles sont toujours une « partie d'une certaine personnalité » (McDougall, 1926, P. 543). En décrivant les soldats intensément traumatisés de combat, Myers (1940) a ainsi intitulé leur état traumatisé « la personnalité émotive. » Il a observé que cet état a continué pour alterner avec « la personnalité apparent normale. » Il a parlé au sujet « apparemment de la normale, » parce que la mémoire traumatique pourrait manifester encore elle-même indirectement, par exemple par des phénomènes dissociative somatiques intrusifs tels que le moteur paralysé.

Dans MPD, ce doubler de la personnalité est plus complexe. Pendant le trauma réel lui-même, par le processus de la dissociation, un certain nombre changer les personnalités éprouvent séquentiellement différents aspects du trauma. Les auteurs préfèrent appeler cette dissociation linéaire de processus (comme proposé par B. Friedman, communication personnelle, (novembre 1993). Changer les personnalités peut également contenir une gamme de différentes dimensions (non-successives) de l'événement traumatique, dans ce cas les auteurs parlent de la dissociation simultanée. Janet (1907) a distingué les dimensions visuelles, auditives et cinesthésiques, entre d'autres. Braun (1988a&b) a systématisé ces dimensions dans le sien SE DORENT modèle. SE DORENT est un acronyme pour le comportement, affecte, sensation, et connaissance (dans ce que nous inclurons également les cognitions de l'individu à l'heure du trauma). Pour beaucoup de patients de MPD, des mémoires traumatiques peuvent être manifestées d'une façon linéaire et simultanée.

On l'identifie maintenant largement parmi des cliniciens et des chercheurs dans le domaine de l'effort poteau-traumatique, comme il était par Janet avant eux, que de la mémoire traumatique est réactivée dans des conditions particulières, spécifiquement dans les situations qui sont réminiscentes de la situation traumatique originale (Courtois, 1988 ; Gelinis, 1983 ; Steele et Colrain, 1990 ; Solomon, Garb, Bleich et Grupper, 1987 ; Van der Hart et Friedman, 1992 ; Van der Kolk, 1994). Ces situations s'appellent les déclenchements ou des stimulus de réactivation (Van der Hart, Boon, Friedman et Mierop, 1992). Pour des buts pratiques, les types suivants de réactiver des stimulus peuvent être distingués : (1) données sensorielles ; (2) stimulus relatifs au temps ; (3) événements de vie quotidienne ; (4) événements pendant la session thérapeutique ; (5) états émotifs ; (6) états physiologiques ; (7) stimulus recalling des intimidations par des malfaiteurs ; et (8) trauma courant (Van der Hart et Friedman, 1992 ; Van der Hart et autres., 1992).

Blank (1985) a distingué quatre types de mémoires traumatiques réactivées dans des vétérans de combat du Vietnam avec PTSD : (1) rêves et cauchemars vifs de l'événement traumatique ; (2) les rêves dont le rêveur se réveille, et a alors la difficulté secouer outre du sens des traumas rappelés, égalisent probablement le moteur de manifestation relatif au comportement au contenu rêveur ; (3) retours en arrière conscients, dans lesquels le sujet éprouve vividly des images des événements traumatiques ; et (4) retours en arrière sans connaissance, où le survivant a un soudain, une expérience discrète que cela mène aux actions, et où le contenu psychique manifeste seulement est indirectement lié au trauma. En outre, dans des retours en arrière sans connaissance le survivant n'a pas une conscience consciente de reliving des événements traumatiques, à l'heure du retour en arrière ou plus tard. L'amnésie peut suivre des réminiscences conscientes et sans connaissance.

Dans MPD que la re-expérience d'un trauma changent près des personnalités peut, dans certains cas, impliquer la perte complète de contact de la réalité actuelle aussi bien que l'amnésie pour l'occurrence et son contenu. Les auteurs suggèrent donc

la distinction suivante entre deux formes de mémoires traumatiques réactivées : (1) re-expériences partielles, et (2) re-expériences complètes. L'ancien souci la réactivation et la re-expérience du trauma, tandis que la personnalité exécutive et ses de conscience restent habituels également, à un certain degré, dans le contact avec la situation actuelle. En revanche, pendant une re-expérience complète, le trauma devient toute la réalité courante pour la personnalité dominante.

Les re-expériences partielles sont réfléchies, inachevées, et fragmentaires, avec une grande partie de l'occurrence contenue en dehors de la conscience de la personnalité exécutive (Steele et Colrain, 1990 ; Loewenstein, 1991). N'importe quelle dimension du trauma peut être réactivée et « relived. » Pendant un retour en arrière, le survivant de trauma se rend toujours habituellement relativement compte de ses environnements et situation courants. Il y a un genre de double de la conscience, c.-à-d., de reliving le passé (à ce que la personne commence également à répondre) tout en en même temps partiellement restant dans le présent. Le dissonance se produisant entre ces expériences parallèles peut induire des survivants se sentir « fous. »

Une distinction importante est faite dans la littérature entre les retours en arrière conscients et les retours en arrière sans connaissance (Blank, 1985). Pendant un retour en arrière conscient, il y a habituellement un composant visuel fort de la mémoire traumatique, impliquant qu'il y a une dimension cognitive au trauma re-expérimenté. Les survivants de trauma se rendent également partiellement compte de leurs circonstances, et se rappellent habituellement le contenu du retour en arrière après. Cette conscience combinée du trauma et de la situation actuelle peut provoquer un sens confus de temps. Bien que le trauma et la situation actuelle soient expérimentés dans le présent, les circonstances présentes peuvent être expérimentées dans un plus dépersonnalisé la façon.

Elle peut également se produire que la personnalité exécutive se rend plus compte d'autres dimensions sensorielles du trauma que le visuel. Janet (1898) a décrit en détail des exemples concernant seulement certains bruits d'audition tels que des cris, certaines sensations physiques telles que la douleur, et des émotions telles que la crainte et la colère. Ces éléments ont été dissociés du reste de la mémoire traumatique, et peuvent être re-expérimentés à un niveau subconscient par autre changent des personnalités. La personnalité exécutive peut alors ne pouvoir pas comprendre quel s/he est (au sujet de) expérience.

Comme précédemment mentionné, Blank (1985) a distingué le prétendu retour en arrière sans connaissance. En cela le survivant de trauma a une expérience soudaine et discrète menant aux actions, où le contenu psychique manifeste seulement est indirectement lié au trauma original. Le survivant n'a pas la conscience consciente de reliving le trauma, ou à l'heure du retour en arrière ou plus tard (Blank, 1985, P. 297). Les auteurs considèrent ce phénomène comme étant dus à la dominance de la dimension comportementale de la mémoire traumatique, avec d'autres (par exemple,) dimensions cognitives dissociées de la personnalité exécutive.

Des re-expériences complètes complètes ou proches ont été décrites dans la littérature classique en tant qu'attaques hystériques, ou en tant que crises somnambulistic (Briquet, 1859 ; Charcot, 1887 ; Janet, 1889, 1907). Récemment, rai de Loewenstein (1991, 1993) des reconstitutions dissociative principales. Pendant les ces derniers, la personnalité de directeur est complètement désorientée, et s'éprouve en arrière dans la situation traumatique originale sans fondre en réalité actuelle. Quand la dimension comportementale est également impliquée, on parle habituellement d'un re-enactment comportemental (par exemple, Van der Kolk, 1987b). Les patients peuvent être complètement inconscients à la situation actuelle et aux circonstances, telles que la présence des personnes dans la même salle. Il est

également possible que ces personnes soient perçues, mais seulement dans le contexte traumatique. Par exemple, quand un viol est re-expérimenté pendant une session de thérapie, le thérapeute peut être perçu en tant que violeur. Dans des re-expériences complètes, le patient a l'amnésie après, non seulement pour le contenu de l'expérience mais souvent pour le fait qui quelque chose peu commun produit du tout. Au lieu de cela, le sujet éprouve une perte de temps embarrassante ou la « amnésie pour l'amnésie » (Kluft, 1987).

Les associés des patients d'un certain MPD rapportent les observer ayant eu les cauchemars graves, pendant lesquels un trauma était apparemment re-expérimenté. Dans ces cas-ci, change la commande exécutive de gain et relive complètement l'expérience traumatique, parfois avec des re-enactments comportementaux intenses.

Réactions de Dissociative aux mémoires traumatiques réactivées

la Re-expérience d'un trauma peut également être une expérience traumatique à son propre chef. Juste comme dans le trauma aigu original, encore d'autres réponses dissociative peuvent se produire. Depersonalization, par exemple, non seulement peut avoir lieu pendant ou directement après des accidents de trafic (Noyes, Hoenck, et Kupperman, 1977), mais également pendant ou après une mémoire traumatique réactivée. Les auteurs distinguent deux larges catégories des réponses dissociative aux mémoires traumatiques réactivées :

1. Bref désordre réactif de Dissociative. Parfois la réaction dissociative est si intense, cela qu'elle peut être comparée au désordre aigu d'effort, la catégorie diagnostique proposée pour l'inclusion dans DSM-IV (Spiegel et Cardena, 1991). Elle se produit pendant ou directement après un événement affligeant, et est caractérisée par un ou plusieurs des symptômes intenses et persistants souvent suivants : (1) stupeur ; (2) derealization ; (3) depersonalization ; (4) déformations perceptuelles ; (5) sens subjectif d'engourdir ; (6) amnésie suivant l'événement affligeant ; (7) une expérience soudaine de la terreur, ou d'autres signes d'éveil physiologique.

2. Le changement change. Pour des patients de MPD, l'événement affligeant a été habituellement éprouvé par plusieurs change des personnalités. Pendant une mémoire traumatique réactivée les personnalités peuvent alterner encore. En réponse à cette réactivation, il est également possible que les commutateurs se produisent l'un ou l'autre change qui savent seulement du trauma, ou à ceux qui sont complètement ignorants de lui.

Cette commutation peut se produire très rapidement. Beaucoup agités change, particulièrement enfant change, remplacement rapidement entre eux sans pouvoir réduire la terreur propre. Puisque la fonction psychologique primaire de la dissociation est d'éviter re-d'éprouver les éléments traumatiques, il s'avérerait que la commutation rapide défait le but défensif original. Il produit à la place du dysphoria et du dysfonctionnement intenses, et favorise davantage de dissociation dans la réaction au processus rapide dysphoric de commutation elle-même.

En résumé, les mémoires traumatiques sont des déclarer sensorimoteurs qui peuvent être partiellement ou complètement re-expérimentés par l'individu. En outre elles peuvent être conscientes ou sans connaissance. Elles peuvent rester temporairement dans un état tranquille, mais sont souvent réactivées par les stimulus qui ressemblent à un certain aspect du trauma, littéralement ou symboliquement. L'évocation d'une dimension de mémoire dissociée tend à réactiver tous les

composants dissociés, et a réactivé les mémoires traumatiques peut elles-mêmes re-traumatiser le patient.

Un modèle de phase pour le traitement des mémoires traumatiques

Lucie was anesthetic over her entire body. When Janet pinched her arm hard she showed absolutely no reaction. Like the hidden observer phenomenon Hilgard (1973, 1977) experimentally demonstrated almost a century later-Adrienne responded with automatic writing to Janet's questions. Everything that Lucie did not feel, Adrienne did, and wrote down.

Later, Janet (1889) discovered yet another altered state of consciousness, between Lucie and Adrienne, and remarked that Lucie's consciousness seemed to be composed of three parallel streams: "Lucie 1," "Lucie 2," and "Lucie 3" (as he then called Adrienne). When Lucie 1 was hypnotized and entered the first stage of somnambulism, the first stream was interrupted and Lucie 2 appeared. In this state, Lucie 2 not only had memory for the periods in which she was predominant but also for everything Lucie 1 had experienced. In the third stage the stream of Lucie 2 was interrupted and Lucie 3 (i.e., Adrienne) appeared. Lucie 3 was able to remember experiences from all three personality states.

In Janet's view, Lucie 3 represented the total and complete individual consciousness. In the integrated third state she neither exhibited anesthetics nor unconscious actions. She also retained memories of a traumatic event that occurred at the age of 7 and which Janet believed to be responsible for her condition. While she was on holiday, two men hidden behind a curtain terrified her (Janet, 1886). In a later work, Janet wrote that such traumatic events could, in predisposed individuals, evoke dissociative phenomena, such as those manifested by Lucie.

CONCEPTS CENTRAL TO JANET'S DISSOCIATION THEORY

Most of Janet's predecessors and contemporaries believed that when a person such as Lucie did not perceive certain stimuli, they were still perceived unconsciously or mechanically (cf. Despine, 1880). Janet disagreed instead with authors such as Moreau de Tours and Taine who observed a separate awareness of such perceptions (Janet, 1886, 1887, 1889). Janet's conceptual point of departure was that behavioral patterns in animals as well as human beings always have conscious components. These perform a directive, regulatory function for movement and action of the organism. Not all of these proprioceptive functions (as Sherrington (1906) called them), however, are integrated in one indivisible subject, nor are they always registered by one indivisible personality.

In his first paper on this matter, Janet (1886) remarked that it is ridiculous to speak about the unconscious nature of suggestions. "One cannot say that there was in Lucie an absence of consciousness, but rather the existence of two states of consciousness (consciences)." In order to elaborate on this, Janet required the concepts discussed below; concepts which he developed and modified on the basis of his experimental studies and

clinical observations. Our exegesis in particular follows the system used in *L'Automatisme psychologique*, Janet's doctoral dissertation and his first major study of dissociation (Janet, 1889).

It should be mentioned that this book occupies a complex position in Janet's oeuvre. On the one hand it was his first book and the one in which he presented his dissociation theory. It was highly descriptive, covering psychological phenomena exhibited in hysteria, hypnosis, suggestion, possession, spiritism, etc., and described the role of traumatic experiences in hysteria. As such, it formed the basis for an extensive series of clinical studies on hysteria, all of which can be classified under his dissociation theory (e.g., Janet, 1894a, 1898, 1907, 1909a, 1911).

On the other hand, the main goal of this project was to study human behavior in its simplest and most rudimentary form, and to show that this elementary activity forms a psychological automatism: an automatism because it is regular and predetermined, and psychological because it is associated with consciousness. As such this book was Janet's first step in the direction of a more comprehensive psychology, both normal and abnormal, which came to be called the psychology of conduct (*la psychologie de la conduite*) (cf. Janet, 1920/1, 1926a,6, 1927, 1928, 1929, 1932, 1935, 1936). Janet felt that he could best study psychological automatism in individuals who exhibited it to an extreme degree, that is, in patients suffering from hysteria. He came to discover that most of these patients also suffered from unresolved- i.e., dissociated- traumatic memories.

Psychological Automatism

In his introduction to *L'Automatisme psychologique*, Janet made an apology for typifying the behavioral phenomena of his patients as automatisms, and for characterizing them as psychological. His intention was to distinguish automatisms from the mechanical-physical movements of inanimate objects. He felt that dissociated behavior patterns exhibited in catatonic or somnambulistic states or under hypnosis were not regulated by normal personality systems. Nevertheless, even when they were maladaptive, these patterns were still determined by psychological factors and could be readily distinguished from the action of mechanical objects.

Consciousness

There exists in living beings a poorly understood multidimensional regulating system, which Janet tried to describe and analyze in psychological terms. Regulating systems such as these which employ complex feedback mechanisms can never function autonomously. They serve a larger organization, i.e., the whole living organism. They regulate environmentally oriented (exteroceptive) movement. Inner proprioceptive regulating systems are based on these primary exteroceptive systems. In the course of evolution they have increased in number, and become connected and integrated in as yet poorly understood functional units. For Janet consciousness comprised these proprioceptive, inner regulating activities.

Janet's studies of his patient's behavior led him to break with traditional, quasi religious notions of consciousness and mind; notions that were based upon metaphysical attributes such as unity and identity. The consciousness manifested in his patients was not at all characterized by unity or an all-embracing identity. Janet noted his own findings and those of many predecessors which-demonstrated that a single organism can sometimes be steered by two or more systems of consciousness, by subsystems which interfere with each other or take control in capricious succession as exemplified by Lucie/Adrienne.

The Subconscious

Psychological observations have shattered belief in the unity and indivisibility of consciousness. Introspection alone shows us that at any given moment that we are aware of only a selected part of all possible sensory perceptions, thoughts, memory elements, feelings, and expectations. Conscious activities are but the vanguard of interactions between the living

organism and its environment. They give ad hoc priority to every aspect of the current situation, and this has the greatest value for maintaining contact with reality. The remote past and the near future have less reality value. By determining systematic activity, however, they nevertheless provide the essential background for more primary, exteroceptive, conscious activities. To this background also belong expectations, ideals, habits, memories, and acquired and inborn skills.

Janet summarized this whole functional background in his concept of subconsciousness. His predecessors and contemporaries often attributed supernatural or superhuman qualities to the subconscious, but Janet was opposed to these views, regarding them as prescientific. According to Janet, subconsciousness consisted of psychological automatism. He observed the formation of new nuclei of consciousness from hysterical automatisms. These dissociated nuclei of consciousness were independent from the central personality, and developed in response to vehement emotional experiences. The latter were particularly related to traumatic events.

As mere psychological automatisms these nuclei are defective in adaptation. They do not have functions at a reality level, and lack the powers of attention, judgement and volition necessary for adaptive interaction with the surroundings. Some of these nuclei, however, expand or grow through association with new ideas or images. As the central personality is weakened and the tendency to dissociate becomes stronger, these alternative states of consciousness, or somnambulistic states, more often take over control of the body.

In his study of the "elementary forms of human activity," Janet paradoxically found that certain dissociated elementary forms had, in fact, acquired creative and integrative capacities (cf. Binet, 1890). The creative process of association which tends towards functional unity thus seems not to be restricted to the main stream of consciousness.

Narrowing of the Field of Consciousness

With the introduction of the concept "field of consciousness," Janet added another dimension to the conscious/subconscious system. He wanted to show that not only the capacity for integration differs from individual to individual, but also the extent of consciousness varies. The field of consciousness is particularly restricted in hysterical patients. Conscious functions involved in current activities play a central part in the field or consciousness. The subject is less aware of psychological activities which occur at the periphery. Activities outside the field of consciousness become psychological automatisms.

The phrase "field of consciousness" was inspired by the analogous phrase "visual field." In the visual field, the central part also serves focused conscious perception, while the periphery registers vague stimuli. While peripheral stimuli may not be consciously perceptible to an individual, the person nevertheless often responds to them "involuntarily." An example is automatic movement of the head or trunk in the direction of a fleeting peripheral movement.

Narrowing of the field of consciousness does not refer to sensory perceptions alone. On a more abstract level, Janet (1909a) described the narrowing of the field of consciousness as the reduction of the number of psychological phenomena that can be simultaneously united or integrated in one and the same personal consciousness. In Janet's view, narrowing of the field of consciousness is one of the two basic characteristics of hysteria. Dissociation is the other.

Dissociation

A number of different factors can disturb the integrative capacity and lead to the splitting off (*dédoublement*) and isolation of certain psychological regulating systems. These dissociated nuclei of consciousness continue to lead lives of their own, as demonstrated by Lucie/Adrienne. Different nuclei of consciousness alternate in taking over the behavior, or interfere with each other.

These dissociated states of consciousness can be of varying degrees of complexity. The simplest form is a single *idée fixe* (fixed idea), which may be defined as an image, thought, or statement, with accompanying feelings, physical posture, and bodily movements. Traumatic memories are typical examples of such fixed ideas. The most complex of these dissociated states of consciousness are the alter personalities of patients with multiple personality disorder (MPD). In MPD an alter personality may have its own life history, and relatively enduring patterns of perceiving, relating to, and thinking about the environment and self (American

Psychiatric Association, 1987). These alter personalities have an individual sense of identity and distinguish themselves from the central personality.

Somnambulistic states occurring spontaneously or during hypnosis can also be considered as dissociated nuclei of states of consciousness. Somnambulistic states can gradually become more coherent and stable, but they do not always manifest themselves completely. In Lucie, partial somnambulism occurred when she was talking with somebody else, while Adrienne communicated via automatic writing with Janet.

The prevailing view was that the usual personality was regarded as normal, while the somnambulistic state was regarded as an abnormal, subconscious state. Janet did not always agree with this. For example, his patient Marceline was usually very depressed and had multiple serious symptoms in this state, including total body anesthesia. By contrast in her somnambulistic state she was a cheerful and active woman who had complete sensory control (Janet, 1910). Janet concluded that this healthier (but somnambulistic) state corresponded to the natural state of Marceline in her childhood, before she became ill. Hilgard (1977) recently reported the same observation.

Amnesia

Amnesia is the loss of memory for simple sensory perceptions or more complex products of consciousness such as traumatic memories. Certain so called conversion symptoms can be seen as amnesic lacunae. These lacunae concern sensory perceptions or certain patterns of movement. For example, an arm that is not felt falls outside of personal consciousness and is forgotten. It is ignored-behavior that Janet labeled "la belle indifférence d'une hystérique." In the somnambulistic state lost movement and sensation can return, as well as memory for previous somnambulisms. Conversely, while the habitual personality may have lost memories of sensations and movements, dissociated nuclei of consciousness may have these memories at their disposal. The same applies to traumatic memories, for which the individual is often amnesic.

Suggestion and Suggestibility

Patients suffering from the 19th-century diagnosis of hysteria were, as a rule, highly "suggestible." Recent findings of the high hypnotizability of patients with dissociative disorders such as MPD and PTSD confirm this early observation (cf. Bliss, 1986; Spiegel et al., 1988). When Janet explored the meaning of suggestion he found that it had come to mean practically anything. The vaguest definition was that of Bernheim (1886): "I will define suggestion as the action by which an idea is introduced into the brain and accepted by it." For Janet, suggestion was a specific manner of addressing the subconscious. To achieve suggestion effects, personal consciousness first had to be suppressed. This was usually not difficult in hysterical patients since their narrowed field of consciousness allowed them to be easily distracted.

Distraction was not always necessary for suggestive influence with hysterical patients. Given their narrow field of consciousness and their tendency to dissociate, the subconscious part of their personality easily submits itself to another's directions. Sensory perceptions, mental imagery, and emotions have free play. They are no longer subject to critical reasoning, nor to any other activities of personal consciousness. In Fromm's (1965) terms there exists a state of "ego-passivity." Suggestions now operate freely in the subconscious as if nothing exists outside.

Words directly evoke images, and these can seize control of the motor system, and emerge as a psychological automatism without meeting any resistance. Consciousness is reduced to a single isolated datum, a state which Janet termed monoideic somnambulism. The simplest form, in which one idea persists and is not replaced by another, is accompanied by catalepsy. The motor system rigidifies into certain postures or seizure-like states.

Hypnotic suggestions given to the subject in a specific somnambulistic state could only be removed when the subject was brought back to exactly the same state. The suggestion had become part of a system of psychological phenomena which led an autonomous existence outside the other psychological systems. The same applied to traumatic experiences which were subsequently dissociated from personal consciousness, or for events experienced while inebriated or after the use of hashish. Today we understand these phenomena as examples of State Dependent Learning (SDL). Essentially, what individuals learn or experience in one

psychophysiological state may not readily be transferable to another state of consciousness, and vice versa. Modern developments in SDL confirm the importance of Janet's observations (cf. Goodwin et al., 1969; Ludwig, 1984; Overton, 1978; Weingartner, 1978).

Because high suggestibility was characteristic of 19th century hysterical patients, some of Janet's contemporaries, such as Babinski (1901, 1909) saw hysteria as an illness based upon suggestion (if not outright malingering). According to Janet, suggestibility was the result of the narrowing of the field of consciousness and the tendency to dissociate.

Fixed Ideas

Fixed ideas (*idées fixes*) are thoughts or mental images which assume exaggerated proportions, have a high emotional charge and, in hysterical patients, are isolated from the habitual personality (or personal consciousness) (Janet, 1894a, 1895). When they dominate consciousness, they are enacted in real life. Fixed ideas can remain isolated but they may also grow automatically by assimilating new impressions or by linking together with other fixed ideas. Since they are dissociated, the individual is often, at least temporarily, unaware of them. These ideas manifest themselves in dreams, and during dissociative episodes such as hysterical attacks, somnambulistic states, and via automatic writing. Hypnosis (artificial somnambulism) is the medium of choice for discovering and exploring them.

Hysterical patients may be aware of part of a fixed idea, particularly certain statements, images, feelings and body movements. An example is feeling regret but not knowing why. A peculiar example concerned a 28-year-old woman, who repeatedly fell in the street. She had some awareness of throwing herself with force to the ground, and believed that dizziness was the cause. Under hypnosis, it became clear to Janet that her falling was part of a repetitive dream, in which she reenacted a suicide attempt in which she jumped into the river Seine.

In general, the conscious experiences are part of much more extensive fixed ideas-i.e., "dreams" or traumatic memories-which may be related in one person to an insult, to an accident in another, and in a third to the death of a family member. Janet noted that these dreams and memories "infiltrate" personal consciousness and disturb it. Thus, phenomena which today are called "flashbacks" and "intrusive thoughts" were regarded by Janet as dissociative phenomena, and as a part of subconscious fixed ideas.

Janet (1894b) made an important distinction between primary and secondary fixed ideas. A primary fixed idea is the total system or complex of images-visual, auditory, kinesthetic, etc. -of a particular traumatic event together with the corresponding emotions and behaviors. Janet made a particularly deep analysis of these fixed ideas in the case of Justine (cf. van der Har and Friedman, 1989). For Justine, the primary fixed idea related to two cholera corpses she had seen at age 17.

Secondary fixed ideas are additional fixed ideas that have the same characteristics as primary fixed ideas. They are elements or fragments that have either detached themselves from a primary fixed idea, or have become linked to it by association. Thus in Justine's case, her intense fear of cholera led to a refusal to eat fruit or vegetables for fear of contamination, that persisted even after the original fixed idea had been therapeutically resolved. When only the secondary fixed idea is dealt with in treatment, the core of the problem continues to exist.

Trauma and Emotions

Janet has been repeatedly and mistakenly quoted as emphasizing hereditary factors in hysteria (cf. Zilboorg and Henry, 1941). Janet did refer to a congenital tendency to dissociate, and to the role of inebriation, physical illness, and exhaustion in producing hysterical symptoms (Janet, 1889, 1894a, b, 1897). He emphasized most forcefully, however, the role of vehement emotions such as terror in response to traumatic events. He focused

on the subjective aspects of these events rather than on their objective aspects. Janet often observed that certain patients responded with extreme fear or anger to situations which were trivial for most other people.

Janet made a careful distinction between feelings, which he saw as regulators of behavior, and emotions. Emotions such as extreme fear or anger occur when the subject is not capable of carrying out well-adapted actions. Instead energy is discharged into disordered actions of much lower quality (Janet, 1909b). Vehement emotions exert a disintegrative effect on the mind. They impair the ability to synthesize and integrate new information, and in susceptible individuals they cause dissociations. Traumatic memories

persist as fixed ideas, which may develop further subconsciously. They manifest themselves at times in dreams, flashbacks, and other dissociative episodes.

Janet gave many examples of emotional responses to trauma leading to hysteria (cf. Crocq and de Verbizier, 1988). A well-known case is that of Marie (Janet, 1889), a 20-year-old woman who suffered from seizures and spasms that always occurred after the onset of her menstruation. In her usual state, Marie remembered nothing of these attacks, except that she started trembling. In "artificial somnambulism," however, she became aware of the event that lay at the basis of the seizures: her first period, for which she was not prepared and of which she was terribly ashamed. To put a stop to the flow of blood, she jumped into a tub of cold water. Her menstruation stopped and she fell ill. This was the traumatic event that she relived with each new menstruation.

Janet noted that repeated vehement emotions also caused exhaustion, and with it a range of more general complaints such as abulia (lack of will power), inertia, emotionality, and a strong need for guidance and support. In modern terms we would characterize these responses as a post-traumatic decline (cf. Titchener, 1986). In general, the disintegrative effect of vehement emotions is most strongly exerted on the most recently formed and least stable aspects of the personality. The most recently formed, and least wellorganized memories are the first to be dissociated (Janet, 1909b). The personality, Janet observed, seems to fall back to an earlier level, prior to the now eliminated synthesis. Later, in therapy the synthesis may, perhaps, be reestablished. But if these emotions recur repeatedly, they hinder the restorative process, and the subject continues to be "attached" to the trauma and the developmental stage that preceded it (Janet, 1919/25).

DISCUSSION

A recent stimulus for the reappraisal of Janet's dissociation theory is Ernest Hilgard's neo-dissociation theory. Hilgard's model was directly inspired by Janet's dissociation theory (Hilgard, 1973, 1977). According to Hilgard, the most important difference between the two is that Janet regarded dissociative phenomena as only occurring in individuals suffering from hysteria. In Hilgard's view dissociative phenomena are universal experiences and not necessarily pathological in themselves. He also ascribed to Janet the view that dissociation only relates to a complete splitting between conscious and subconscious processes.

Hilgard's views do an injustice to Janet, who certainly distinguished lesser forms of dissociation occurring across a range of conditions and even in normal individuals. It is true, however, that Janet did focus in particular on the drastic dissociations which characterized his hysterical patients, and in many cases, he demonstrated the pathogenic role of trauma. It should be remembered that for Janet hysteria comprised all dissociative and related disorders.

Most modern studies of traumatic stress focus almost exclusively on post-traumatic stress disorder. Janet's work encourages us to seek the traumatic origins of a much wider range of disorders. Some such developments are already under way. Several studies in the field of dissociative disorders, in particular work on multiple personality disorder, indicate the traumatic origins in childhood of dissociative symptoms (cf. Gliss, 1986; Putnam et al., 1986; Ross and Norton, 1987; Shultz et al., 1985). Similar data have recently been reported with regard to borderline personality disorder (Herman et al., 1989).

Janet's dissociation theory should inspire us to develop a common theoretical approach to widely varying post-traumatic stress responses, thereby fostering a sense of unity in an otherwise highly fragmented field. One aspect of Janet's approach that may prove useful is his emphasis on the (sub)conscious nature of dissociative phenomena such as traumatic memories. Bearing this in mind may help therapists from becoming stuck in a symptom oriented or psychodynamic approach when dissociated fixed ideas need to be addressed.

Premature acceptance of Freud's idiosyncratic position vis-à-vis dissociation and consciousness probably delayed an appreciation of the alternative Janetian view. In their first paper on hysteria, Breuer and Freud (1893) clearly followed Janet's dissociation theory. They considered dissociated states of consciousness to be conscious.

We have become convinced that the splitting of consciousness which is so striking in the well known classical cases under the form of double conscience is present in a

rudimentary degree in every hysteria, and that a tendency to such a dissociation, and with it the emergence of abnormal states of consciousness... is the basic phenomenon of neurosis. These hypnoid [or somnambulistic] states share with one another and with hypnosis one common feature: the ideas which emerge in them are very intense but are cut off from the associative communication with the rest of the content of consciousness. (SE 2: 12)

Two years later, however, Freud and Breuer introduced the concept of the unconscious, and Freud began to ignore dissociative phenomena and multiple nuclei of consciousness. When confronted with these questions he was anxious to sidestep the issue as soon as possible. Zemach (1986) quoted Freud thus;

Depersonalization leads us to the extraordinary condition of double consciousness, which is more correctly described as split personality. But all of this is so obscure and had been so little mastered scientifically that I must refrain from talking about it any more to you. (SE 22: 245).

Zemach found Freud's arguments for the existence of purely unconscious processes logically untenable, and Freud's reasons for rejecting the dissociation theory as invalid. Reconsideration of Janet's dissociation theory, and Breuer and Freud's early work consistent with it, will enhance our understanding of widely divergent post-traumatic stress states and increase our effectiveness in treating these states.

ACKNOWLEDGMENTS

Based upon a plenary presentation at the Third International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, Illinois, September 18-21, 1986, and written while the first author was affiliated with the Department of Psychiatry, Free University Hospital, Amsterdam, Netherlands. The authors are grateful to Drs. Paul Brown and Frank Putnam for their helpful comments on an earlier draft.

REFERENCES

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (third edition revised), American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Babinski, J. (1901). Definition de l'hystérie. *Rev. Neurol.* 9: 1074-1080.
- Babinski, J. (1909). Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Phitiathisme. *Semaine Mid.* 59: 3-8.
- Bernheim, H. (1886). *De la suggestion et des applications à la thirapeutique*, Doin, Paris. Binet, A. (1980). Book Review of Janet, P., *LA utomatisme Psychologique*. *Rev. Philos.* 29(1): 198-200.
- Bliss, E. L. (1986). *Multiple Personality, Allied Disorders and Hypnosis*. Cambridge University Press, Cambridge, Mass.
- Breuer, J., and Freud, S. (1893). Über den psychischen mechanismus hysterischer Phänomene [On the psychical mechanism of hysterical phenomena]. *Neurologischer Centralblatt* 12: 4-10, 43-47. [Also in Breuer, J. and Freud, S. (1895)].
- Breuer, J., and Freud, S. (1955). *Studies on Hysteria. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, The Hogarth Press, London: (Original Publication, 1895).
- Briquet, P. (1859). *Traite clinique et thirapeutique de l hysterie*, J.-B. Bailliere et Fils, Paris.
- Carlson, E. T. (1986). The history of dissociation until 1880. In Quen, J. M. (ed.), *Split Minds/Split Brains*, New York University Press, New York.
- Charcot, J.-M. (1887). *Lecons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, Progres Medical, Delahaye and Lecrosnie, Paris.
- Crocq, L., and de Verbizier, J. (1988). Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. *Bulletin de Psychologie*, Tome XL1, No. 385, 483-485.
- De la Tourette, G. (1887). *L Hypnotisme et les états analogues au point de vue medico-liga!*, Librairie Plon, Paris.
- Deleuze, J. P. F. (1813). *Histoire critique du magnetisme animal (2 volumes)*, Mame, Paris. Despine, P. (1880). *Le somnambulisme*, F. Savy, Paris.
- Fromm, E. (1965). Hypnoanalysis: Theory and two case excerpts. *Psychotherapy: Theory Res. Pract.* 2: 127-133.
- Goodwin, D. W., Powell, P., Bremer, D., Hoine, H., and Stern, J. (1969). Alcohol and recall: State-dependent effects in man. *Science* 163, 1358-1360.
- Gros Jean (1855). Lettre de Gross Jean à son évêque. (Cited by Janet, 1889).
- Herman, J., Perry, J. C., and van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma and borderline personality disorder. *Ame. J. Psychiat.* 146: 490-495.

- Hilgard, E. R. (1973). A neodissociation theory of pain reduction in hypnosis. *Psychological Rev.* 80: 396-411.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, Wiley, New York.
- Janet, P. (1886). Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité. *Rev. Philos.*, 22(2): 212-223.
- Janet, P. (1887). L'Anesthésie systematisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Rev. Philos.*, 23(1): 449-472.
- Janet, P. (1889). *LA utomatisme psychologique*, Felix Alcan, Paris (Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1973).
- Janet, P. (1894a). *L'Etat mental des hysteriques: Les accidents mentaux*, Rueff and Cie, Paris. Janet, P. (1894b). *Histoire d'une ideefixe*. *Rev. Philos.*, 37(1): 121-168. [Also in Janet (1898).] Janet, P. (1895). Les idées fixes de forme hystérique. *Presse Medicale*, 3: 201-203. [Also in Janet (1898).]
- Janet, P. (1897). L'Influence somnambulique et le besoin de direction. *Rev. Philos.*, 43(1): 113-143. [Also in Janet (1898).]
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes, Vol. 1*. Felix Alcan, Paris.
- Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*, Macmillan, London/New York. Second edition with new matter: 1920. Reprint of 1920-edition: Hafner, New York, 1965. Janet, P. (1909a). *Les névroses*, Flammarion, Paris.
- Janet, P. (1909b). Problemes psychologiques de l'emotion. *Rev. Neurol.*, 17(2): 1551-1672. Janet, P. (1910). Une Félicité artificielle. *Rev. Philos.*, 69(1): 329-357. [Also in Janet (1911).] Janet, P. (1911). *L'Etat mental des hysteriques* (second edition), Félix Alcan, Paris. Reprint: Lafitte Reprints, Marseille, 1983.
- Janet, P. (1919). *Les meditations psychologiques* (3 volumes). Felix Alcan, Paris. Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1984. English edition: *Psychological healing* (2 volumes), Macmillan, New York, Reprint: Arno Press, New York, 1976.
- Janet, P. (1920/1). La tension psychologique, ses degrés, ses oscillations. *Brit. Psycho. (Medical Section)*, 1(1-15): 144-164, 209-224.
- Janet, P. (1920a). *De l'angoisse à l'extase, Vol. 1: Un delire religieux, la croyance*, Felix Alcan, Paris.
- Janet, P. (1926b). *Psychologie experimental: Les stades de l'evolution psychologique*, Chahine, Paris.
- Janet, P. (1927). *La pensee intérieure et ses troubles*, Chahine, Paris.
- Janet, P. (1928). *De l'angoisse à l'extase, Vol. 2: Les sentiments fondamentaux*, Félix Alcan, Paris. Janet, P. (1929). *L'Évolution psychologique de la personnalité*, Chahine, Paris. Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1984.
- Janet, P. (1932). *La force et la faiblesse psychologiques*, Maloine, Paris. Janet, P. (1935). *Les débuts de l'intelligence*, Flammarion, Paris.
- Janet, P. (1936). *L'Intelligence avant le langage*, Flammarion, Paris.
- Ludwig, A.M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *Am. J. Clin. Hypn.* 26: 93-99.
- Ludwig, A.M. (1984). Intoxication and sobriety: Implications for the understanding of multiple personality. *Psychiatric Clin. of North Am.* 7: 161-169.
- Moreau de Tours, J.J. (1845). *Du hachisch et de l'aliénation mentale: Études psychologiques*. Fortin, Masson and Cie, Paris, English edition: *Hashish and mental illness*. Raven Press, New York, 1973.
- Moreau de Tours J. J. (1865). *De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hysterie (convulsive), à l'hysterie-epilepsie et à l'epilepsie*, Victor Masson et Fils, Paris.
- Moreau de Tours, J. J. (1869). *Traite pratique de la folie névropathique (vulgo hysterique)*, Germer Bailliere, Paris.
- Myers, F.W.H. (1887). Multiplex personality. *Proceeding Society of Psychical Research*, 496-514.
- Overton, D. A. (1978). Major theories of state dependent learning. In Ho. B. T. et al. (eds.), *Drug Discrimination and State Dependent Learning*, Academic Press, New York. Pinel, P. (1808). *Traite medico-philosophique sur l'alienation mental ou la manie* (second edition), Doin, Paris.
- Putnam, F. W., J. J., Guroff, E. K., Silberman, L., Barban and Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *J. Clin. Psychiat.* 47: 285-293. Richet, C. (1884). *L'Homme et l'intelligence*, Felix Alcan, Paris.
- Ross, C. A. and Norton, G. R. (1987). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases; Paper presented at the Fourth International Conference on Multiple Personality/ Dissociative States, Chicago, Ill.
- Rush, B. (1812). *Medical Inquiries upon the diseases of the Mind*, Kimber and Richardson, Philadelphia.
- Sherrington, C. S. (1906). *The Integrative Action of the Nervous System*, Yale University Press, New York.
- Shultz, R., Braun, B. G., and Kluft, R. P. (1985). Creativity and the imaginary companion phenomenon: Prevalence and phenomenology in MPD, Paper presented at the Second

- International Conference on Multiple Personality/Dissociative States, Chicago, Ill., October.
- Spiegel, D., Hunt, T., and Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in post-traumatic stress disorder. *Am. J. Psychiat.* 145: 301-305.
- Taine, H. (1878). *De l'intelligence* (third edition), Librairie Hachette and Cie, Paris. Titchener, J. L. (1986). Post-traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In Figley, C. (ed.), *Trauma and Its Wake, II*, Brunner/Mazel, New York.
- van der Hart, O., and Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglect intellectual heritance. *Dissociation*, 2(1): in press.
- Weingartner, H. (1978). Human state dependent learning. In: Ho, B. T. *et al.*, (eds.), *Drug Discrimination and State Dependent Learning*, Academic Press, New York. Zemach, E. (1986). Unconscious mind or conscious minds? *Midwestern Studies Philos.* X: 121-149.
- Zilboorg, G., and Henri, G. W. (1941). *A History of Medical Psychology*, Norton, New York.