

Société pour l'Information Psychiatrique - Toulouse, 2017

**La relation entre les traumatismes et les troubles graves de la
personnalité**

Frank Yeomans

Nel Draijer

Paulina Van Zon

Mon sujet aujourd'hui sera la relation entre le traumatisme et les troubles graves de la personnalité. Je discuterai, en premier, une théorie qui nous aide à comprendre l'impact du traumatisme sur la structure psychique; et deuxièmement, une forme de psychothérapie psychanalytique qui peut aider un certain groupe de personnes affligées par le traumatisme. Pour terminer, je donnerai l'exemple d'un cas clinique.

La relation entre le traumatisme et les troubles de personnalité a une histoire complexe. Il y a une vingtaine d'années, des recherches ont démontré une incidence élevée de traumatisme infantile dans la population caractérisée par le trouble de personnalité limite. Ceci a attiré l'attention des praticiens comme des chercheurs. Certains ont mis en doute le concept

même de trouble de personnalité limite, déclarant que ce diagnostic concerne une forme de trouble post-traumatique, et que le trouble limite n'avait pas, au fait, d'existence indépendante.

Ces auteurs ont tenté de modifier la visée du traitement de la personnalité limite. S'éloignant d'une perspective qui privilégie la structure de la personnalité en tant que telle, ils se sont focalisés sur l'histoire du traumatisme, ainsi que sur la nécessité de faire face au passé, de sorte à apprendre à vivre avec lui et avec ses conséquences.

Cependant, ces résultats sont loin d'être universels, et les types de maltraitance infantile susceptibles de mener à des séquelles ne se produisent que dans une minorité de cas de troubles de personnalité. La juxtaposition suggérerait que l'adversité précoce est un facteur de risque, mais n'implique pas que le TLP, qui est un trouble multidimensionnel et complexe, soit une forme de SSPT (syndrome de stress post-traumatique).

Un autre concept qui commence à entrer en vigueur actuellement est celui du "SSPT complexe", où des événements traumatiques multiples et répétés sont censés avoir causé un éventail plus large de symptômes. Ce diagnostic n'a pas été accepté par le DSM-5, mais il devrait apparaître dans le

classement de l'OMS. Cette catégorie risque d'encourager les praticiens à privilégier le facteur des traumatismes dans le TLP plutôt que de tenir compte d'un tableau d'une plus grande envergure.

Mon objectif, dans ce discours, c'est de présenter une manière d'intégrer la perspective traumatique à une perspective structurale qui souligne l'impact du traumatisme sur la structure du psychisme ainsi que les conséquences qui en découlent. Après ces considérations théoriques, je décrirai le cas clinique d'un jeune homme qui, enfant, avait été soldat pendant plusieurs années en Afrique avant de se réfugier au Pays Bas.

On observe fréquemment l'agressivité et la colère dans les cas de traumatismes liés au combat, et elles exercent une influence négative sur le résultat du traitement (Yehuda, 1999). Cependant, les théories et les traitements les plus répandus du syndrome de stress post-traumatique postulent que c'est surtout la peur qui serait ici l'affect dominant (Orth & Bieland, 2005). La littérature sur le traitement de personnes traumatisées, y compris des réfugiés, néglige considérablement ET la peur, ET l'agressivité (Ehnholt & Yule, 2006; Nicholl & Thompson, 2004). De la même manière, l'agressivité sévère n'est pas souvent définie comme un objectif important lors du traitement du trouble dissociatif d'identité (TDI). Cependant, gérer

l'agressivité clivée est encore plus difficile dans le cadre de ce désordre que dans le SSPT.

Avant de poursuivre par des considérations cliniques, je vais me pencher brièvement sur le modèle du psychisme tel qu'il est décrit dans la théorie des relations d'objets.

Quelques concepts de la théorie de la relation d'objets nous aident à comprendre l'impact du traumatisme chez certains patients. Un concept fondamental est celui de la diffusion de l'identité comme élément fondamental des troubles de personnalité graves.

Ce terme se réfère à un état du soi qui est fragmenté. Pour mieux comprendre cette fragmentation, il faut considérer le rôle de dyades de relations d'objet dans la construction de la structure psychique. Une dyade consiste en une image, ou représentation, de soi très spécifique en relation avec une image, ou représentation, d'autrui, également très spécifique - les 2 sont liées par un affect intense. Ces dyades sont intériorisées en cours de développement et sont les blocs de construction ("building blocks") de la structure psychique.

La diffusion d'identité est un état précoce dans le développement psychologique- qui est également présent chez les personnes "limite". Quand il y a diffusion d'identité, les dyades ne sont pas intégrées dans une structure plus évoluée, et fluctuent rapidement selon les événements "déclencheurs" de la vie de la personne. Pour mieux comprendre la diffusion de l'identité, on peut dire que l'élément essentiel en est le manque d'intégration des éléments cognitifs et affectifs qui constituent le soi. Cette structure clivée du soi est associée aux mécanismes de défense primitifs, tels le clivage, l'idéalisation et la dévaluation, ainsi que l'identification projective.

La structure clivée du psychisme est considérée comme une étape infantile du développement psychologique. Le nouveau-né vit des expériences de satisfaction totale quand la personne nourricière répond à ses besoins; en revanche, du fait de l'absence du concept de la permanence de l'objet, il vit des expériences effrayantes d'abandon et de souffrance si l'objet nourricier ne répond pas aux besoins du moment, voire pire encore, répond avec agressivité. Ce tri d'expériences positives et négatives est lié au développement et aux manifestations des pulsions libidinales et agressives qui s'organisent autour de représentations internes de soi et des autres. Plus spécifiquement, les pulsions libidinales s'organisent autour des

représentations internes de l'autre nourricier et du soi comblé, et les pulsions agressives s'organisent autour des représentations de l'autre hostile et du soi rejeté ou endommagé.

Cet étape du développement constitue, dans la terminologie kleinienne, la position schizo-paranoïde: l'esprit est clivé et, à cause de la projection des affects agressifs, lesquels ne sont pas reconnus comme une partie de soi, se caractérise par une paranoïa chronique. L'individu vit avec l'anxiété que la proximité à l'autre est dangereuse et comporte un risque d'attaque.

Dans le développement psychologique réussi, l'expérience de la vie amène l'individu à dépasser l'organisation psychologique clivée pour atteindre l'organisation adulte où l'intégration des représentations extrêmes et simplistes se mue en représentations plus complexes et réalistes de soi et des autres.

Il est primordial d'apprécier l'impact du niveau de l'organisation psychique sur:

- la perception de soi
- la perception des autres
- l'expérience des affects, et
- l'expression des pulsions.

La personne organisée au niveau limite (clivé) a une expérience des affects unidimensionnelle et discontinue: elle aime passionnément et elle haït intensément. La complexité émotionnelle n'existe pas: ainsi, ce qui est ressenti à *l'instant présent* définit l'ensemble de la réalité de la personne, sans contact ou influence du vécu précédent.

Cette structure et ces défenses ont un impact sur l'épreuve de la réalité: sans toutefois mener à la perte totale de celle-ci, l'impact des représentations internes simplistes, - projetées sur les expériences quotidiennes, - est de fausser le vécu conformément aux images exagérées du monde interne. La combinaison de ces distorsions et de l'agressivité projetée résulte en une adaptation peu réussie à la complexité du monde et des relations humaines. L'élément de ce portrait le plus significatif quant à la question du traumatisme est le manque d'intégration des affects et des pulsions agressifs dans le tissu de l'organisation psychologique.

Dans le développement psychologique réussi, l'individu dépasse l'organisation clivée et arrive à intégrer les affects libidinaux et agressifs. Il peut aimer avec la conscience qu'il est capable d'assumer la critique par l'objet aimé et que l'objet aimé peut le décevoir ou même lui faire mal,... le tout dans le contexte de la relation amoureuse. Les personnes avec le TLP

ne bénéficient pas de cette étape d'intégration et continuent à vivre dans un monde clivé: l'amour doit être pur, et la haine aussi. Il est évident que ceci ne correspond pas à la réalité.

La relation entre le traumatisme et cette structure psychique clivée est réciproque: des expériences de traumatisme précoces renforcent la partie agressive du psychisme clivé, rendant l'intégration plus difficile. En même temps, la structure clivée crée une situation où il est plus difficile d'intégrer des expériences traumatiques d'une manière qui permet de les métaboliser et de les maîtriser psychologiquement.

Je passe maintenant à un instantané d'une thérapie qui s'adresse à cette problématique.

La psychothérapie focalisée sur le transfert (la PFT) est une psychothérapie basée sur les concepts de la théorie des relations d'objets qui visent les troubles de personnalité. Cette thérapie est organisée dans divers manuels, et est fondée sur des bases empiriques par une série de enquêtes cliniques (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006, 2007; Yeomans, Clarkin & Kernberg, 2002).

La thérapie met l'accent sur l'impact des défenses primitives telles qu'elles se déploient en situation thérapeutique. Les éléments clivés du monde interne vont se manifester d'une manière dissociée. Le patient communique ce dont il est conscient par la parole. Les éléments du monde interne - que le patient ne peut pas tolérer - se manifestent dans la rencontre patient-thérapeute par la communication non-verbale ou par les réactions contre-transférentielles suscitées par l'identification projective. L'identification projective est au cœur de la démarche thérapeutique, surtout du travail avec les patients qui ont subi l'impact d'un traumatisme, car elle permet au thérapeute d'appréhender les obstacles à l'intégration psychique du patient.

L'objectif global de la PFT est l'intégration des éléments dissociés du psychisme en un ensemble riche et harmonieux. Une supposition fondamentale de la PFT est que l'être humain est un animal social qui cherche en même temps le lien avec autrui et l'autonomie. Ces deux objectifs, quelquefois en conflit, sont liés aux pulsions libidinales et aux pulsions agressives.

J'ai déjà discuté l'organisation schizoparanoïde qui divise le monde entre le "tout bon" et le "tout mauvais", les deux étant séparés par le clivage. Chez

les individus qui ont subi des traumatismes sévères, ce clivage atteint le niveau de la dissociation.

Les questions théoriques sur la relation entre clivage et dissociation, et plus particulièrement de savoir si le clivage est un phénomène dissociatif, relatif au traumatisme, dépasse le cadre de cette présentation. Il suffira, pour les besoins de cette discussion, de considérer la dissociation comme une forme extrême du clivage. Il est essentiel de comprendre que le conflit est le moteur du clivage et de la dissociation. Le conflit principal est celui entre l'approche à l'autre (la recherche de l'intimité et du lien avec l'autre) et le rejet du contact et de la dépendance - rejet qui sert à protéger contre le risque *de l'attaque* ou *du contrôle de l'autre*.... Au fond, c'est le conflit entre l'amour et l'agressivité).

Dans l'organisation schizoparanoïde, le monde interne clivé comporte des dyades investies par des affects opposés. Du côté négatif de ce monde clivés, les dyades totalement dures se composent d'images de relations de persécution et de domination, basées sur un mélange de réalité subjective passée, de ses propres affects agressifs, de l'identification avec les agresseurs et d'une forte crainte.

Dans la situation thérapeutique, comme dans toute relation, il se peut que les 2 pôles de la dyade peuvent changer de place - il y a le renversement de rôles : la «victime» anxieuse qui craint les représailles d'un autrui puissant peut soudain devenir une force dominante, attaquant l'autre, à présent affaibli. Ceci présente un défi pour le thérapeute parce que le renversement de rôles se passent le plus fréquemment dans le comportement du patient, sans qu'il en soit conscient. Si le thérapeute est vécu comme un «mauvais objet» - un objet méchant et dangereux, le patient peut attaquer pour se protéger d'être détruit -- promulguant ainsi l'agression sans avoir totalement conscience d'être agressif.

Ce modèle de pensée du type "relation d'objet" conduit le thérapeute à explorer ces projections de manière empathique vis-à-vis du patient, cherchant à regarder comme par les yeux du patient.

Cette perspective est très utile dans la compréhension et la gestion de l'aller-retour constant des interactions au coup par coup dans le traitement des patients atteints de troubles de la personnalité ainsi que des troubles dissociatifs sévères (Draijer, 2009, 2010).

Les interventions de la PFT consistent à explorer le monde intérieur du patient et sa vision du thérapeute à partir de ce monde. Pour y parvenir, il est particulièrement important d'expérimenter pleinement le transfert dans l'ici et le maintenant. La question à se poser est « le patient, que "fait"-il de moi en ce moment? »), Il faut suivre avec empathie le patient dans sa "création" du thérapeute, contenant la dyade ainsi exprimée et présentant cette information au patient.

Ainsi, une intervention pourrait être construite comme suit: «Si je vous entends correctement, c'est comme si vous me voyiez en tant que quelqu'un de cruel et de dominant. Cela doit être une situation très effrayante pour vous. » Lorsque les patients font l'expérience d'être correctement compris par notre articulation de la relation comme ils la perçoivent et comme ils la ressentent, ils se calment... si tout va bien..., même s'ils sont en colère, et ils peuvent commencer à réfléchir sur ce qui se passe.

Une fois que le fonctionnement de réflexion du patient commence à s'améliorer - chose qui peut prendre un certain temps - la tâche du thérapeute est de confronter soigneusement le patient avec les incohérences et oscillations entre les dyades, suscitant la curiosité empathique du patient pour son propre monde intérieur.

Un exemple d'intervention serait le discours suivant: «C'est intéressant, il y a quelques minutes, notre conversation semblait plutôt intime et vous aviez partagé votre tristesse avec moi, apparemment me voyant comme un interlocuteur sûr et fiable, mais tout à coup, il semblerait que vous me percevez comme une menace contre laquelle vous devez vous protéger en reprenant le contrôle totale. Comment est-ce que vous comprenez ces deux états d'esprit?»

Et enfin, lorsque le patient est capable de réfléchir et d'expérimenter la relation thérapeutique comme favorable au moins pour une partie du temps, il appartient au thérapeute d'interpréter les strates défensives des dyades opposées. L'«interprétation» en PFT est un processus qui conduit à présenter simultanément les dyades positives et négatives au patient, tout en les reliant.

Par exemple: «Se peut-il que d'une part votre colère soit tellement extrême, vous distanciant par rapport à moi, parce que, d'autre part, vous vous sentez si vulnérable en prenant conscience du fait que vous désirez profondément une relation sécurisante avec une figure parentale de confiance?» Ou encore: «Se peut-il que vous semblez préférer me voir

comme totalement indigne de confiance parce que me percevoir comme digne de confiance et fiable vous fait ressentir toute la tristesse de vos pertes? Se peut-il qu'en agissant ainsi, vous protégez votre cœur contre la perte d'un être cher pour la deuxième fois? » Alors, l'interprétation porte sur le « vous et moi », le « ici et maintenant » : elle n'est pas étiologique.

Tout ce processus d'interaction et d'interprétation étape par étape (Caligor, Diamond, Yeomans et Kernberg, 2008) aboutit à l'atténuation progressive de la colère et la rage, et finalement à l'intégration de la personnalité.

Dans la PFT, le patient est tenu pour responsable de son rétablissement; cela signifie qu'au début du traitement, un contrat est passé concernant les "passages à l'acte (auto-) destructeurs", en expliquant au patient que ce comportement est contraire à une évolution vers la santé et prive la thérapie des affects qui motivent les passages à l'acte.

Lorsque le patient pourrait souligner qu'il ne connaît qu'une seule solution au conflit, à savoir, l'utilisation de la violence, le thérapeute le tient pour responsable de s'en empêcher: «Tous les sentiments ont droit de cité et sont pris en compte, même la rage meurtrière, pourvu que nous puissions en parler et ne pas passer à l'acte. » Lorsque le patient décrit une tendance

au passage à l'acte, ou quand il a effectivement agi, on lui demande d'en parler en premier lieu à la prochaine session.

En anticipant le cas que je vais vous décrire, pour empêcher la répétition du cycle des abus, «le soldat doit apprendre à parler.»

* * *

Ici le cas

Ishmael était un homme de 21 ans quand il avait commencé la thérapie. D'origine de la Sierra Leone, il était venu au Pays-Bas à l'âge de 18 ans. Pendant 3 années il avait participé dans un thérapie de soutien dont les objectif principaux étaient de stabiliser ses affects et lui donner un support. La thérapie était sans succès. Ensuite, le thérapeute a changé à la PFT. Il était bientôt évident qu'Ishmael était très ambivalent en relation à la thérapie. Il était motivé mais, en même temps, il avait peur de l'intimité inhérent dans la relation thérapeutique. Il avait surtout peur de la possibilité qu'il perd le contrôle de son agressivité et qu'il blesse un autre qui serait innocent. Une fois, il avait battu sa petite-amie.

Ses diagnostics initiales étaient le TDI, le SSPT, la dépression, et le trouble de personnalité non-spécifié. Il avait des idées de suicide régulièrement et il avait été hospitalisé une fois. Il décrivait des sentiments

de méfiance intense, de culpabilité et de honte, de solitude extrême, et, au fond, le sentiment de ne pas être humain. Il a dit : « Il y a des moments quand je me sens plus animal qu'humain. »

Quelle était son histoire ?

Ishmael est né en Sierra Leone. Il a décrit les premières années de sa vie comme stable et plus ou moins heureuses. Mais à l'âge de 8 ans, des soldats rebelles ont tué sa mère devant ses yeux et l'ont pris. Depuis ce moment, il n'a jamais vu son père ni sa sœur.

Il est devenu enfant-esclave. Avec les rebelles, il était témoin à d'innombrables actes de cruautés - et il était forcé à participer dans ces actes.

Après 5 ans, il a pu s'échapper, et, après une période dans la capitale de son pays, il a pu aller vivre au Pays Bas où il a cherché l'asile.

Un résumé de La Psychothérapie.

La difficulté la plus importante au début de la Tx a été l'impossibilité de se maintenir présent psychologiquement dans la relation avec l'autre. Les manifestations de ceci étaient OU une forme de dissociation, surtout de « s'absenter » de la situation OU une manière d'assumer une attitude de dominance extrême et d'agressivité en relation au thérapeute. En même temps, il décrivait des sentiments de paranoïa avec des craintes intenses

d'être abusé, exploité, humilié, et, surtout, d'être abandonné. Il n'a pas pu se servir les techniques de régulation d'affect qu'il avait appris dans sa Tx précédente.

Quelle était l'expérience initiale de la thérapeute ?

Elle se sentait « inondée » par la peur face aux moments quand Ishmael paraissait agressif. Elle luttait pour maintenir la capacité de réfléchir sur de qui se passait. Dans ce contexte, le cadre à la fois théorique et pratique de la PFT l'ont aidé à comprendre les forces intenses et confuses qui étaient en jeu dans les séances de thérapie.

Le changement à la PFT avait comporté la transition d'un modèle de Tx qui se focalisait sur « une personne » - le patient et ses symptômes - à un modèle de Tx à « 2 personnes » qui focalisait sur les forces et conflits dynamiques qui se déployaient dans le champs interpersonnel entre le patient et la thérapeute.

Décrivant sa première réaction de la T à la transition à la PFT, la T a dit : « Il y avait une augmentation presque immédiate de contact et de compréhension de son expérience... - de ce qu'il vivait dès le moment quand j'ai commencé à explorer, et à voir, par ses yeux, la personne qu'il faisait de moi. J'ai pu comprendre la dissociation et l'agressivité comme ses moyens de réguler / de contrôler le distance et le niveau de contact dans notre

relation.

La T a décrite les premières dyades dominantes dans la Tx ainsi :

Le soi omnipotent et contrôlant en relation à l'autre faible, en position d'esclave

Le soi comme victime abusé en relation au sadique persécuteur

L'enfant enragé et sans contrôle en relation au parent incompetent et inutile

L'enfant dépendant, satisfait et soumis en relation au nourricier parfait.

Ce qui suit est un exemple d'une interaction transfert-contretransfert qui illustre la nature des relations dyadiques dynamiques dans la Tx.

Après avoir partagé une des ses expériences les plus traumatiques avec la T, le patient se sentait triste et, paraît-il, vulnérable. Dans un instant, il avait changé à un état totalement différent. La T a décrit le moment ainsi :

« Je me sentais submergée [overwhelmed] par un changement abrupt de la tristesse à l'agressivité. Ses yeux sont devenus très aigus et, d'une manière dérogatoire, il a dit : « vous ne voyez pas ? La lutte est partout autour de vous. » Son regard est devenu très dur avec un air d'indifférence. Ses lèvres ont pris la forme d'un sourire sadique. J'avais l'impression que je

faisais partie de la répétition d'une expérience violente et cruelle et qu'on était face à face dans une situation de combat. L'Ishmael que je connaissais n'était plus celui devant moi. Je voyais un rebel extrêmement dangereux et menaçant qui était capable de n'importe quoi. Je me demandais s'il voyait la même menace en moi. J'étais dans la confusion. Mon corps se sentait en danger et j'étais dans un état hyper-vigilant.

J'ai eu l'instinct de regarder ses mains, me demandant s'il m'attaquerait. L'essentiel dans le moment était de rester calme et réflexif, mais il y avait un sentiment de chaos qui m'envahissait. Je ne pouvais plus réfléchir sur ce qui se passait et je me sentais inondé de peur. Je cherchais désespérément mon cadre thérapeutique et mes outils mais, pour le moment, je ne les ai pas trouvés. Je me sentais paralysé et vulnérable. J'avais l'impression que je ne pouvais pas gagner cette bataille, qu'il était plus fort que moi. »

Dans des circonstances ainsi, l'essentiel est de nommer l'affect. Avant de s'adresser au « pourquoi », il faut se mettre d'accord du « quoi ? » - est-ce qu'on est d'accord sur ce qui est là.

La T a continué sa description : « Avec le maximum de tact que je pouvais trouver en moi, je lui ai demandé comment il décrirait son affect et si cela le surprendrait d'imaginer un affect agressif dans le moment.

« Il avait l'aire étonné. Subitement son agressivité a disparu Il a nié toute colère... et aussi tout peur. En ce moment, c'était lui qui était dans la confusion et qui paraissait vulnérable. Je me sentais l'agresseur pour avoir nommé son agressivité ...- lui était le victime. Je ne voulais pas ce rôle. Il y avait la confusion encore. »

Dans la supervision après cette séance, le superviseur et la T ont vu une défense agressive contre la tristesse et la vulnérabilité en même temps que la répétition d'un traumatisme - ... Tout ceci a créé dans la T un sens terrifiant de soumission et de confusion. Le patient avait réussi à évoquer dans la T la peur extrême qu'il n'a pas été capable de verbaliser ou même de sentir consciemment. Il y a eu un reversement de rôles entre le persécuteur sadique et le victime abuse. La première tâche du T dans de telles circonstances et de tolérer l'affect qui est insupportable pour le P.

Si la thérapeute est capable de vivre cette peur et de maintenir la capacité de réfléchir sur l'expérience, elle pourra contenir le « mauvais objet » - la représentation de ce qui est agressif et hostile - qui a été projeté sur elle et ensuite elle peut tenter d'engager le patient dans l'expérience de réfléchir sur et connaître symboliquement ce qui, jusque là, existait dans le patient comme un état affectif cru et non-symbolisé.

La curiosité empathique de la T par rapport à cet affect - au lieu du

rejet ou du retrait - peut engager le P à mieux connaître cet affect et de le vivre dans le contexte plus large d'autres états internes. Ainsi le patient commence à se rendre compte que l'état affectif qui le comble peut exister en relation avec d'autres états affectifs. Cela aidera le P à comprendre que cet affect n'exclue pas l'expérience d'autres expériences affectives et, donc, cet affect ne représente pas la réalité totale de la relation avec l'autre. Cette perspective plus large modifie son expérience ET de lui-même ET de l'objet : le soi et l'autre commence à cesser d'être unidimensionnels et extrêmement.../insupportablement intense. Il y a la capacité de réfléchir - mais il se peut qu'au début que cette capacité ne durera pas plus qu'une ou deux secondes. Cependant, c'est le début de la capacité de contenir les affects et de réfléchir sur celles-là qui suit la capacité de la T de tolérer, d'accepter, et de contenir tous les affects qui entrent dans la Tx.

Le processus dans le P est de lentement réunir les images du persécuteur qu'il craint et de la personne curieuse, empathique, et réfléchissante qui est devant lui - ... une personne qu'il pourrait désirer secrètement. Chacune de ces « personnes » est le reflet d'un état interne en lui. Ici commence le processus de l'intégration. Les états de soi et les objets internes persécutoires deviennent... petit à petit... détoxifiés (Scharff & Tsigounis, 2003).

Avec l'évolution de la Tx, la T éprouvait des sentiments extrêmes de

tristesse. Parallèlement, le P manifestait une meilleure capacité de tolérer ses sentiments de vulnérabilité et de rester en contact affectif avec la T.

En ce moment, la T a noté :

« Ishmael a exprimé des sentiments intenses d'être sans valeur qui étaient liés aux traumatismes qu'il avait vécu comme victime. Il a dit qu'il cherchait la paix ... dans la mort. J'ai senti sa haine de soi-même et sa douleur. J'avais de la difficulté à être en présence de ces sentiments - et j'ai essayé de changer sa perspective de culpabilité et de honte de lui-même - avec de la rassurance,... mais ceci paraissait créer une distance entre nous. Il m'a fait savoir qu'il n'y avait pas la place pour ce changement. En examinant mon contretransfert, je lui ai expliqué que ma tentative de changer sa perspective était un effort futile de ma part de gérer les sentiments d'impuissance que sa tristesse avait suscité en moi. J'ai ajouté : « Nous pourrions permettre la tristesse d'exister entre nous en restant assis, l'un avec l'autre - sans en parler. Il a dit que cela lui plairait, surtout parce qu'il n'y avait pas d'autre endroit où il pouvait tout simplement vivre sa tristesse. »

Dans un moment de contact des yeux, la tristesse m'a frappée. Il a vu que mes yeux se sont mouillés et il a vu que sa tristesse m'avait touché. Pendant un instant, il s'est retourné, mais il a repris contact avec mon regard et a

permis sa tristesse de continuer dans ma présence. Le moment de contact était intense. A la fin de la séance, il m'a dit que ce contact [**que la projection n'avait pas permis jusque là**] lui avait permis de se sentir plus en contact et moins seul.

Du point de vue des dyades, le sentiment d'impuissance et de tristesse de la T venait de l'identification projective. La tentative précoce de soulager le P et s'éloigner de la tristesse était une forme de passage à l'acte, semblable aux passages à l'acte du P.

Le moment de changement est arrivé quand la T a accepté la tristesse profonde et le P s'en est rendu compte et a compris que la T pouvait accepter de vivre et de tolérer l'émotion ensemble.

« Etre là », ensemble avec la tristesse, a ouvert la porte à tolérer le contact, à la relation, à tout ce qu'il avait senti en relation à la mère qu'il avait perdue.

Après 18 mois de la PFT, Ishmael manifestait une augmentation importante dans sa capacité de tolérer l'intimité et la vulnérabilité dans la relation thérapeutique. Cette évolution allait de paire avec la capacité d'accéder au segment libidinal de son monde interne, qui, jusque là, était clivé de sa conscience. En plus, il découvrait de verbaliser et de supporter des expériences douloureuses. Il y avait moins de changements abrupts

entre états affectifs opposés et moins de pensée en « noir et blanc ». Son expérience de ses affects agressifs était moins destructrice et effrayante. Il est devenu capable d'élaborer des fantasmes au lieu de passer à l'acte. Avec ceci, il a pu gérer ses émotions et s'affirmer d'une manière non-violente.

Au niveau des symptômes, il y eu une baisse importante de cauchemars, et de flashbacks. Il évitait moins les thèmes traumatiques. Il éprouvait moins de méfiance, de culpabilité, et de honte.

Quant au Trouble Dissociatif de l'Identité, il est arrivé à distinguer entre le passé et le présent et la dissociation a nettement baissé.

La tristesse et la réflexion avaient remplacées la rage dans son discours autour des expériences d'atrocités.

Dans la vie, il s'isolait moins et son contact avec autrui avait augmenté par un travail de bénévolat, des activités de groupe et des amitiés.

On arrive à la discussion du cas.

Dans cette Tx d'un enfant soldat de l'Afrique, la PFT a pu s'adresser à une agressivité non-intégrée et à la tendance du P de contrôler et dominer la thérapeute - un contrôle qui est tout-à-fait logique dans un système où l'agressivité est projetée.

Le modèle à base de la théorie de la relation d'objets a aidé le T à

comprendre le phénomène de l'agressivité clivée et des changements abrupts dans les états affectifs du P. En se focalisant sur le transfert et le contretransfert, la PFT amène l'attention du T à la « danse » interactionnelle et aux passages à l'acte dans la Tx plutôt que de s'adresser directement aux symptômes du P.

Un élément essentiel était le focus sur le champs interpersonnel dans le traitement de ce patient qui avait une histoire de traumatisme important. Après 3 ans de traitement, cette T a changé **d'un** modèle qui s'adressait aux symptômes où la psychopathologie est perçue comme exclusivement dans le patient à un modèle qui s'adressait à la dynamique interpersonnelle et intrapsychique du P telle qu'elle était perçue dans l'interaction entre le P et la T. C'est là où il est possible de percevoir et de comprendre l'impact du clivage et de l'identification projective. S'adresser à ces processus psychologiques a permis le Pt de réfléchir - de mentaliser, si vous voulez - de gérer ses affects, et d'arriver à une intégration psychologique qui a permis une intégration dans la société.

La capacité de gérer ses affects s'est effectué par le développement d'un modèle d'attachement sécure dans la relation thérapeutique.

Pour situer cette discussion dans un cadre plus large, ce modèle de

comprendre et traiter le P représente un changement ou le trouble post-traumatique (PTSD) complexe n'est pas conçu comme principalement un problème d'anxiété mais surtout comme un trouble relationnel qui est caractérisé surtout par l'isolation, le manque de connection, la méfiance, et le manque de représentations nourricières internes, ... en combinaison avec la rage contre les autres, la culpabilité, et la honte.

Le mécanisme de changement que nous proposons dans la PFT est l'accord (« attunement » harmonisation ?) que le T établit avec les dyades dominantes du P et les états affectifs liés à celles-ci dans l'ici et le maintenant de l'interaction.

On pourrait dire que la PFT est très proche à la Tx à Base de la Mentalisation - et c'est vrai jusqu'à un certain point. Cependant, une différence importante est la centralité du renversement de rôles dans les dyades. Une autre est l'insistance sur le conflit entre le segment libidinal et le segment agressif dans le psychisme. Dans ce sens, la PFT insiste plus sur l'agressivité comme une force dynamique qui est inée dans chaque individu.

Les modèles de traitement divers ont des perspectives très différentes quant à l'agressivité. Certains modèles n'y prêtent pas beaucoup d'attention. La Tx à Base de la Mentalisation la conçoit comme un élément **de l'autre** et pas du self (le « alien self »). D'autres modèles essaient de la

contôler (« apprendre gérer la colère ») ou de la supprimer, par ex, par les médicaments. En contraste, dans la PFT, l'agressivité est considérée essentielle et vitale - et, d'une certaine manière, saine - dans la dynamique interne de l'être humain.

Ceci dit, un nombre important de patients traumatisés ne manifestent pas l'agressivité directement. Elle peut se manifester dans les cauchemars ou les actes auto-destructeurs. Dans ces cas, l'agressivité est projetée sur des persécuteurs internes. Il est essentiel d'apprécier l'identification avec l'agresseur dans la dynamique de ces patients.

Notre position est qu'il est essentiel de s'adresser à l'agressivité du patient, d'accepter que cela représente une partie du P, et que - sans cette reconnaissance il sera impossible d'accéder à l'intégration de la personnalité.

Cependant - et je dis cela pour terminer - il existe des P qui n'accepte pas OU qui ne sont pas capable de faire face à la part d'agressivité en eux-mêmes. De notre point de vue, ces patients maintiennent une position qui comporte une certaine oppression, tenant à leur identité simple de victime et sujet à l'attaque perpétuelle de l'agressivité projeté.

Pour terminer, je vous offre la métaphore de la Tx comme un havre. Tous les bateaux sont les bienvenus - aucun n'est exclu du havre.

(i.e., all feelings and mental states, however negative they may be, are welcome into the

relationship with the therapist). The therapist then acts as a reflecting mirror in

which the patient sees a more integrated image of himself than what he is projecting. The containment of aggression and hatred are a precondition on the road

towards integration of good and bad. The murderous self needs to be seen, respected, welcomed and appreciated for what it means to the entire person: it is the keeper of horrible memories and it watches over the patient to avoid being hurt

again.

This aspect of self is extremely lonely ('dehumanized') and convinced that no-one will ever like him or be close to him. If this dangerous and hateful

part of the patient feels that he is understood, respected and appreciated,
his hate slowly

starts to melt. **Only then is there room for mourning and deep sadness.**

Finally, for the therapist to learn to make himself emotionally available for
the

inner world of the patient, to participate in this 'dance' and to recognize it
and

reflect on it in order to make an intervention, supervision is a 'condition
sine qua

non.' To develop this emotional availability, this mental skill and awareness
of

induced feelings and processing them into an intervention, we need a safe
and

accepting relationship with a supervisor.

Conclusion

Extreme aggression and a self state of a 'killer' - particularly in males -
poses

severe problems for patients with dissociative disorders, alienating them from other

people, preventing intimacy, and inducing fear in their psychotherapists.

This

problem is hardly addressed in the theory or research on PTSD and treatment

focuses primarily on anxiety.

Anger and aggression are central in severe traumatization, causing patients to

feel guilty, 'bad' and isolated, struggling for control and alienating them from

fellow humans. This is particularly the case when patients have been forced to kill.

In the treatment of former child soldiers with DID, suffering from split off aggression, TFP helps to address these aggressive parts and their tendency to seek

total control over, or oppression of, others including the therapist. It also helps free

them from their internal oppression.