

Le TSPT

&

les troubles de la personnalité

Louise Gaston, Ph.D.

Avril, 2016

The logo for TRAUMATYS features the word "TRAUMATYS" in a bold, sans-serif font. The text is white and set against a dark, textured rectangular background that resembles a brushstroke or a splatter of paint.

www.traumatys.com - 1-844-633-3326 - traumatys@gmail.com



Ce livret est dédié à tous les psychothérapeutes qui m'ont accompagnée et aidée,
à tous les superviseurs qui m'ont enseignée et soutenue,
à tous les psychothérapeutes qui m'ont permis de leur enseigner et de les accompagner,
et à toutes les personnes qui m'ont fait confiance à les accompagner en psychothérapie.

* * *

Tout au long de ce livret, le terme 'psychothérapeute' est employé pour signifier tout professionnel en santé mentale offrant des services de psychothérapie.
Le terme 'psychothérapeute' n'est employé qu'au masculin pour ne pas alourdir le texte, mais il réfère évidemment à tout psychothérapeute, homme ou femme.

Le terme 'personne' est employé pour désigner des sujets ou des patients (clients) ;
en bref, un être humain.

* * *

Ce document peut être reproduit, en partie ou au complet,
en citant sa source :

Gaston, L. (2016). Le TSPT et les troubles de la personnalité. TRAUMATYS :
www.traumatys.com

Table des matières

Préface

Introduction p. 1

L'intégrité physique et psychologique

Le vécu lors d'un événement traumatique et du développement d'un TP	p. 4
Les réponses des personnes bien structurées	p. 5
Les réponses des personnes ayant un TP	p. 7
Les patterns d'attachement	p. 9
Les corrélats neurobiologiques	p. 11
Les modèles dynamiques	p. 12
Le modèle dynamique d'Horowitz du TSPT	p. 13
Le TSPT au sein d'un TP	p. 14
L'approche Masterson	p. 19
Les tempéraments	p. 26
Similitudes entre le TSPT et les TP	p. 27
Les vulnérabilités des TP face au TSPT	p. 28

Les défenses contre l'intégration du TSPT

La triade des TP selon Masterson	p. 29
La triade des TP avec le TSPT	p. 30
Les mécanismes de défense des TP	p. 32
Les défenses transférentielles	p. 33
Les défenses contre-transférentielles	p. 36
Les défenses dissociatives	p. 38

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Focaliser sur l'événement traumatique ou non	p. 40
Psychothérapie intégrative pour le TSPT	p. 43
Les techniques pour regagner du contrôle	p. 44
Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi	p. 50
L'intégration du traumatisme via une restructuration	p. 58
Le travail de restructuration du TP	p. 59
Le travail sur l'événement traumatique au sein d'un TP	p. 63
Terminer la psychothérapie	p. 64
Les événements traumatiques de la petite enfance	p. 65

Adapter la relation et les interventions

TSPT versus TP	p. 66
Différencier les réactions transférentielles	p. 67
Attitude neutre ou supportante	p. 68
Attitude active ou contemplative	p. 70
Préserver l'estime de soi	p. 71

Adapter la relation et les interventions (suite)

Procéder à dose tolérable

p. 71

Contrer le sentiment d'impuissance

p. 72

L'efficacité de la psychothérapie

Une efficacité possible

p. 75

L'efficacité de la psychothérapie dynamique pour troubles psychiatriques

p. 76

L'efficacité de la psychothérapie dynamique pour les TP

p. 77

L'efficacité de la psychothérapie dynamique à long terme

p. 79

L'efficacité de la psychothérapie intégrative du TSPT au sein d'un TP

p. 80

Références

p. 83

Préface

L'auteur de cette formation est Dr Louise Gaston, psychologue, fondatrice et directrice de TRAUMATYS, clinique spécialisée en formation, évaluation et psychothérapie du stress post-traumatique depuis 1991.

Après son doctorat à l'Université de Montréal, Dr Gaston a complété 2 années d'études postdoctorales au département de psychiatrie de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF) auprès de Dr Mardi Horowitz, auteur de *Stress Response Syndrome*. Elle y a acquis une expertise en stress post-traumatique et en l'étude de la psychothérapie.

De 1998 à 1992, elle fut professeure associée au département de psychiatrie de l'Université McGill où elle a complété des études empiriques sur les processus thérapeutiques et l'évaluation du trouble de stress post-traumatique (TSPT).

En tant que chercheure, Dr Gaston a évalué l'efficacité de la méditation et de l'imagerie pour traiter une maladie physique, le psoriasis, dans le cadre de sa thèse doctorale. Elle a participé à des essais cliniques portant sur l'efficacité de techniques de gestion du stress et d'interventions communautaires pour patients psychiatriques chroniques. En psychothérapie, ses intérêts de recherche ont focalisé sur l'alliance, les interventions et leur interaction, afin de déterminer leur contribution à l'efficacité de la psychothérapie. Dr Gaston a développé le *California Psychotherapy Alliance Scale*, CALPAS, qui est devenue la mesure standard de l'alliance.

En tant que clinicienne, Dr Gaston a pratiqué diverses approches de psychothérapie, qui furent apprises lors de formations approfondies et de supervisions échelonnées sur un total de 15 ans. Solidement formée à soigner les troubles de la personnalité par Dr. Orcutt de l'Institut Masterson, Dr Gaston connaît intimement les principaux modèles de psychothérapie (psychodynamique, humaniste, cognitif et comportemental). Elle a elle-même suivi des psychothérapies, pour un total de 10 ans, selon les modèles comportementaux, cognitifs, humanistes et psychodynamiques.

En 1991, Dr Gaston a mis sur pied TRAUMATYS, une clinique spécialisée dans l'évaluation et le traitement du TSPT. Elle a développé une approche intégrative de psychothérapie pour soigner le TSPT (psychodynamique, humaniste, cognitive, comportementale et neurobiologique), et ce afin de répondre à tous les besoins des personnes se présentant à TRAUMATYS. En 1995-96, elle fut formée par Dr Orcutt de l'Institut Masterson, spécialiste en troubles de la personnalité, traumatismes psychologiques et dissociation. Cette formation de deux ans spécialisée en troubles de la personnalité selon le modèle de Masterson porta tant sur l'évaluation que la psychothérapie des troubles de la personnalité. Dr Gaston suivit cette formation afin de répondre aux besoins de toutes les personnes se présentant à TRAUMATYS.

Après avoir fondé TRAUMATYS, Dr Gaston a construit et validé des échelles pouvant dépister la présence d'un TSPT chez des civils, comme les échelles sur le MMPI-2 pour le TSPT n'avaient été développées qu'auprès de vétérans, afin d'améliorer l'évaluation psychométrique du TSPT pour la population en général.

TRAUMATYS a évalué et soigné des milliers de personnes ayant un TSPT, associé à des limitations fonctionnelles, de la co-morbidité et souvent un trouble de la personnalité.

Selon une étude indépendante et rétrospective par l'équipe de recherche du Dr Brunet de l'Université McGill en 2004, à partir de 100 dossiers sélectionnés au hasard à TRAUMATYS, la psychothérapie dure en moyenne 9 mois, allant de quelques semaines à de nombreux mois (parfois quelques années) et, à la fin de la psychothérapie, selon l'entrevue structurée du SCID, le taux de rémission du TSPT était de 96 %.

Auprès de personnes ayant un TSPT sévère et débutant une psychothérapie à TRAUMATYS, une étude de neuroimagerie (Dickie et al., 2011), a démontré, à l'aide de la résonance magnétique fonctionnelle fMRI, que les changements de l'activité de sites neurologiques majeurs (l'amygdale, l'hippocampe et le cortex préfrontal cingulaire antérieur) étaient associés à la réduction du TSPT. Après 6 à 9 mois, alors que la psychothérapie était toujours en cours pour certains, selon le CAPS, le taux de rémission du TSPT était déjà de 65 %.

Les conditions usuelles de pratique clinique permettent l'application de diverses modalités thérapeutiques pour soigner le TSPT et les TP, de manière flexible et en fonction des besoins et des capacités de chaque personne, à chaque moment.

Introduction

“Avant tout, ne causer aucun tort.”

- Depuis 1991, TRAUMATYS a évalué et soigné des milliers de personnes présentant un TSPT, augmenté de troubles comorbides, de limitations fonctionnelles et usuellement d'un trouble de la personnalité (TP) (selon les modèles de Masterson et de Bowlby).
 - Aucun critère de sélection n'est appliqué sauf la présence d'un épisode psychotique aigu requérant une hospitalisation, la présence de traits psychopathiques francs selon les modèles de Masterson (1985) et Hare (1993), ou encore l'impossibilité financière de couvrir les frais de la psychothérapie.

Néanmoins, les médecins risquent fort de référer à TRAUMATYS des personnes qu'ils croient être soignables en psychothérapie alors, s'il y a sélection, elle proviendrait d'abord et avant tout des médecins référants.

- Les personnes sont en très grande majorité indemnisées par des organismes gouvernementaux suite à des agressions, des accidents de travail, des accidents routiers et la participation à des missions de paix ou des combats militaires.
- Nombreuses sont les personnes présentant un TSPT et un TP (selon les modèles de Masterson ou de Bowlby).
- Depuis 1991, la psychothérapie est fournie selon le modèle intégratif de Gaston (1995) spécialisé en TSPT.
- Depuis 1995, la psychothérapie intégrative pour le TSPT a été modifiée de manière à répondre aux besoins des personnes présentant un TSPT au sein d'un TP, tel que décrit dans cet ouvrage-ci.

Introduction

- Malheureusement, les diagnostics de trouble de la personnalité sont souvent employés comme une étiquette accusatrice d'un tort particulier, quoiqu'ils soient simplement des outils cliniques d'identification de structures psychologiques particulières.
- Dans la même veine, les victimes sont souvent accusées d'être responsables des crimes qu'elles ont dû endurer.
- Ces accusations semblent être, du moins en partie, une manœuvre défensive pour se prémunir contre sa propre impuissance face à ces personnes, compte tenu du 'message' qu'elles véhiculent (ça aurait pu nous arriver aussi) et, pour les professionnels, compte tenu d'un manque de formation à cet égard.

- Les développements théoriques récents quant aux TP améliorent notre compréhension de ces troubles, ainsi que notre efficacité thérapeutique, rendant possible une synthèse de ces deux réalités cliniques, soit le TSPT et les TP.
- Au cours de cette formation, l'emphase est mise sur le modèle des troubles de la personnalité de Masterson (1985), quoique le modèle des troubles d'attachement insécures de Bowlby (1988) soit également considéré.
- Pour comprendre le TSPT, le modèle dynamique d'Horowitz (1984) et le modèle intégratif de Gaston (1995) sont principalement retenus, quoique les modèles cognitivo-expérientiels de McCann & Pearlman (1990) et d'Epstein (1991) soient offerts comme base additionnelle de compréhension.

Introduction

- Mis à part les diagnostics de TSPT et de TP, il existe le concept du TSPT complexe, non retenu dans le DSM-5, qui surviendrait suite à une victimisation prolongée dans le cadre d'une relation intime (Herman, 1992). Ce dernier modèle reconnaît les distorsions apportées au soi de la victime imposées par l'agresseur (parent, conjoint, etc.)
- Son concept clinique est l'internalisation de l'agresseur au cœur de la réalité psychique de la victime suite à des comportements manipulateurs répétées, incluant menaces et gratifications aléatoires. Les autres éléments de l'ÉSPT complexe sont des symptômes.
- Ce modèle a, cependant, de nombreuses limitations :
 - Les différents dommages causés au soi de la victime et les différentes manœuvres défensives demeurent inexpliquées par ce modèle.
 - Ce modèle considère le TP comme étant une conséquence directe des événements traumatiques survenus dans l'enfance, ce qui n'est pas supporté empiriquement. Ainsi, ce ne sont pas tous les enfants abusés qui développent un TP, et nombreux sont les enfants n'ayant pas été abusés qui présentent un TP à l'âge adulte.
 - Ce modèle semble interférer avec la réconciliation possible entre les champs d'étude du TSPT et des TP.
- Les événements traumatiques contribuent à augmenter la sévérité d'un TP.
- Quoique l'abus et la négligence dans l'enfance soient souvent associés à un TP (Samuels, 2011), les parents abuseurs et négligents ont usuellement eux-mêmes un TP. Les TP des enfants adultes proviendraient de ceux des parents.
- Les TP sont fonction de l'interaction entre la personne (le tempérament inné et la personnalité de base) et l'environnement (familial et extra-familial) (Paris, 1997), plutôt que d'événements traumatiques. Cette distinction importe au plan clinique.
- Les événements traumatiques menant à des changements durables de la personnalité, tel que défini dans le CIM-10, sont des événements particuliers (pris en otage, etc.).

Les événements traumatiques renforcent le TP pré-existant.

Les TP prédisposent à développer un TSPT.

La violence parentale au cours de la petite enfance introduit une défense dissociative.

L'intégrité physique et psychologique

Le vécu lors d'un événement traumatique et du développement d'un TP

- Des expériences similaires mènent à développer un TSPT et un TP :
 - Avec un TSPT, la personne a été réduite à un objet lors de l'événement traumatique
 - = > avec un TP, alors que nourrisson ou tout petit, la personne a été l'objet des projections de ses parents
 - Avec un TSPT, la personne a éprouvé une solitude extrême lors de l'événement traumatique
 - = > avec un TP, alors que nourrisson ou tout petit, la personne a vécu un abandon émotionnel
 - Avec un TSPT, la personne a éprouvé une anxiété d'annihilation lors de l'événement traumatique
 - = > avec TP, lorsque nourrisson ou tout petit, la personne a vécu une anxiété d'abandon intolérable, ainsi que des menaces claires d'abandon de la part des parents, abandon qui aurait pu mener à l'annihilation de l'enfant

L'intégrité physique et psychologique

Les réponses des personnes bien structurées

- Les personnes bien structurées ont des capacités du moi suffisamment établies (i.e. mécanismes de défense, stratégies d'adaptation, structure neurale et fonctionnement du cortex et de l'hippocampe bien développées, etc., permettant de contenir, de moduler et de métaboliser l'activation neurobiologique et les affects dysphoriques) et de solides représentations internes bienveillantes.

* * *

- Au cours de leur vie, elles éprouvent des affects dysphoriques liés à des conflits, mais cela est relativement circonscrit.
- Lorsqu'elles sont victimes d'un événement traumatique, ces personnes bien structurées peuvent éprouver des affects dysphoriques lors d'un événement traumatique (i.e. peur, colère, etc.) mais de manière contenue, sans submergement, et poser des actions appropriées.
- Ces affects dysphoriques même intenses peuvent être métabolisés par une personne bien structurée et ainsi ne pas précipiter de TSPT.
- S'il y a un TSPT, ces affects sont directement accessibles en psychothérapie afin d'aborder les conflits sous-jacents et de les résoudre rapidement.

L'intégrité physique et psychologique

Les réponses des personnes bien structurées (suite)

- En général, seulement 25 % des victimes développent un TSPT (Breslau et al., 1998), parmi lesquelles sont :
 - des personnes bien structurées ayant fait l'expérience d'un événement traumatique particulièrement violent
 - des personnes insuffisamment structurées ayant fait l'expérience d'un événement traumatique d'intensité variable.
- Dans des très larges échantillons communautaires, la sévérité du TSPT est proportionnelle à l'intensité de la violence de l'événement traumatique (25 % de la variance de la sévérité du TSPT est expliquée par la violence de l'événement traumatique ; donc, la corrélation est de 0.50, ce qui est énorme). Ce résultat met l'accent sur la contribution *en soi* de l'événement traumatique au TSPT.

L'intégrité physique et psychologique

Les réponses des personnes ayant un TP

- Les personnes ayant un TP présentent souvent des capacités du moi limitées (i.e. mécanismes de défense primaires, stratégies d'adaptation peu appropriées, structures et fonctionnements insuffisamment développés du cortex et de l'hippocampe, etc., ne permettant pas de contenir, de moduler et de métaboliser l'activation neurobiologique et les affects dysphoriques) et de solides représentations internes malveillantes.

* * *

- Lorsqu'elles sont victimes d'un événement traumatique, les personnes ayant un TP peuvent éprouver des affects dysphoriques submergeants liés à l'événement et à leurs conflits sous-jacents liés à l'abandon émotif vécu au cours de la petite enfance.
- Ces personnes deviennent submergées par ces affects dysphoriques à cause de leurs capacités du moi limitées.
- Ces affects dysphoriques sont activement maintenus par les diverses représentations internes malveillantes (i.e. mère négligeante, père méprisant, agresseur internalisé, etc.).
- Dans les échantillons communautaires, 6% à 10% présentent un trouble de la personnalité selon le DSM. Les troubles de la personnalité sont plus fréquents chez les gens ayant des troubles psychiatriques, dont un trouble de l'humeur, un trouble anxieux (y compris le TSPT), un trouble d'abus de substance et des limitations fonctionnelles (Samuels, 2011).
- Selon une étude finlandaise, 41 % des personnes présentant un trouble clinique sur l'Axe I du DSM-IV ont aussi un TP selon le DSM, surtout ceux ayant un TP de type C, soit évitant, dépendant ou obsessionnel-compulsif (Kantojärvi et al., 2006).
- Les troubles de l'attachement insécures sont présents chez 45 % de la population américaine (Benoit, 2004), et ces TP prédisposent une personne à développer un TSPT et autres troubles psychiatriques (Armor et al., 2011).
- Inversement, les événements traumatiques peuvent contribuer au développement d'un trouble de l'attachement. Aux États-Unis, 58% de la classe moyenne ont vécu au moins deux types d'événements traumatiques dans l'enfance, y inclus l'abus physique, l'abus sexuel, l'abandon physique du nourrisson, etc. (Benoit, 2004).

L'intégrité physique et psychologique

Les réponses des personnes ayant un TP (suite)

- À TRAUMATYS, la majorité des personnes consultant en psychothérapie ont un TP selon les modèles de Masterson (1985) et Bowlby (1988), quoique la plupart sont fonctionnels avant la survenue de l'événement traumatique.
- Après de 120 personnes soignées à TRAUMATYS, une association nulle fut trouvée entre la sévérité du TSPT et la violence de l'événement traumatique ($r = .00$) (Gaston, non publié), contrairement à ce qui est usuellement trouvé dans les échantillons communautaires.

Ce résultat souligne la contribution de caractéristiques personnelles, dont un TP, au développement du TSPT chez les personnes consultant TRAUMATYS.

Pour les personnes ayant un TP, les événements traumatiques réactivent les affects dysphoriques intenses, ainsi que les représentations internes malveillantes, associés aux expériences d'abandon, physique ou émotif, vécues dans l'enfance.

L'intégrité physique et psychologique

Les patterns d'attachement

- Dans les études longitudinales sur l'attachement, il a été démontré qu'un attachement insécuré à 1 an est hautement prédictif d'un pattern d'attachement insécuré à l'âge adulte, et donc un TP quoiqu'usuellement fonctionnel.
- À la naissance, le nourrisson a une capacité génétique latente pour une structure au cortex préfrontal droit, connectée à l'amygdale, qui peut être développée au travers de multiples moments d'apaisement fournis au nourrisson par des figures parentales, et ainsi développer la capacité interne d'auto-apaisement chez l'enfant ou de modulation des affects (Shore, 1996).
- Les patterns de l'attachement sont les suivants :
 - L'attachement sécuré est dû à une réponse contingente de la part de la mère quand le nourrisson chigne, demandant d'être apaisé. À un an, un tel enfant exprime sa détresse quand sa mère quitte la pièce, s'apaise pendant son absence et exprime transitoirement sa détresse à sa mère à son retour.
 - Un attachement insécuré ambivalent est dû à une réponse non contingente de la part de la mère quand le nourrisson chigne, laissant le nourrisson non apaisé et toujours incertain à savoir s'il va être répondu. À un an, un tel enfant s'attend à être abandonné par sa mère lorsqu'il est en détresse. Ainsi, lorsque la mère quitte la pièce, l'enfant devient en grande détresse et ne peut s'apaiser ou être apaisé, même si la mère revient dans la pièce et lui procure une réponse adéquate d'apaisement (celle-ci n'est pas reçue vue la détresse d'abandon).
 - Un attachement insécuré évitante est dû à l'absence de réponse de la part de la mère, de manière consistante. L'enfant apprend à ne pas exprimer de détresse ou si peu. À un an, un tel enfant prétend l'indifférence quand sa mère quitte la pièce et même quand elle revient, quoiqu'une détresse physiologique soit là.
 - Un attachement insécuré désorganisé peut se développer dans le contexte des troubles de l'attachement insécurés ci-haut, surtout l'ambivalent. Ce trouble est fonction d'événements traumatiques ayant induit des mécanismes dissociatifs. Un tel enfant ne sait comment répondre tant au départ qu'au retour de sa mère (Siegel, 1999).

L'intégrité physique et psychologique

Les patterns d'attachement (suite)

- Les mères suffisamment bonnes apaisent rapidement leur nourrisson qui chigne, même avant que la détresse soit prononcée. De plus, ces mères stimulent leur nourrisson à l'aide de gestes et de vocalisations enjoués quand le nourrisson s'ennuie ou qu'il est prêt à jouer. La qualité de la voix de la mère est primordiale :
 - La mère favorisant un attachement sécure chez son nourrisson répond à celui-ci à mi-chemin de la détresse exprimée par sa voix, alors que
 - La mère favorisant un attachement ambivalent offre une voix ayant autant de détresse que le nourrisson, et
 - La mère favorisant un attachement évitante ne démontre aucune détresse dans sa voix en réponse à un appel de détresse de son nourrisson.
 - Conséquemment, la mère favorisant un attachement sécure chez son nourrisson lui démontre, par sa voix, qu'elle reconnaît empathique sa détresse et qu'elle est aussi capable de demeurer calme, compétente à lui répondre.

Ces mères rencontrent leur nourrisson à mi-chemin de leur détresse et abaissent graduellement la tonalité de leur voix, vérifiant que la détresse de leur enfant diminuent en même temps (Siegel, 1999).

Que c'est beau !

Ne faisons-nous pas cela en psychothérapie de manière adaptée à l'âge adulte?!

Si une telle disposition de résonance et de sensibilité est exprimée constamment par un psychothérapeute, cela peut jouer un rôle majeur en psychothérapie pour les personnes présentant un attachement insécure, aidant à construire des structures cérébrales capables de moduler les affects dysphoriques et de favoriser l'internalisation d'une solide figure bienveillante.

L'intégrité physique et psychologique

Les corrélats neurobiologiques

- Après de personnes ayant été abusées dans l'enfance et ayant développé un TSPT à l'âge adulte, des études de neuroimagerie ont trouvé :
 - un fonctionnement réduit de leur cortex cingulaire antérieur lors d'un rappel de mémoires traumatiques
 - un volume réduit de l'hippocampe et du cortex cingulaire antérieur
 - des déficits mnémoniques et une inhabileté à activer l'hippocampe lors de tâches mnémoniques (Bremner et al., 2005).
- Chez des personnes ayant un TP état-limite, il fut trouvé que la présence d'une vulnérabilité neurobiologique était associée à une traumatisation répétée dans l'enfance (Kimble et al., 1997). Cette étude souligne, entre autres choses, qu'une personne peut avoir un TP état-limite avec ou sans vulnérabilité neurobiologique, ce qui est en lien avec le modèle de Masterson stipulant que les personnes ayant un TP état-limite ont plus de ressources de modulation qu'on ne pourrait l'imaginer à partir de leurs comportements parfois dramatiques.
- Après de 18 personnes ayant un TSPT sévère et de la comorbidité à TRAUMATYS (la plupart ont aussi un TP selon le modèle de Masterson quoique cette variable ne soit évaluée que cliniquement), une étude de neuroimagerie (Dickie et al., 2013) a démontré que l'épaisseur du cortex cingulaire antérieur avant la psychothérapie prédisait l'amélioration du TSPT, 6 à 9 mois plus tard, soulignant que la capacité de modulation des affects influence l'issue thérapeutique à moyen terme.
- Une réduction de l'épaisseur ou du volume de l'hippocampe ou du cortex cingulaire antérieur indique un déficit structurel neurobiologique. Un tel déficit peut être temporaire ou permanent. Il est dû aux dommages causés aux neurones par les glucocorticoïdes, soit les hormones de stress dont la sécrétion produite par les glandes surrénales mais activée par l'amygdale. Les glucocorticoïdes peuvent traverser la membrane entre le sang et le cerveau, allant attaquer les neurones par leur grosseur entre autres choses (Sapolsky, 2000).

Il importe donc de réduire l'activation de l'amygdale, l'anxiété et les affects intenses, afin de minimiser les dommages neurobiologiques et possiblement permettre la croissance des neurones des centres impliqués dans la modulation de l'activation, de l'anxiété et des affects.

L'intégrité physique et psychologique

Les modèles dynamiques

- Selon le premier modèle de Freud (1939/1953), les événements traumatiques provoquent une stimulation excessive dans la psyché, dépassant le seuil d'activation ou le 'bouclier protecteur'. La personne est alors submergée par des pulsions, et son fonctionnement est perturbé (ce premier modèle fut malheureusement remplacé par le modèle libidinal). Cette hypothèse souligne l'importance de considérer :

= > les forces du moi, soit la capacité de modulation des affects

- Selon Fenichel (1945), les événements traumatiques ravivent les conflits infantiles, activant ainsi les ressentis et les mécanismes de défense qui furent opérationnels au cours de l'enfance. Cette hypothèse souligne l'importance de considérer :

= > les conflits sous-jacents non résolus

* * *

- Selon Catherall (1991), les premiers dommages sont portés aux forces du moi de la personne, alors que les dommages secondaires sont portés aux relations internes de la personne à ses objets internalisés.
- Selon Horowitz (1976), si un TSPT émerge, l'événement traumatique aura interagi avec les représentations internes négatives de la personne (de soi et d'autrui), les réactivant et provoquant des significations dysphoriques intolérables, ce qui alimente et réactive les conflits sous-jacents centraux de la personne, conflits souvent crus comme ayant été résolus par celle-ci.

Ces deux hypothèses soulignent donc, conjointement, l'importance de considérer :

- les forces du moi
- les conflits sous-jacents
- les représentations internes et les objets internalisés
- l'événement traumatique
- les interactions entre tous ces facteurs

L'intégrité physique et psychologique

Le modèle dynamique d'Horowitz du TSPT

- Horowitz (1984) a proposé un modèle psychodynamique du TSPT, basé sur la théorie de l'information, les notions de représentations internes de soi et d'autrui (objets internalisés, schémas), les mécanismes de défense (qu'il appelle 'opérations de contrôle') et les conflits sous-jacents à charge émotive. Selon Horowitz :
 - Toute information significative, dont un événement traumatique, doit être intégrée au soi préexistant par assimilation. Sinon, le soi préexistant doit être accommodé pour permettre l'assimilation spontanée de l'information traumatique.
 - Le TSPT se développe si l'information traumatique est trop incongruente au soi préexistant (les représentations internes de soi et d'autrui, et les affects associés).
 - S'il y a TSPT, cela indique que l'information traumatique ne peut être assimilée, que le soi doit être accommodé afin de permettre l'intégration de l'information traumatique. Sinon, le soi est clivé en un soi préexistant et un soi traumatisé, et la personne oscille entre les deux, d'où les symptômes de reviviscence.
 - Les oscillations involontaires observées avec un TSPT sont provoquées par la 'tendance à la complétude' (l'auto-actualisation) qui impose la considération du soi traumatisé au soi de la personne.
 - L'intégration par accommodation se produit grâce à des oscillations volontaires entre le soi préexistant et le soi traumatisé, de manière à ce que les représentations internes de soi et d'autrui soient suffisamment transformées (accommodées) pour permettre l'assimilation de l'information traumatique (le soi traumatisé devient alors égo syntone, acceptable).
 - Les significations assignées par la psyché d'une personne à un événement traumatique sont élaborées à partir de l'interaction entre les caractéristiques de l'événement et les représentations internes préexistantes.
 - Un TSPT est provoqué par un événement traumatique si ce dernier réactive des conflits sous-jacents chargés affectivement.
- S'il y a des déficits structurels, Horowitz (1984) dit simplement qu'il faut 's'en occuper'.

L'intégrité physique et psychologique

Le TSPT au sein d'un TP

- Selon la perspective Masterson des TP, Orcutt (1995) suggère que :
 - Avec un TP, l'information traumatique est trop congruente aux parties du soi préexistant qui sont associées à des représentations internes intolérables, à des affects dysphoriques intenses et à des conflits sous-jacents de base.
 - Ces aspects, congruents à l'information traumatique, avaient été mis à l'écart de la conscience de la personne qui devait se protéger activement, quoique préconsciemment, contre le ressenti de ces émotions dysphoriques.
 - L'événement traumatique a fortement réactivé, par voie associative, ces représentations internes et ces affects, les forçant à émerger.

Un événement traumatique forcerait donc une personne ayant un TP à vivre une expérience similaire à celles éprouvées avec beaucoup de souffrance au cours de la petite enfance et de l'enfance, expériences que la personne avait tenté de supprimer, mais à partir desquelles sa structure psychologique fut érigée.

L'intégrité physique et psychologique

Le TSPT au sein d'un TP (suite)

- Parfois, les personnes ayant un TP arrivent à altérer cognitivement l'information traumatique et ainsi permettre son assimilation ("Ce viol n'était rien car j'ai pu l'arranger à ma manière!") tel que suggéré par Hollon & Garber (1988).

Une telle assimilation, basée sur l'altération d'une information traumatique, est maladaptée, quoiqu'elle soit temporairement fonctionnelle.

- Autrement, les personnes ayant un TP et développant un TSPT doivent :
 - Accommoder leur structure préexistante afin de permettre l'assimilation de l'information traumatique et
 - Accepter le soi traumatisé plutôt que de le rejeter (Gaston, 1995).

* * *

- Tel que suggéré par McCann & Pearlman (1988), les schémas négatifs antérieurs peuvent sembler être confirmés par un événement traumatique.
- Beck & Emery (1985) parlent en termes d'une confirmation des croyances antérieures négatives par l'événement traumatique.

L'intégrité physique et psychologique

Le TSPT au sein d'un TP (suite)

- Epstein (1991) a proposé que toute personne doive élaborer une théorie personnelle afin de remplir quatre fonctions de base. Si ces fonctions sont perturbées par un événement traumatique, un ÉSPT émerge.

Chaque fonction est associée à des schémas particuliers de soi et d'autrui :

- Maintenir une balance favorable entre le plaisir et la souffrance (Freud)
 - = > autrui est bienveillant Vs.
autrui est malveillant
- Maintenir une théorie personnelle cohérente (Rogers)
 - = > le monde a du sens (prévisible, contrôlable, juste, etc.) Vs.
le monde n'a aucun sens
- Maintaining self-esteem (Adler & Allport)
 - = > le soi est valable (compétent, amiable, bon, attirant, etc.) Vs.
le soi n'est pas valable
- Maintenir la relation à autrui (Bowlby)
 - = > autrui mérite notre relation Vs.
autrui ne la mérite pas

- Chez les personnes ayant un TP et développant un TSPT, les schémas négatifs probablement développés lors de l'enfance ont été réactivés par l'événement traumatique.
 - Lorsque notre théorie personnelle ne peut plus effectuer ses fonctions, elle passe du positif au négatif, à un niveau préconscient.
 - Lors d'un TSPT, la plupart des fonctions et leurs schémas associés sont mis sous pression, forçant un changement vers le négatif à un niveau préconscient et une altération des schémas de base de soi et du monde.

L'intégrité physique et psychologique

Le TSPT au sein d'un TP (suite)

- Le modèle d'Epstein (1991) pour comprendre le TSPT (suite) :
 - Pour regagner un sens minimal de cohérence interne, une tentative de résolution s'enclenche, provoquant l'une de ces diverses stratégies :
 - Une résolution adaptée s'enclenche grâce à une accommodation du système conceptuel de la personne grâce à l'intégration des côtés positifs et négatifs des différents schémas affectés.
 - Une résolution maladaptée se met en place sous forme d'une:
 - généralisation de la réponse de peur
 - généralisation de la réponse de colère
 - généralisation d'un retrait face à autrui, travail, etc.
 - dissociation
 - adoption pathologique du traumatisme
(Ainsi, certaines filles incestuées deviennent des prostituées car, se sentant dorénavant impuissantes à ne pas subir des relations sexuelles indésirables, elles le font dorénavant avec des clients 'choisis' et en retirent un bénéfice financier. Elles se donnent l'impression d'avoir le choix, d'avoir du contrôle.)
 - Toute absence de résolution mène à une désorganisation du système conceptuel.

Le modèle d'Epstein est particulièrement aidant pour comprendre l'ensemble des adaptations aux événements traumatiques chez les personnes ayant un TP. Ce modèle souligne l'importance d'aider la personne à reconnaître expérimentiellement les deux côtés d'une même réalité (positive et négative), tant en soi qu'en autrui, et ainsi permettre leur intégration.

L'intégration réfère à une solide association de deux phénomènes, ce qui induit dorénavant une co-activation. Suite à une telle intégration, on n'est jamais euphorique ou complètement mortifié. Dorénavant, on est en équilibre mais un peu triste en quelque part. Telle est la vie en ce monde !

L'intégrité physique et psychologique

Le TSPT au sein d'un TP (suite)

- Tout comme avec le TSPT, les personnes ayant un TP sont bien connus cliniquement comme ayant des déficits structurels quant à la modulation des affects dysphoriques intenses et des comportements associés (soit qu'il y en a trop ou pas assez).
- Horowitz et al. (1986) ont trouvé que, pour des personnes ayant un TSPT suite à un deuil et recevant une thérapie dynamique brève, les interventions exploratoires (provoquant de l'anxiété) étaient plutôt efficaces auprès des personnes hautement motivées et bien structurées quant à leurs représentations internes, et que ces interventions étaient non efficaces auprès des personnes moins motivées et moins bien structurées.

Inversement, les interventions supportantes (réduisant l'anxiété) étaient plutôt efficaces auprès des personnes moins motivées et moins bien structurées, alors qu'elles étaient moins thérapeutiques pour les personnes bien structurées.

Quoique mieux 'présentées' et plus fonctionnelles que les personnes ayant un TP état-limite, les personnes ayant un TP narcissique ou schizoïde ont généralement des déficits structurels prononcés, même plus importants que celles ayant un TP état-limite, mais ces personnes ont moins tendance à consulter malgré la présence de symptômes parfois intolérables, sauf pour les personnes ayant un TP narcissique secret qui recherchent une relation.

L'intégrité physique et psychologique

L'approche Masterson

- Pour identifier et comprendre les différents TP, Masterson (1985) a proposé une synthèse des modèles psychodynamiques de la relation d'objets, de la psychologie du soi, de la psychologie du moi et du développement infantile.

* * *

- Selon Masterson et nombreux autres auteurs psychodynamiques, un TP se développe s'il y a un manque de résonance entre la mère et son nourrisson, manque de résonance pouvant être dû à une hypersensibilité de l'enfant et/ou une non-disponibilité physique ou affective de la mère.
- Pour qu'un TP se développe, l'enfant doit être confronté à un mur de non-empathie face à ses besoins psychologiques de reconnaissance comme être humain existant en ce monde (schizoïde), de vulnérabilité et de dépendance (narcissique) ou d'autonomie et de compétence (état-limite), selon le stade développement de l'enfant.
- Conséquemment, l'enfant est impuissant à obtenir ce dont il a besoin et, comme solution, un TP se met en place pour permettre de maintenir la relation à la mère, mais en réponse aux besoins de la mère.
- Les efforts de l'enfant vers l'obtention d'une réponse adéquate à ses besoins provoquent des menaces d'être abandonné : des menaces implicites (ne plus parler à son enfant pour quelques minutes ou quelques heures, se fâcher envers son enfant, etc.) et des menaces explicites (dire à son enfant : 'Je vais aller te mener à l'orphelinat', ou 'Je vais te jeter à la rivière si tu n'arrêtes pas!', etc., ou encore "Arrête, tu es en train de me tuer !", "Ah, tu me sucés le sang !" ; je n'invente aucune de ces injonctions, malheureusement).

Ces réponses parentales évoquent une expérience affective d'abandon intolérable, faisant en sorte que l'enfant cesse, pour l'instant du moins, ses demandes d'être reconnu, d'être répondu, d'être encouragé, etc. L'enfant tente de répondre de manière à répondre aux besoins de la mère.

L'intégrité physique et psychologique

L'approche Masterson (suite)

- Le nourrisson ou le tout petit érige spontanément une structure défensive afin d'éviter de ressentir, et de vivre à nouveau, l'expérience d'abandon affectif (soit la 'dépression d'abandon' selon Masterson) :
 - Le vrai soi, dorénavant associé à des affects dysphoriques submergeants que le nourrisson ou le tout petit est incapable de métaboliser, est dorénavant mis à l'écart, refoulé.
 - L'auto-activation (la recherche de réponses à ses besoins), résidant dans le vrai soi, est gardée sous surveillance, ce qui empêche l'auto-actualisation (devenir qui nous sommes).
 - Un faux soi est créé chez l'enfant afin que les besoins du parent soient répondus, et non ceux de l'enfant.
 - Le faux soi vise également à cesser les demandes de réponses adéquates aux besoins de l'enfant et à prévenir un autre abandon affectif manifesté au plan comportemental ou encore pire un abandon physique.
- Conséquemment, le soi d'un TP est composé d'un faux soi actif, un soi défensif érigé pour contrer les affects dysphoriques de la dépression d'abandon, et un vrai soi arrêté, soit un rudiment de ce que le vrai soi pourrait être.
- À l'âge adulte, si une personne ayant un TP s'active en réponse à un véritable besoin, elle opère à partir de son vrai soi. Si elle persiste, elle 'tombera' en dépression d'abandon.
- Vu la terreur associée à la dépression d'abandon, la psyché indique à la personne, consciemment ou préconsciemment, qu'elle doit éviter de persister dans cette voie, en lui faisant d'abord éprouver l'anxiété d'abandon pour qu'elle cesse de s'auto-activer.

L'intégrité physique et psychologique

L'approche Masterson (suite)

- L'approche Masterson des TP est analytique et développementale plutôt que phénoménologique comme dans les DSM.
- Selon Masterson, les TP décrits dans les DSM représentent les mécanismes de défense employés par une personne plutôt que son monde représentationnel, relationnel, tant interne qu'externe.

L'approche du DSM quant aux troubles de la personnalité est d'ailleurs plutôt basée sur la défense principalement employée par la personne:

<http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>

- Selon Masterson, toute personne ayant un TP peut présenter divers niveaux de fonctionnement :
 - bas
 - moyen
 - élevé

Donc, ce ne sont pas que les personnes dysfonctionnelles qui ont un TP, comme cela est souvent le cas pour les TP des DSM.

D'ailleurs, quand on y regarde bien, les personnes hyperfonctionnelles et fort utiles de notre entourage tendent à avoir un TP schizoïde ou narcissique.

L'intégrité physique et psychologique

L'approche Masterson (suite)

- Masterson identifie un seul TP de nature génétique :
 - Psychopathique = Ces personnes n'ont aucune capacité de relation d'objet et aucune capacité d'empathie réelle (ils sont donc considérés comme étant non traitables en psychothérapie par Masterson). Ce TP est présent à la naissance et est génétiquement déterminé (voir les travaux de Robert Hare).
 - Les études de Hare (1993) supportent grandement la notion de psychopathie de Masterson, puisque ces personnes démontrent un manque de réactivité neurobiologique à la présentation des mots chargés affectivement (i.e. mère, meurtre, etc.) alors que les contrôles présentent une réactivité évidente.
 - Dans les DSM, le trouble de la personnalité psychopathique a été retiré dès le DSM-III en 1980, le renommant 'antisocial.' Cependant, cela ne retire pas les 'psychopathes' de la population. Ces individus sont souvent vus comme étant violents, cruels, contrôlants, manipulateurs, menteurs, immoraux, etc., mais ils sont aussi apparemment doux, séducteurs, attirants, polis, etc. Leurs caractéristiques sont dorénavant sous l'égide du TP narcissique des DSM. Tous les psychopathes ne sont pas ouvertement antisociaux, loin de là.
 - Selon les modèles de Hare et de Masterson, les 'psychopathes' n'ont aucune empathie, mais ils font semblant d'en avoir, disant les 'bons mots' qu'on veut entendre afin de contrôler. En revanche, les 'narcissiques' manifestes (grandioses) sont capables d'empathie, mais ils 'explorent' en un retranchement non empathique, parfois cruel, si leur estime de soi est menacée.
 - Les individus présentant un trouble psychopathique selon les modèles de Hare et de Masterson ont tendance à vouloir être indemnisés par une tierce partie payante et ainsi obtenir un avantage financier important (i.e. salaire à vie sans avoir à travailler). Comme les symptômes d'ÉSPT rapportés en évaluation ne 'collent' plus aux agissements rapportés (ils aiment bien parler de leurs 'prouesses'), il importe de mettre fin à la psychothérapie de manière déontologique. Pour ce faire, le psychothérapeute doit connaître la 'psyché' de ces personnes afin de parler leur 'langage à double niveau', sinon une supervision à cet effet évite beaucoup de problèmes.
 - Aucun diagnostic psychologique de 'psychopathie' ne peut être posé !

L'intégrité physique et psychologique

L'approche Masterson (suite)

- Masterson identifie trois TP, ou troubles du soi, de nature interpersonnelle :

- Schizoïde
- Narcissique
- État-limite

- Schizoïde =>

- Ce TP survient entre 0 à 9 mois.
- Il leur a été interdit d'avoir des besoins, des émotions, des désirs (i.e. d'être vivants). Intérieurement, ils ont l'impression qu'ils doivent être détruits. Pour le nourrisson, exister en soi est interdit par la mère.
- Modèles relationnels =>
 - l'autre significatif est maître et le soi est son esclave
 - l'autre significatif est sadique et le soi est en exil
- Ils s'assurent d'être fonctionnels et utiles, pour déranger le moins possible.
- Le cri du cœur est : "N'y a-t-il personne ?"
- Le modus operandi : "Je fais tout ce que tu veux (alors ne m'abandonne pas)."
- Ces personnes s'auto-activent que très rarement, généralement lors d'un événement traumatique.
- Ce trouble est double :
 - Le schizoïde manifeste est peu fonctionnel et isolé (semblable à celui du au DSM)
 - Le schizoïde secret est souvent hyperfonctionnel, interpersonnel et même en couple.

L'intégrité physique et psychologique

L'approche Masterson (suite)

- Narcissique =>
 - Ce TP survient entre 9 à 18 mois, alors que le nourrisson commence à se mouvoir (c'est comme si la mère disait : 'Enfin !').
 - Il leur a été interdit d'être vulnérables et dépendants ('Soit un grand garçon !'). Intérieurement, ils ont l'impression qu'ils sont immondes. Pour le tout-petit, toute vulnérabilité ou dépendance n'est pas tolérée par la mère.
 - Modèles relationnels =>
 - l'autre significatif est admiratif et le soi est admiré (manifeste)
 - l'autre significatif est admiré et le soi est admiratif (secret ou 'closet')
 - Ils s'assurent d'être forts et indépendants autant que possible.
 - Le cri du cœur est : "Est-ce que quelqu'un voit ce que je vois ?"
 - Le modus operandi : "Je fais ce qui doit être fait (alors ne m'abandonne pas)."
 - Ils sont souvent fonctionnels et même hyperfonctionnels, performants.
 - Ces personnes osent s'auto-activer parfois.
 - Elles idéalisent le psychothérapeute, mais si elles finissent par le mépriser, il n'y a plus de psychothérapie possible.
 - Ce trouble est double :
 - Le narcissique manifeste recherche l'admiration (néanmoins, pré-consciemment, ils se sentent moins que rien, voire méprisable)
 - Le narcissique secret recherche l'approbation ('closet' en anglais ; néanmoins, préconsciemment, ils se veulent parfaits, grandioses)

Ces personnes peuvent avoir les deux types de représentations internes (manifeste et secret) et osciller entre les deux, ce qui favorise le pronostic vu la flexibilité psychique.

L'intégrité physique et psychologique

L'approche Masterson (suite)

- Limite = >
 - Ce TP survient entre 18 à 30 mois, soit à la période durant laquelle le tout petit se met à s'opposer à sa mère, voulant se séparer et s'individualiser.
 - Il leur a été interdit d'être compétents et indépendants (on dirait bien que la mère les prend pour un objet de dépendance comme un enfant s'accroche à un oursou en peluche).
 - Ils s'assurent d'avoir une personne les prenant en charge ou les contrôlant, ce qui revient au même tant qu'ils ne sont pas esseulés.
 - Modèles relationnels = >
 - l'autre est bienveillant s'il me gratifie
 - l'autre est malveillant s'il ne me prend pas en charge
 - Ils sont peu performants et se sabotent souvent eux-mêmes s'ils réussissent.
 - Le cri du cœur: "Est-ce que quelqu'un se préoccupe de moi ?"
 - Le modus operandi : "Prend soin de moi et ne m'abandonne pas !"
 - Ces personnes oscillent *fréquemment* entre la régression et l'auto-activation, ce qui permet de fréquentes confrontations. Par conséquent, elles apprécient ou dévaluent le psychothérapeute, encore et encore.
 - Ce trouble est double :
 - Limite hostile (comme dans le DSM)
 - Limite dépendant (possiblement comme le TP dépendant du DSM)

Ces personnes ont eu leur besoin d'être reconnu comme existant et d'être permis d'être vulnérable, alors elles ont acquis certaines forces internes, suffisamment pour s'opposer à leur mère qui a combattu leur indépendance. À l'âge adulte, elles s'accrochent à leurs proches farouchement, comme si elles disaient ce qu'elles auraient dit à leur mère vers 2 à 3 ans : "Tu ne veux pas que je m'organise, alors tu auras à me prendre en charge dorénavant!"

L'intégrité physique et psychologique

Les tempéraments

- Le niveau de fonctionnement des personnes ayant un TP dépend souvent de leur tempérament (Chess & Thomas, 1986).
- Selon Chess & Thomas (1988) qui ont conduit des études longitudinales d'observation de la naissance à l'âge adulte, il y a trois types de tempéraments de base :
 - Les enfants faciles peuvent être facilement apaisés et s'adaptent aisément aux changements. Ils composent 75 % de la population.
 - Les enfants anxieux composent 20 % de la population. Ces enfants ont besoin de beaucoup de temps pour être apaisés et ils réagissent négativement aux changements extérieurs, soit avec une anxiété marquée. 25 % d'entre eux demeurent pathologiquement anxieux et retirés (timides) tout au long de leur vie, même si l'attitude parentale fut adéquate en termes d'apaisement, de patience et d'encouragement envers la participation à des situations craintes telles que les groupes.
 - Les enfants difficiles, ou fougueux, composent 5 % de la population. Ils sont difficiles à apaiser et ils réagissent par la colère vive aux frustrations et aux changements. Beaucoup de parents n'apprécient pas ce tempérament et ont tendance à rejeter ou à punir leur enfant. 70 % d'entre eux développent des problèmes comportementaux et de délinquance à l'adolescence.
- Les tempéraments peuvent renforcer ou contrebalancer un TP tel que défini par le modèle de Masterson.

Il importe de reconnaître le tempérament des personnes que l'on soigne afin d'avoir des objectifs thérapeutiques réalistes. Quoiqu'ils soient déterminés génétiquement, ils peuvent être améliorés par l'environnement s'ils ne sont pas extrêmes (Chess & Thomas, 1986).

*Par exemple, une personne ayant un TP schizoïde secret est relativement bien 'équipée' dans la vie si elle a un tempérament facile ou même difficile plutôt qu'anxieux.
Par contraste, une personne ayant un TP état-limite sera mieux 'équipée' si elle a un tempérament facile ou même anxieux que difficile.*

L'intégrité physique et psychologique

Similitudes entre le TSPT et les TP

- Pour chaque type de TP, l'expérience d'un événement traumatique sera fonction de l'interaction entre l'information traumatique et les représentations internes de soi et d'autrui.

L'anxiété d'abandon, annonciatrice de la dépression d'abandon, est activée à un niveau préconscient par l'événement traumatique chez toutes les personnes ayant un TP et ayant développé un TSPT, quoique certaines de ces personnes soient plus habilitées que d'autres à s'en défendre.

- Voyons les similitudes des expériences menant à un TP et à un TSPT :

<u>TSPT</u>	<u>TP</u>
Menace à l'intégrité physique	Menace à l'intégrité psychologique (menaçant l'intégrité physique de l'enfant)
L'agresseur est malveillant	La figure parentale est malveillante
Peur Impuissance Solitude extreme	Peur Impuissance Sentiment d'abandon

* * *

- Durant un événement traumatique, par association, les personnes ayant un TP peuvent être forcées à revivre exactement ce dont elles s'exercent constamment à ne pas revivre, soit l'anxiété d'abandon et la dépression d'abandon, avec ses représentations internes malveillantes et ses affects dysphoriques presque intolérables.

L'intégrité physique et psychologique

Les vulnérabilités des TP face au TSPT

- Tout TP comprend plusieurs facteurs de prédisposition à développer un TSPT :
 - Les vulnérabilités liées au moi résident dans le fait que les personnes ayant un TP n'ont pas développé une structure psychologique leur permettant d'avoir un regard d'observateur envers soi, mais elles ont plutôt dû développer des mécanismes de défense qui poussent les réalités internes hors de la conscience. Elles ne sont pas capables de contenir des affects dysphoriques intenses ; leurs mécanismes de défense plus adaptés deviennent submergés et s'effondrent. Conséquemment, elles se saoulent, prennent des risques indus, entrent en conflit avec leurs proches, dépensent des sommes exorbitantes, s'enferment dans leur chambre, etc.
 - Les vulnérabilités liées aux relations d'objets résident dans les représentations internes négatives, de soi et d'autrui, qui furent développées au cours de la petite enfance et qui eurent tendance à être confirmées au cours de leur vie.
 - Les vulnérabilités liées à des conflits sous-jacents résident surtout dans le conflit central opposant l'auto-activation à l'évitement de la dépression d'abandon.
- Néanmoins, ce ne sont pas toutes les personnes ayant un TP qui développent un TSPT à la suite d'un événement traumatique. Une correspondance est requise entre l'information traumatique et le soi préexistant, tel que proposé par Horowitz (1984).

Selon mon expérience clinique, les personnes ayant un TP état-limite sont plus réactives à un événement traumatique que celles ayant un TP schizoïde ou narcissique car un événement traumatique nous force à être compétents, ce qui représente une auto-activation pour les personnes ayant un TP état-limite.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

La triade des TP selon Masterson

- L'auto-activation émanant du vrai soi => l'émergence de l'anxiété d'abandon
=> un retour au faux soi et à ses mécanismes de défense
- Avec le temps, la pulsion d'auto-activation refait surface et cette triade ci-haut reprend.
- L'auto-activation équivaut à faire des choses en fonction des besoins et désirs du vrai soi.
- Selon Masterson, le conflit central chez toute personne ayant un TP (non psychopathique) est :
le besoin d'éviter la dépression d'abandon versus le besoin de s'auto-activer
- En psychothérapie, si l'auto-activation est amorcée = > l'anxiété d'abandon émerge
= > mais, si l'anxiété d'abandon est tolérée par la personne invitée à le faire,
= > la dépression d'abandon émerge avec force
= > si la personne la tolère, avec l'aide du psychothérapeute, cela permet de dépasser
la dépression d'abandon plutôt que de la refouler
- La dépression d'abandon est évidemment très perturbante et souffrante = >
dépression, colère, peur, culpabilité, passivité, impuissance, vide intérieur et néant

Dans les mots de Winnicott, "le faux soi se donne alors à l'analyste. Cela correspond à un moment de grande dépendance et de risque réel ..." (Winnicott 1955-56, p. 297).

Rappelons ici que la pulsion d'auto-activation est présente durant la petite enfance, mais elle refait surface ici et là, plus souvent chez les personnes ayant un TP état-limite que celles ayant un TP narcissique, que celles ayant un TP schizoïde. Le tempérament joue un rôle également en cela, et peut-être que les personnes ayant plus de fougue (étant plus colériques) sont plus propices à s'auto-activer que les autres, ayant peut-être plus de 'force' de vie. Tout comme vers l'âge de deux à trois ans, l'adolescence représente une autre période lors de laquelle l'auto-activation émerge particulièrement. Disons aussi d'ailleurs que toute personne ayant un TP (schizoïde, narcissique ou état-limite) peut se comporter de manière délinquante (antisociale) au cours de l'adolescence, et cela doit être parfois considéré comme une tentative de s'activer en opposition à des parents contrôlants ou négligents (évidemment, elles suivent alors une personne un TP psychopathique, meneur de la bande délinquante, qu'elles voient comme maître, qu'elles admirent vu ses 'prouesses' ou auquel elles s'accrochent).

Les défenses contre l'intégration du TSPT

La triade des TP au sein d'un TSPT

- Un événement traumatique invite fortement à l'auto-activation car la personne est forcée de :
 - Éprouver la situation à partir de son soi vu les enjeux
 - Faire les choses par et pour soi-même
 - Éprouver un désir provenant du vrai soi
- Lors d'un événement traumatique, l'anxiété d'annihilation évoque l'anxiété d'abandon, par voie associative :
 - = > il y a donc anxiété d'annihilation et anxiété d'abandon
 - = > menant à une régression et une intensification des mécanismes de défense
 - = > induisant un TSPT, co-morbidité multiple et sévère, limitations fonctionnelles
- Chez les personnes ayant un TP, si un événement traumatique évoque l'anxiété d'annihilation, il évoque aussi l'anxiété d'abandon, ce qui provoque alors une régression et une intensification massive des mécanismes de défense et provoque un TSPT.
- Lors d'un événement traumatique, les personnes ayant un TP reçoivent donc une double charge de stimulation (anxiété d'annihilation et anxiété d'abandon) à gérer, alors que leur capacité de modulation des affects est limitée.

Il n'est donc pas surprenant que les personnes ayant un TP schizoïde, narcissique et état-limite développent un TSPT plus souvent que d'autres.

La majorité des personnes consultant à TRAUMATYS ont à la fois un TSPT sévère et un TP selon le modèle de Masterson.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

La triade des TP au sein d'un TSPT (suite)

- Par ailleurs, les personnes ayant un TP et développant un TSPT ne consultent pas toutes, au contraire :
 - Schizoïde = > Ils n'ont naturellement pas tendance à venir en psychothérapie, car cela serait pour eux un geste d'auto-activation en soi, quoiqu'elles soient parfois 'forcées' étant déjà en dépression d'abandon.
 - Narcissique manifeste = > Ils n'ont 'besoin de personne'.
 - Narcissique secret = > Ils consultent relativement aisément car cela est la 'bonne chose' à faire.
 - Heureusement que la plupart des personnes ayant un TP narcissique ont, à la fois, des représentations internes grandioses et dévaluantes à leur égard, ce qui rend le travail thérapeutique plus 'aisé' vu la flexibilité psychique liées à la multiplicité des représentations internes.
 - État-limite = > Hostiles ou dépendantes, ils ont tendance à consulter et même à vouloir être hospitalisés, car ils recherchent un lieu ou une personne où s'accrocher.
- Les personnes ayant un TP peuvent arriver en psychothérapie dans un état d'évitement, d'anxiété d'abandon ou de dépression d'abandon. Elles peuvent fluctuer de l'un à l'autre ou être particulièrement en l'un de ces états.
- Les événements traumatiques peuvent être inconsciemment perçus comme des obstacles imposés par la vie ou autrui, tels qu'une punition, surtout quand un événement traumatique survient juste après que la personne se soit activée avec compétence. Une telle situation rend la psychothérapie plus difficile car les représentations internes négatives sont alors renforcées avec force.
- Si les personnes ayant un TP et développant un TSPT consultent en psychothérapie auprès d'un professionnel spécialisé et compétent, elles courent la chance de résoudre leur TP, car le TSPT et les problèmes associés ne peuvent être éradiqués que si le TP est résolu (à moins que le traitement induise un mécanisme de défense tel la dissociation). Le TP se dissout en un style de personnalité plutôt qu'un trouble de la personnalité.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les mécanismes de défense des TP

- En sus des mécanismes de défense usuels des TP :
 - Schizoïde => Mise à distance
 - Narcissique => Idéalisation et dévaluation
 - Limite => Accrochage
- Les mécanismes de défense usuellement associés à tout TP :
 - Projection
 - Identification projective
 - Clivage
 - Passage à l'acte
 - Dénégation et désaveu
 - Évitement
- La projection implique de mettre en l'autre, de voir en l'autre ce qui est inacceptable en nous. Les personnes ayant un TSPT projettent beaucoup.
 - Les personnes ayant un TSPT peuvent correctement identifier les émotions exprimées par des visages colériques ou apeurés, mais elles identifient les visages neutres comme étant colériques ou apeurés alors que les sujets contrôles peuvent les identifier comme neutres.
 - Non seulement les personnes ayant un TSPT projettent sur des visages neutres, mais leur amygdale répond par une activation comme si le visage neutre était colérique ou apeuré.
 - Enfin, leur amygdale est exagérément activée à la présentation de tels stimuli bénins (Armory et al., 2005 ; Felmingham et al., 2003).

*Ces résultats soulignent la nécessité de (1) différencier la réalité des fantaisies (projections) auprès de ces patients et (2) de ne pas avoir un visage 'neutre' en tant que psychothérapeute (ces personnes doivent pouvoir 'lire' notre visage aisément afin de se rassurer).
Il importe aussi que nos actions soient conséquentes à nos paroles.*

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les défenses transférentielles

- Le transfert doit être d'abord distingué de l'alliance thérapeutique. L'alliance émerge du besoin d'attachement de la personne et correspond à un ingrédient important pour l'obtention de changements significatifs en psychothérapie.
- Le transfert peut servir plusieurs fonctions :
 - Se défendre contre l'épreuve de la dépression d'abandon (ce transfert est défensif et basé sur l'anxiété d'abandon)
 - Se protéger contre une souffrance ultérieure (ce transfert est conditionnel et basé sur l'événement traumatique)
 - Anticiper la réalité à partir des représentations internes élaborées à partir de multiples expériences similaires passées (ce transfert est surtout cognitif et basé sur les représentations internes)
- Après des personnes ayant un TP et ayant développé un TSPT, il y a donc ces trois types de réactions transférentielles à considérer.
- Chaque type de transfert requiert une gestion ou une intervention particulière :
 - Le transfert défensif basé sur l'anxiété d'abandon doit être géré via la relation thérapeutique (la gestion du contretransfert et la provision d'une alliance thérapeutique) et des interprétations spécifiques à chaque type de TP selon le modèle de Masterson.
 - Le transfert basé sur l'événement traumatique doit être identifié comme tel et doit être répondu d'une manière désactivante (se conduire de manière rassurante, dans le respect de l'intégrité de la personne et de son besoin de reprendre du contrôle, ce qui nous amène parfois à poser des gestes non usuels en psychothérapie ; par exemple, laisser la personne s'asseoir dans notre fauteuil près de la porte, ce qui la sécurise).
 - Le transfert basé sur les représentations internes doit être abordé surtout cognitivement, en contrastant les réalités relationnelles antérieures à la relation thérapeutique.
- Tous ces transferts doivent, d'abord et avant tout, être considérés par le psychothérapeute via la reconnaissance et la gestion de son propre contre-transfert.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les défenses transférentielles (suite)

- Le transfert lié au TP peut être spécifique à chaque TP :
 - Les personnes ayant un TP schizoïde ont tendance à cacher toute émotion et tout sentiment au psychothérapeute, malgré tous leurs symptômes, et ils ont tendance à se soumettre à toutes demandes externes (y inclus celles provenant du psychothérapeute, implicites ou explicites, dont les demandes qu'elles projettent).
 - Les personnes ayant un TP narcissique ont tendance à idéaliser ou à dévaluer le psychothérapeute, et à se présenter de manière favorable ou défavorable.

Ainsi, il est parfois impressionnant de voir ces personnes mieux 'tenues' que nous, alors qu'elles vivent des symptômes sévères et submergeants.
 - Les personnes ayant un TP état-limite ont tendance à s'attendre à ce que le psychothérapeute les prenne en charge, les sauvent de la vie et d'eux-mêmes, sinon elles deviennent hostiles. Cependant, si on répond contretransférentiellement en 'prenant soin' de ces personnes, elles régressent sérieusement et peuvent devenir hostiles à notre égard car leur vrai soi ne veut surtout pas être sauvé.
- Les personnes ayant un TP font souvent passer un test au psychothérapeute :
 - Les personnes ayant un TP schizoïde vont tester si le psychothérapeute entrera dans leur intimité, dans leur monde interne (i.e. en fournissant du matériel 'alléchant' mais que le thérapeute ne doit pas explorer).
 - Les personnes ayant un TP narcissique vont tester le psychothérapeute à savoir s'il les acceptera avec leurs déficiences, ce qui serait souhaitable, ou s'il s'attendra à ce qu'elles soient parfaites. Ces personnes se comportent même en 'bon patient', croyant devoir être non vulnérables.
 - Les personnes ayant un TP état-limite vont tester le psychothérapeute à savoir s'il va les aborder comme étant incapables de s'occuper de leur vie ou encore s'il va transgresser les frontières personnelles.
- Il est possible, même souhaitable, de voir ces manœuvres comme des réactions transférentielles basées sur l'espoir de ces personnes que quelqu'un finira par répondre différemment vis-à-vis elles de leurs figures parentales (Weiss & Sampson, 1986).

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les défenses transférentielles (suite)

- Les réactions transférentielles basées sur l'événement traumatique peuvent découler du vécu aux mains de l'agresseur, du vécu auprès des aidants immédiats, du vécu aux mains des secouristes, ou encore du vécu avec les proches tout de suite après l'événement.
 - McCann & Pearlman (1990) suggèrent que les victimes peuvent percevoir le psychothérapeute comme:
 - Un agresseur
 - Un sauveur
 - Une victime
 - Un intrus
 - Un trompeur
 - Un interrogateur
 - Un contrôlant
 - Un témoin indifférent ou impuissant
 - Un spectateur se complaisant
 - Évidemment, chacune de ces réactions transférentielles peut être alimentée par des représentations internes situées au cœur même du TP.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les défenses contretransférentielles

- Les réactions contretransférentielles peuvent être basées sur :
 - Une identification projective de la personne
 - Un matériel lié à l'événement traumatique
 - Des conflits propres au psychothérapeute

* * *

- Il est intéressant de noter que, tant avec un TP qu'un TSPT, l'identification projective est fréquemment employée pour contrer les affects dysphoriques submergeants (Masterson & Klein, 1989; Catherall, 1991).
- L'identification projective consiste à provoquer en l'autre, préconsciemment inconsciemment, un affect ou une attitude qui est insupportable pour le soi et de voir, préconsciemment ou inconsciemment, comment l'autre y répond, comment l'autre gère cet affect ou cette attitude.

Si le psychothérapeute n'y réagit pas, contenant simplement en toute conscience, l'identification projective peut être fort bénéfique à la personne car elle peut également s'identifier à cette contenance.

- Les émotions et attitudes contretransférentielles basées sur une identification projective peuvent être fort aidantes au psychothérapeute car elles procurent une information centrale quant aux dynamiques intrapsychiques de la personne, nous faisant vivre ce que la personne éprouve, ou encore ce que les proches ont éprouvé à son égard, ou comment ils se sont comportés envers elle.

Le psychothérapeute peut alors interpréter empathiquement ce vécu afin d'aider la personne à devenir consciente de cette émotion ou attitude et de pouvoir ainsi commencer à résoudre le conflit sous-jacent.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les défenses contretransférentielles (suite)

- Soignant des personnes ayant un TSPT, McCann & Pearlman (1990) suggèrent que le psychothérapeute peut devenir :
 - Hostile ou indifférent envers la personne
 - Fâché ou enragé envers l'agresseur et/ou la société, de telle sorte à perdre de vue la personne
 - Impuissant ou submergé, et donc incompetent
 - Orienté à sauver la personne de toute souffrance
- Des réactions contretransférentielles similaires peuvent être vécues par un psychothérapeute envers une personne ayant un TP.
- Ces réactions doivent être contenues et gardées à l'écart de la psychothérapie.

* * *

- Les réactions contretransférentielles basées sur les conflits du psychothérapeute doivent être contenues afin qu'elles n'influencent pas le processus psychothérapeutique, et le psychothérapeute doit s'attarder à leur résolution à l'extérieur du contexte thérapeutique.

* * *

- Un passage à l'acte contretransférentiel peut être vu comme un acte de connivence avec une identification projective de la personne ou encore comme une manifestation d'un conflit propre au psychothérapeute. Cela renforcerait les représentations internes négatives de la personne et doit donc être évité.
- À moins que le psychothérapeute reconnaisse un passage à l'acte de sa part et sa cause, qu'il éprouve un regret sincère face à la personne et qu'il utilise l'information associée pour mieux comprendre la personne, un tel geste sera toujours contre-thérapeutique.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les défenses dissociatives

- Les événements traumatiques contemporains peuvent susciter des affects dysphoriques et des représentations internes négatives de soi et d'autrui qui sont liées aux :
 - TP
 - Événements traumatiques de l'enfance ("Je croyais avoir résolu ça !")

* * *

- Si les événements traumatiques sont survenus au cours de la petite enfance (0-3 ans), il risque fort d'y avoir des défenses dissociatives mises en place (Orcutt, 1995).
- L'instauration des mécanismes dissociatifs varie selon l'âge auquel les événements traumatiques sont survenus et selon la violence de ces événements.

* * *

- Si les événements traumatiques sont survenus au cours de la petite enfance, Orcutt (1995) suggère que :
 - Les composantes expérientielles des événements traumatiques sont mis en stockage car une partie du soi est dissociée. Cette partie du soi est alors incapable de croître normalement.
 - Le TP renforce un TSPT à partir de ses mécanismes de défense rigides.
 - L'expérience dyadique vécue au cours de l'événement traumatique s'impose dans l'espace interpersonnel où la mère et l'enfant ont créé les modèles interactifs de l'enfant.
 - Le seuil de répression s'installant vers l'âge de 3 ans met fin au processus de développement de l'enfant, renforçant les modèles internalisés déjà en place et interférant avec l'ajout de nouveaux modèles de soi et d'autrui.

Les défenses contre l'intégration du TSPT

Les défenses dissociatives (suite)

- La réduction paradoxale de l'activation neurobiologique chez les dissociateurs :
 - Les personnes ayant, à la fois, un TSPT et une forte tendance dissociative présente une réduction paradoxale d'activation neurobiologique :
 - Griffin et al. (1997) ont rapporté que certaines victimes de viol, ayant développé un TSPT et montrant des scores élevés de dissociation, avaient une *réduction* de leur rythme cardiaque quand elles discutaient de leur expérience traumatique, à l'opposé des personnes ayant un faible score dissociatif qui ont vécu une accélération de leur rythme cardiaque. Werner & Griffin (2012) ont obtenu les mêmes résultats.
 - Sack et al. (2012) ont rapporté les mêmes résultats auprès de personnes ayant une histoire d'événements traumatiques multiples (n = 61). Les personnes présentant beaucoup de symptômes dissociatifs ont répondu à l'imagerie post-traumatique par une réduction de leur rythme cardiaque, à l'opposé des personnes présentant peu de symptômes dissociatifs dont le rythme cardiaque s'est accéléré.

Ces résultats aident à comprendre les différentes réactions des personnes ayant un TSPT, soulignant pourquoi les dissociateurs 'tiennent bon' à leur défense dissociative et en quoi les techniques induisant un soulagement spontané (i.e. EMDR) pourraient fort bien induire une défense dissociative.

Le travail auprès personnes ayant de fortes défenses dissociatives requiert une supervision spécialisée.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Focaliser sur l'événement traumatique ou non

- Les affects dysphoriques intenses associés à un TSPT dans le contexte d'un TP mènent à une régression et une intensification des mécanismes de défense usuellement employés. Lorsqu'ils ne sont plus efficaces, ces mécanismes de défense amènent la personne à être submergée et à devenir dysfonctionnelle. Ces personnes arrivent en psychothérapie bien souvent malgré elles.
- Le désir à la base de la consultation psychologique est d'être aidé à éviter avec succès tous ces affects envahissants et douloureux. Néanmoins, il y a aussi le désir sous-jacent de s'activer, qui est généralement préconscient. Quand on leur demande 'Que recherchez-vous d'une psychothérapie ?', on obtient la réponse : 'Je veux redevenir comme avant', ce qui est simplement impossible. Ces personnes doivent le savoir de manière à orienter leurs attentes envers des changements profonds et des objectifs réalistes.

* * *

- Quand un TSPT survient dans le contexte d'un TP, l'événement traumatique a été éprouvé par le vrai soi, forçant ainsi la personne à s'auto-activer.
- Conséquemment, focaliser sur l'événement traumatique, cognitivement ou expérientiellement, est intolérable pour ces personnes ayant un TP car cela réactive le vrai soi, le soi traumatisé et tous les affects dysphoriques submergeants liés à l'anxiété d'annihilation et l'anxiété d'abandon.

* * *

- Le psychothérapeute doit être vigilant face aux demandes de certaines personnes qui arrivent en psychothérapie nous demandant de les aider à revivre ou à aborder en détails l'événement traumatique, avant même que la personne ait été restructurée (c'est la mode 'psychologique' actuelle dans la presse populaire et les personnes nous arrivent avec une telle attitude, 'Les événements traumatiques, il faut en parler, encore et encore.'). Répondre à une telle demande ou laisser la personne s'engager dans une révision expérientielle 'spontanée' risque fort de représenter un passage à l'acte transférentiel, voulant être un 'bon patient', ou encore voulant présenter un sérieux test au psychothérapeute.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Focaliser sur l'événement traumatique ou non (suite)

- Quand un TSPT survient au sien d'un TP, la personne éprouve :
 - la souffrance liée à l'événement traumatique et au TSPT
 - la souffrance liée à l'abandon affectif vécu au cours de la petite enfance, soit une relation de dépendance traumatisante en soi
- La révision expérientielle d'un événement traumatique ou un travail focalisé sur l'événement traumatique évoque des affects dysphoriques intenses pour quiconque, mais, avec un TP, l'intensité de ces affects est fort intensifiée.
- Se rappelant que les personnes ayant un TP ont des capacités limitées de modulation des affects, il devient évident que, si une révision expérientielle de l'événement traumatique est entreprise, le moi sera incapable de contenir et de métaboliser les affects dysphoriques. Une activation neurobiologique surélevée sera mise en place et une intensification des mécanismes de défense sera davantage amorcée.
- Une révision expérientielle de l'événement traumatique peut donc être anti-thérapeutique, endommager l'alliance thérapeutique et rendre l'amygdale (le site de l'anxiété et des affects) encore plus hypersensible.
- Néanmoins, une description détaillée autant que possible importe, mais cela doit être :
 - Demandé qu'après avoir identifié s'il y a un TP et de quel TP il s'agit
 - Amorcé que si la personne y acquiesce facilement
 - Considéré que pour identifier les significations personnelles de l'événement traumatique à partir des détails fournis par la personne
 - Fait à un niveau intellectuel, tout en procurant des commentaires empathiques pour amorcer la reconnaissance du soi traumatisé
 - Effectué dans le contexte d'un travail portant sur la stabilisation de la personne
 - Poursuivi que si la personne montre des signes d'une capacité à en parler
 - Être faite avec une attention particulière à la personne en face de nous

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Focaliser sur l'événement traumatique ou non (suite)

- Conséquemment, selon Orcutt de l'Institut Masterson, quand une personne présente un TSPT dans le contexte d'un TP, le travail thérapeutique doit porter sur :

la restructuration de la personnalité

avant

toute révision expérientielle de l'événement traumatique

(si jamais)

- Quand les personnes ne présentent qu'un TP, sans TSPT, et qu'elles ont vécu des événements traumatiques dans l'enfance, le psychothérapeute ne doit s'attarder qu'au TP, à moins que des symptômes de TSPT émergent (il importe de ne pas 'aller à la pêche' aux mémoires traumatiques).

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Psychothérapie intégrative pour le TSPT

- La psychothérapie dynamique pour le TSPT est orientée vers une résorption des symptômes, une amélioration du fonctionnement de la personne, la résolution des conflits sous-jacents et la transformation des représentations internes (relations d'objets), ainsi que l'interaction entre le matériel traumatique et les représentations internes préexistantes.
- La psychothérapie dynamique pour le TSPT est composée usuellement de trois phases.

* * *

- Le modèle d'Horowitz (1984), avec les ajouts de Gaston (1995):
 - Phase A:
 - Regagner du contrôle sur ses mondes internes et externes
 - Reconnaître son soi traumatisé
(en parallèle avec la phase de mise à l'épreuve de Horowitz)
 - Phase B:
 - Intégrer l'information traumatique
(en parallèle de la phase de perlaboration de Horowitz)
 - Phase C:
 - Stabiliser son nouveau soi
 - Réévaluer les événements traumatiques comme des défis
(en parallèle avec la phase de séparation de Horowitz)

Comme la Phase A est stabilisante et restructurante, elle pourrait bien être suffisante pour les personnes ayant un TP, car elles auront regagné un contrôle suffisant sur leurs mondes interne et externe et elles auront acquis un regard bienveillant envers leur soi traumatisé, elles-mêmes, ce qui peut induire une restructuration suffisante permettant une intégration spontanée (sans révision de l'événement) du matériel traumatique.

La résorption du TSPT et l'amélioration du fonctionnement nous indiquent si la psychothérapie doit se terminer bientôt.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour regagner du contrôle

- Avec un TSPT, regagner du contrôle sur ses mondes interne et externe est nécessaire afin de contrer le très fort sentiment d'impuissance élicité par le TSPT et le TP. Ce sentiment d'impuissance est devenu flottant suite à l'événement traumatique et s'attache à toute sorte de situations de la vie courante. De plus, les techniques visant à regagner du contrôle diminuent l'anxiété, ce qui importe grandement pour ces personnes.
- Regagner du contrôle permet aussi de contenir la progression du TSPT, de réduire le TSPT, de favoriser un meilleur fonctionnement et de stabiliser et restructurer la personne.
- Les techniques possibles sont :
 - Expliquer le phénomène du TSPT
 - Recadrer la contribution de la personne à l'événement traumatique
 - Identifier et renforcer les stratégies d'adaptation efficaces de la personne
 - Altérer les mécanismes de défense problématiques autant que possible
 - Encourager la personne à :
 - Identifier et résoudre les stressseurs externes, les problèmes
 - Pratiquer une technique de relaxation
 - Réduire son exposition à des stimuli conditionnels associés à l'événement
 - Limiter les demandes, externes et internes, et obtenir de l'aide concrète
 - Réduire l'auto-critique, accusatrice et dévalorisante
 - Rechercher et recevoir un soutien affectif
 - Organiser sa vie quotidienne minimalement
 - Améliorer les soins apportés à soi-même et augmenter les activités plaisantes
 - Prendre un psychotrope pour réduire les symptômes

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour regagner du contrôle (suite)

- L'absence de contrôle est au cœur de ce qui précipite les réactions de stress, tant chez les animaux que les humains (Chorpita & Barlow, 1998).
- La majorité des personnes ayant un TP ont des réactions divergentes et souvent négatives face aux techniques usuellement employées pour soigner un TSPT, dont les techniques visant à les aider à regagner du contrôle. Pourquoi ?
- Regagner du contrôle implique souvent de s'auto-activer, ce qui risque fort d'être répondu par divers mécanismes de défense chez une personne ayant un TP.
- Comme les personnes ayant un TP schizoïde ou narcissique utilisent souvent de stratégies de contrôle sur leur vie et que ces stratégies émanent de leur faux soi, il est plus facile d'appliquer ces techniques, mais des conflits à l'égard de l'utilisation de telles peuvent quand même surgir.
 - Schizoïde = >
 - Ces personnes peuvent aisément considérer ces techniques comme dangereuses car elles impliquent souvent une attention au monde interne ou elles requièrent une 'proximité' à d'autres personnes (y inclus le psychothérapeute).
 - Narcissique = >
 - Ces personnes peuvent aisément considérer ces techniques comme humiliantes car elles requièrent de reconnaître qu'elles ont un problème ou, pire encore, qu'elles ont une blessure psychologique, donc de reconnaître leur vrai soi. Pour éviter l'humiliation, ces personnes peuvent fort bien dévaluer ces techniques ("Je n'ai pas pratiqué ça, la relaxation ; c'est stupide !").

Avec un TP schizoïde ou narcissique, des résistances peuvent émerger du vrai soi car ces personnes sont parfois si fatiguées d'être toujours fonctionnelles qu'elles résistent aux techniques visant à améliorer leur faux soi, compétent mais défensif. Si elles s'y impliquent, les symptômes peuvent diminuer mais il y aura un épuisement accru.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour regagner du contrôle (suite)

- État-limite = >
 - Ces personnes évitent de collaborer à toute tentative d'amélioration car leur faux soi requiert qu'ils soient incapables à se gérer afin de forcer autrui à les prendre en charge. Elles inversent la fonction adaptative de certaines stratégies d'adaptation (e.g. utiliser le soutien affectif offert pour régresser davantage en une dépendance accrue) ou elles trouvent toute excuse, ne tenant pas la route, mais dite avec un sérieux décontenançant ("Je n'ai pas pris de médication, car je n'ai pas vu le médecin ; ma tante est arrivée alors que je partais le voir.").

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour regagner du contrôle (suite)

- Au-delà de ces techniques et à partir d'une solide connaissance de la dynamique intrapsychique des personnes ayant un TP, le psychothérapeute peut intervenir auprès de ces personnes pour les aider à regagner du contrôle, tant au plan relationnel que technique :
 - Schizoïde = >
 - Ils ont besoin d'être offertes des opportunités subtiles de reprise de contrôle (offrir deux plages horaires entre lesquelles choisir pour le rendez-vous hebdomadaire, etc.).
 - Ces personnes doivent aussi être aidées à se sentir en sécurité dans le cadre de la relation thérapeutique (un sentiment de sécurité pour ces personnes implique d'éviter de vivre des émotions, surtout être vu par autrui avoir une émotion, car on sent alors particulièrement vivant).
 - Le psychothérapeute ne doit donc pas aborder leurs ressentis ou nommer les émotions même apparentes ; nous avons à nous retenir, même si ça peut paraître 'ennuyant' à prime abord.
 - Il importe de connaître leurs activités quotidiennes afin qu'elles fassent quelque chose ou qu'elles n'en fassent pas trop (on les 'reçoit' même dans leur 'banalité')

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour regagner du contrôle (suite)

- Au-delà de ces techniques et à partir d'une solide connaissance de la dynamique intrapsychique des personnes ayant un TP, le psychothérapeute peut intervenir auprès de ces personnes pour les aider à regagner du contrôle, tant au plan relationnel que technique : (suite)
 - Narcissique = >
 - Ils ont besoin de recevoir une admiration fondée sur leurs comportements (par exemple, les considérer 'belles' par le seul fait qu'elles osent venir en psychothérapie malgré leur effroi d'être vulnérables face à quiconque).
 - Ces personnes ont aussi besoin d'une assistance simple et efficace malgré l'impression qu'elles veulent bien donner de pouvoir tout faire tout seul (par exemple, parler à l'agent d'indemnisation pour favoriser une meilleure interaction avec la personne, de manière à ne plus provoquer de crise de panique à chaque fois, etc.).
 - Si elles sont en crise de dépression d'abandon, certaines peuvent recevoir notre numéro de téléphone personnel (à juger cas par cas), ou être appelées à tous les matins à une heure précise jusqu'à ce que la crise suicidaire passe (une personne ayant un TP narcissique sera là, attendant l'appel, alors qu'une personne ayant un TP état-limite serait sortie magasiner).
 - Ces attitudes et interventions peuvent promouvoir une certaine idéalisation transférentielle du psychothérapeute, mais je dirais que cela est temporaire et sain, plutôt que de laisser s'installer une dévalorisation transférentielle qui ne mènera qu'à l'abandon de la psychothérapie et à un mépris accru des soignants en santé mentale.

Une certaine idéalisation du psychothérapeute permet de contrebalancer leur impression préconsciente et grandiose d'être monstrueux, destructeur, etc., qui leur fait peur et qui leur fait peur de détruire le psychothérapeute.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour regagner du contrôle (suite)

○ État-limite = >

Compte tenu du monde représentationnel fort différent des personnes ayant un TP état-limite, le psychothérapeute doit même intervenir selon un point de vue presque contraire. Le psychothérapeute doit :

- Structurer le cadre thérapeutique (conserver les limites de temps, l'horaire, les paiements réguliers, etc.) et encourager l'autonomie (sans jamais le vouloir à leur place).
- Être étonné, sobrement, face à leurs attitudes ou agissements régressifs et les encourager à devenir concerné face à eux-mêmes.

Honnêtement, parfois, ces personnes sont tellement créatives dans les agissements régressifs et elles le font avec tellement d'acharnement qu'il faut nécessairement y voir une compétence réelle.

- Confronter leurs agissements régressifs en opposition au désir d'auto-activation tel que suggéré par Masterson & Klein (1989):

Il s'agit de mettre en lumière les agissements régressifs, avec les pous et les contres, s'opposant au désir d'auto-activation tel qu'exprimé, avec les pous et les contres, et il importe de finir en soulignant ce conflit interne.

La personne : "Avant-hier, j'ai trouvé un logement qui pourrait convenir. Hier, je me sentais si anxieuse que j'ai dû quitter l'appartement de mon amie et retourner à la maison des femmes, alors je n'ai pas signé le bail et c'est perdu."

Le psychothérapeute : "Ah, ah." (silence) "Je me demande pourquoi vous retournez à la maison pour femmes battues. Quoique cela réponde à votre désir d'être prise en charge et diminue votre anxiété, cela abaisse votre confiance en vous-même, tel que vous me l'avez dit, surtout que vous avez bien démontré que vous êtes capable de prendre votre vie en main par vous-même, ce qui réglerait bien de situations pénibles pour vous, mais cela impliquerait de et tolérer une forte anxiété liée à la solitude. Vous luttez vraiment avec vous-même, entre vous sentir rassurée sur le champ versus prendre votre vie en main."

Il importe de confronter, sans se décourager, malgré les passages à l'acte.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi

- Avec un TSPT, reconnaître le soi traumatisé est nécessaire afin de permettre l'intégration de l'information traumatique. Certaines des techniques usuelles permettant de reconnaître le soi traumatisé suscitent, cependant, beaucoup d'anxiété.
- Lorsqu'il y a un TP, reconnaître le soi traumatisé requiert de dépasser les mécanismes de défense érigés à son égard. Cela mène généralement à vivre la dépression d'abandon liée au TP, du moins jusqu'à un certain point.
- Les techniques possibles sont les suivantes :
 - Offrir des reflets empathiques face à :
 - La détresse de la personne quant au soi traumatisé

"Cela a dû être difficile à vivre."
 - Les réactions de la personne durant l'événement traumatique, les mettant en lien avec le contexte d'abandon affectif vécu au cours de l'enfance

"Je comprends que vous soyez en colère que ce type vous ait traitée de la sorte, surtout que votre mère criait souvent après vous."
 - Valider :
 - Les dangers externes de l'événement traumatique, survenus et possibles (ces personnes n'ont pas imaginé car, comme leur perception de la réalité externe n'est pas toujours exacte, et elles le savent, elles pensent exagérer)
 - L'illégitimité des actions de l'agresseur, et ce même si la personne a agi de manière irréfléchie et provoquante
 - L'impuissance imposée à la personne
 - Les dommages psychologiques au-delà du contrôle de la personne
 - Les gestes efficaces, même limités, de la personne durant l'événement (par exemple, donner l'argent au voleur est un geste efficace)

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi (suite)

- Explorer :
 - La situation et l'état psychologique de la personne juste avant l'événement
 - Les réponses de la personne et d'autrui tout de suite après l'événement
 - Les événements traumatiques antérieurs (seulement cognitivement et afin de pouvoir faire des liens ultérieurs)
 - Les relations intimes lors de l'enfance et à l'âge adulte (passées et actuelles)
- Interpréter :
 - Les mécanismes de défense employés par la personne (en les interprétant et en les mettant en lien avec le matériel émergeant)

“Je comprends que tu parles ‘d’incident’, car ça minimise l’assaut grave que tu as vécu. Tu peux ainsi tenter de t’éloigner de l’énormité de cet événement et possiblement de la détresse qui semble être en train d’émerger en toi.”

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi (suite)

- Avec les personnes ayant un TP, les techniques pour reconnaître le soi traumatisé peuvent susciter trop d'anxiété et être ainsi inefficaces, possiblement anti-thérapeutiques.
- Conséquemment, le psychothérapeute intervient en interprétant empathiquement les mécanismes de défense employés face au vrai soi, soit le soi abandonné et traumatisé de la petite enfance, ce qui inclut le soi traumatisé :

- Schizoïde = > Interprétation du dilemme et du compromis schizoïde
(intervention du modèle de Masterson & Klein, 1989)

La souffrance est reconnue 'sur le bout des doigts', puis le mécanisme de défense employé pour contrer le sentiment de danger est soumis à l'attention de la personne.

"Compte tenu de ce qui est arrivé, je comprends que tu t'éloignes de presque tous pour t'aider à te sentir en sécurité."

Si la personne répond favorablement, la prochaine fois, on peut dire plutôt "... pour éviter de ressentir quelconque sentiment de danger" afin de vérifier si cela est recevable par la personne.

- Narcissique = > Interprétation en miroir de la vulnérabilité narcissique
(intervention du modèle de Masterson & Klein, 1989)

La déception de la personne est reconnue, puis le mécanisme de défense employé pour contrer les sentiments de vulnérabilité évoqués est soumis à l'attention de la personne.

"Je comprends que tu sois déçu de ce que tu as fait lors du vol car te critiquer sévèrement te permet de ne pas considérer en quoi tu n'as pas aussi fort que tu l'aurais voulu."

Si la personne répond favorablement, la prochaine fois, on peut dire "... en quoi, lors du vol, tu as été plus vulnérable que tu ne le voulais" afin de vérifier si cela est recevable par la personne.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi (suite)

- Après des personnes ayant un TP état-limite, le psychothérapeute doit se restreindre d'interpréter ou de focaliser sur le soi traumatisé en dehors des confrontations recommandées par Masterson, jusqu'à ce que la personne ait grandement résolu son conflit entre la dépendance et l'auto-activation.

Les interventions usuelles de reconnaissance du soi traumatisé attisent grandement la tendance régressive d'une personne ayant un TP état-limite, car le faux soi se complait alors à s'identifier pleinement au soi traumatisé et à s'y réduire, ce qui est une avenue sans fin et parfois un désastre thérapeutique.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi (suite)

- Pour les personnes ayant un TP, reconnaître leur soi traumatisé peut susciter 'd'intenses affects dysphoriques associés tant à l'anxiété d'abandon qu'à l'anxiété d'annihilation.
- Afin de rendre ces anxiétés quelque peu tolérables, le psychothérapeute peut :
 - Mettre ces anxiétés dans leur contexte spatio-temporel (cela s'est produit antérieurement et ailleurs) et dans son contexte interpersonnel (identifiant clairement les figures parentales ou agressantes impliquées)
 - En gérant la relation thérapeutique en accord avec le besoin fondamental de chaque TP spécifique, et donc l'anxiété fondamentale de chaque TP:
 - Schizoïde = > être vu et répondu comme existant, vivant en tant qu'être humain, mais très progressivement
 - Narcissique = > être vu et répondu comme vulnérable et nécessaire, mais très progressivement
 - État-limite = > être vu comme compétent et être permis d'être régressif à l'intérieur de certaines limites (ce n'est surtout pas à nous de décider que ces personnes devraient cesser de faire un véritable chaos de leur vie)

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi (suite)

- Avec les personnes ayant un TP schizoïde ou narcissique, l'emphase est mise sur la reconnaissance empathique de leur soi traumatisé et de leur vrai soi, directement ou indirectement, car ces personnes se défendent usuellement contre cela. En intervenant ainsi, le soi traumatisé et le soi abandonné de la petite enfance peuvent émerger :

- Schizoïde = >

- Reconnaître les sentiments d'insécurité et la réalité des dangers antérieurs (si et quand cela est tolérable)
- Procurer une impression de sécurité et de contrôle
- Devenir témoin empathique et patient face au dévoilement du vrai soi
- Reconnaître le vrai soi doucement quand il se pointe 'le bout du nez' (adopter une attitude similaire à celle employée pour apprivoiser un animal sauvage blessé)

"Je comprends ; ce n'est pas rassurant, tout ça."

- Narcissique = >

- Reconnaître le sentiment de vulnérabilité et les limites de la personne de manière clairement non humiliante

"Cet événement a malheureusement souligné que tu n'es pas aussi fort que tu le voudrais."

Il importe de procurer une certaine impression d'unité, d'être ensemble face à tout cela, à travers un soutien empathique offert vis-à-vis la détresse de la personne, tout en permettant une certaine idéalisation du psychothérapeute afin de contrebalancer l'impression bien ancrée en la personne que ses besoins sont toujours trop lourds et potentiellement destructifs pour autrui, dont le psychothérapeute (ce qu'ils ont été pour la mère). Masterson serait en désaccord, mais j'abandonne plutôt vers la recommandation de Kohut (1971).

Ces interventions et attitudes découlent particulièrement des recommandations thérapeutiques de Bowlby (1988).

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le vrai soi (suite)

- Avec les personnes ayant un TP état-limite, l'emphasis est aussi mise sur la reconnaissance du vrai soi, ici le soi compétent, et sur le conflit interne entre le faux soi et le vrai soi.
- Le psychothérapeute ne doit jamais perdre de vue le soi compétent de ces personnes et se remémorer les actions compétentes effectuées ou rapportées au tout début de psychothérapie (parfois, il n'y a que cela de compétent pendant des mois de confrontations), et ce malgré tous les passages à l'acte régressifs en début de psychothérapie. Rappelons-nous ici que, pour les personnes ayant un TP état-limite, réfléchir équivaut à s'activer.

Il importe de différencier ici le faux soi régressif du soi traumatisé ou du vrai soi abandonné de la petite enfance. Ceux-ci ne peuvent être reconnus que cognitivement pour éviter de susciter toute tendance régressive, ce qui paraît presque froidement à la personne.

- État-limite = >
 - Reconnaître la réalité de l'événement traumatique et le raisonnable de certains affects dysphoriques associés
 - Différencier cognitivement les limites imposées par l'événement traumatique des capacités de la personne à gérer les stressseurs de la vie courante
 - Confronter la tendance de la personne à vouloir s'identifier au soi traumatisé et dysfonctionnel, y réduisant sa conception de soi afin d'éviter de se prendre en main et de forcer autrui à prendre en charge la personne.
 - Ici, être victime d'un événement traumatique devient leur 'ticket' de régression permmissible par les services de santé.

Parfois, on a l'impression que la personne arrive avec une bannière ayant l'inscription 'Je suis traumatisée', pour qu'on n'y voit que ça.
 - Demeurer confiant en les capacités de la personne
 - Réussir surtout à ne pas 'prendre sur soi' le désir d'auto-activation du vrai soi de la personne ayant un TP état-limite, car le conflit interne de la personne s'installe alors entre la personne et le psychothérapeute (ce n'est au psychothérapeute de vouloir que la personne s'en sorte ; c'est à la personne de le vouloir et de l'agir, sinon le conflit interne s'installe entre la personne qui régresse et le psychothérapeute qui veut que la personne progresse).

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

- Les techniques pour reconnaître le soi traumatisé et le soi véritable (suite)

- État-limite = > (suite)

- Ne pas réagir au faux soi régressif (il faut se rappeler qu'il n'y a personne à sauver et surtout pas une personne ayant un TP état-limite car elles ont plus de capacités internes que les personnes ayant un TP schizoïde ou narcissique, malgré les apparences dues à leurs tendances régressives)

Si ces personnes font des choses évidemment non réfléchies ('stupidés') ou autodestructrices, le psychothérapeute doit demeurer non réactif (du moins extérieurement) et répondre par l'étonnement thérapeutique, sobrement.

Suite à une confrontation, si l'autoréflexion devient opérationnelle chez la personne, une discussion des choses possibles à faire peut être amorcée, mais en faisant attention à ce que les solutions proviennent de la personne et en étant attentif à tout signe de réaction régressive ou agressive.

Les personnes ayant un TP état-limite savent quoi faire la plupart du temps, mais elles voudraient bien qu'on leur 'dise quoi faire' (i.e. les traiter en enfant) pour ensuite pouvoir envoyer 'paître', comme elles auraient voulu le faire avec leur mère à l'âge de deux ans.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

L'intégration du traumatisme via une restructuration

- Avec un TP, la Phase B de la psychothérapie pour le TSPT doit être remplacée par un travail structurel, soit un travail orienté vers la résolution du TP plutôt que vers le TSPT; c'est-à-dire réviser les modèles de relation à soi et aux personnes intimes (donc les représentations internes, ou relations d'objets, autant cognitivement qu'émotivement et qu'en relation avec nous).
- Par ce travail de restructuration, les représentations internes associées à l'événement traumatique devraient être suffisamment transformées de manière à ce que la structure psychologique soit 'accommodée' (inclusion des représentations internes antérieurement rejetées et expansion des représentations internes bienveillantes, procurant une plus grande flexibilité à la structure psychologique).

Ce travail permet aussi que la personne ne soit plus déstabilisée.

- Tel que suggéré par Bowlby (1988), l'emphase thérapeutique doit être mise sur :
 - L'internalisation d'une figure bienveillante et solide (le psychothérapeute)
 - L'identification des relations significatives de la personne (passées et actuelles)
 - La différenciation entre ces diverses figures
 - L'approvisionnement à l'anxiété d'abandon
 - La mise en lien entre les représentations internes et l'expérience traumatique, afin que la personne comprenne en quoi cet événement particulier a été traumatique pour elle

*Ainsi, la personne peut transformer ses relations à soi et à autrui.
Elle peut se considérer comme compétente la plupart du temps,
quoiqu'aussi vulnérable et parfois fort vulnérable,
et les autres comme bienveillants la plupart du temps,
quoiqu'aussi malveillants et parfois fort malveillants.*

C'est la vie en ce monde !

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Le travail de restructuration du TP

- En fonction de l'alliance thérapeutique, selon Bowlby (1988), le travail de restructuration vise à :
 - Procurer une figure bienveillante et solide, en tant que psychothérapeute, permet à ce que la personne s'attache de manière sécuritaire (à l'intérieur du contexte thérapeutique, évidemment), favorisant ainsi l'internalisation d'une figure bienveillante et solide.

Cela ne peut avoir lieu que si le psychothérapeute est fiable, sensible, attentif, empathique, solide et compétent (tout comme une mère 'suffisamment bonne' le serait envers son enfant, créant ainsi un lien d'attachement sécuritaire).

- Cette internalisation du psychothérapeute procure une base sécuritaire à partir de laquelle la personne peut explorer ses expériences passées et actuelles (y inclus la dépression d'abandon et l'impuissance), ainsi que ses objets internalisés et sa relation à chacun d'entre eux.
- Cette internalisation permet de contrebalancer les 'agissements' internes des objets malveillants internalisés, et à la personne de s'en différencier (ce qui permet de moins les alimenter par des réactions émotives ne s'appliquant plus au présent)
- Cette internalisation procure une base sécuritaire à partir de laquelle la personne peut contraster ses expériences relationnelles passées à ses expériences actuelles avec des personnes intimes, et à ainsi défaire ses projections.
- Cette internalisation permet à la personne de se repositionner face aux personnes intimes et autres personnes de sa vie courante (s'approchant, s'affirmant, s'éloignant, etc.), et de s'auto-activer auprès de personnes pouvant l'accepter ainsi.
- Cette internalisation permet donc à la personne ayant un TP de regagner un contrôle fondamental sur ses mondes, interne et externe, et de trouver une nouvelle fondation interne plus équilibrée.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Le travail de restructuration du TP (suite)

- L'internalisation du psychothérapeute comme figure bienveillante et solide permet à la personne de tolérer l'anxiété d'abandon et, au fur et à mesure, de vivre la dépression d'abandon :
 - Cette internalisation procure un élément structurel manquant au monde psychique de la personne, élément qui servira à la modulation des affects dysphoriques intenses durant le vécu de la dépression d'abandon et à la mise en perspective (antérieurement impossible) quant à autrui, à soi et à la vie (la malveillance existe, oui, mais la bienveillance aussi)
 - Cette internalisation permet à la personne de prendre le risque de vivre et de s'appropriier le vécu central de son enfance et donc de sa structure psychologique, soit la dépression d'abandon.
 - Il importe de dire que la dépression d'abandon est toujours plus sévère face à la mère qu'au père. Cela n'est que réalité, vécue encore et encore cliniquement, et toutes nos illusions 'd'égalité' à cet effet ne tiennent pas la route. Même quand le père a été incestueux et violent, la dépression d'abandon est toujours plus intense face à l'abandon de la mère qu'à l'abandon du père. La mère est *la* figure primordiale, quoique le père ait un rôle important, créant un lien d'attachement propre à lui et parfois compensatoire.
 - Conséquemment, il est souhaitable d'accompagner la personne à vivre la dépression d'abandon face au père dans un premier temps, puis face à la mère dans un deuxième temps, sans forcer quoique ce soit.
 - Il peut aussi y avoir plusieurs épisodes de dépression d'abandon, séparés par quelques semaines ou quelques mois. *À chacun son rythme !*

Le progrès psychothérapeutique s'effectue sous forme de spirale, allant de plus en plus en profondeur et vers le centre, tel que suggéré par Horowitz (1984).

C'est un peu comme si la personne devait reprendre son souffle et, à chaque fois, aller encore plus profondément.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Le travail de restructuration du TP (suite)

- Quant au transfert, le travail orienté vers la structure de la personnalité vise à :
 - Examiner la relation de la personne face au psychothérapeute si et seulement si celle-ci interfère avec le processus psychothérapeutique.
 - Considérer la plupart des réactions de la personne envers les absences du psychothérapeute comme étant naturelles quand il y a un attachement, plutôt que de les voir comme des mécanismes de défense envers la souvenance des relations parentales et de les interpréter conséquemment.

D'ailleurs, un psychothérapeute prenant plus de deux semaines de vacances à la fois devrait se questionner sur le bien-fondé de ce choix quant aux capacités de ses patients à tolérer une telle absence prolongée et à une possible régression induite.

- Différencier les réactions transférentielles basées sur des expériences auprès d'agresseurs (transfert traumatique) et de figures parentales dans l'enfance (transfert représentationnel) des réactions transférentielles basées sur le désir défensif d'éviter l'anxiété d'abandon et la dépression d'abandon (transfert d'abandon).
- Encourager les personnes à reconnaître leur transfert traumatique et les aider à le différencier de la réalité actuelle auprès du psychothérapeute.

Si le psychothérapeute a fait 'faute' envers la personne, il importe grandement de le reconnaître, de s'excuser et d'écouter ce que la personne a à dire à ce sujet.

Par exemple, si le psychothérapeute n'offre que des rendez-vous le soir alors que la personne a été agressée et que celle-ci 'manque' ses rendez-vous par peur, il importe de reconnaître notre erreur et notre manque de sensibilité.

- Interpréter empathiquement le transfert d'abandon comme une défense, qui évite à la personne de vivre la dépression d'abandon en lien avec les figures parentales

Quand la dépression d'abandon se manifeste, cela est éprouvant pour le psychothérapeute.

Néanmoins, il importe d'accueillir la personne dans sa détresse, sa désorganisation, ses déficiences et son impuissance, et de demeurer présent à la personne (donc faire ce que la mère n'a pu faire face à son nourrisson ou son tout petit). Si la condition de la personne requiert des sessions quotidiennes, on les offre, mais toujours selon une compréhension du TP spécifique.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Le travail de restructuration du TP (suite)

- Quant aux représentations internes, selon Bowlby (1988), le travail orienté vers la restructuration des mondes relationnels, internes et externes, de la personne vise à :
 - Encourager la personne à considérer diverses façons de s'engager dans ses relations intimes auprès des personnes significatives de sa vie actuelle.
 - Encourager la personne à considérer que ses perceptions, attentes, émotions et actions de la vie courante puissent être dues à des événements, situations ou relations de son enfance.
 - Reconnaître avec la personne que ses perceptions d'autrui découlent parfois d'expériences passées et des messages trompeurs donnés par les parents (ces messages sont parfois faussement identifiés en tant que 'fantaisies' alors qu'ils furent livrés à l'enfant ; par exemple, "Arrête de parler, sinon je te coupe la langue !")

Dit simplement, il faut remettre les choses à leur place, là où elles appartiennent.

- Reconnaître avec la personne que ces représentations internes ont été modelées à partir de la relation aux parents. En retour, ces représentations ont modelé la relation de la personne à soi.
- Interpréter ou confronter les mécanismes de défense envers la dépression d'abandon.
- Encourager la personne à se départir des relations pathologiques internes entretenues avec les figures parentales malveillantes internalisées. Cela implique souvent que la personne fasse son deuil de ses parents.
- Encourager la personne à reconnaître et à se départir des représentations internes idéalisées des figures parentales pathologiques, abusives ou négligentes, car ces représentations sont utilisées comme défense contre la reconnaissance de l'abandon émotif de la part des parents, dans la réalité de leur enfance.
- Encourager la personne à transformer sa relation à elle-même de manière à ce qu'elle ne s'abandonne pas et développe des attitudes bienveillantes à son égard.
- Encourager la personne à reconnaître ses propres besoins, limites, désirs et émotions, et à les différencier de ceux d'autrui.

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Le travail sur l'événement traumatique au sein d'un TP

- Après avoir restructuré une personne ayant un TP et ayant développé un TSPT, il est être parfois constructif de réviser expérientiellement l'événement traumatique s'il y a persistance de symptômes de TSPT ou un dysfonctionnement.
- Quoique la Phase B de la psychothérapie pour le TSPT ne soit pas appliquée usuellement auprès des personnes ayant un TP, elle peut parfois être utile pour :
 - Contrer les représentations dissociatives du soi
 - Confronter les représentations internes parentales idéalisées alors que les parents furent violents ou négligents
 - Aborder le conflit face à l'auto-activation
- Les techniques de révision expérientielle d'un événement traumatique doivent être adaptées aux capacités de la personne. Ainsi, le psychothérapeute doit choisir entre :
 - Une réexpérience pleine via l'hypnose introspective
 - Une réexpérience contrebalancée à l'aide de l'hypnose introspective à écran-double
- L'utilisation de techniques de révision expérientielle requiert :
 - L'établissement d'une solide alliance thérapeutique
 - L'accomplissement d'une perlaboration réussie (résolution suffisante du TP)
 - Une révision expérientielle d'abord effectuée à l'état d'éveil, mais ayant rencontré une impasse
 - Une atteinte suffisante des deux objectifs de la Phase A (y inclus l'établissement d'une capacité suffisante de modulation des affects dysphoriques intenses)

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Terminer la psychothérapie

- Lorsque le TP est résolu, le TSPT se résorbe usuellement de lui-même car la structure psychologique préexistante a été accommodée.

Une nouvelle représentation interne bienveillante et solide est établie via l'internalisation du psychothérapeute, les représentations internes malveillantes sont sensiblement amoindries, et une nouvelle capacité de modulation des affects permet l'assimilation spontanée de l'information traumatique.

- La Phase C est conduite comme à l'habitude, soit comme on le fait avec un TSPT sans TP.
- Les objectifs de la Phase C pour soigner le TSPT peuvent être atteints, du moins partiellement, même si la personne a consulté ayant un TP.
- Toute au cours de cette phase, le travail d'ancrage des acquis thérapeutiques s'effectue quant au TSPT et au TP, au fil des événements de vie.
- La possibilité d'événements traumatiques futurs est abordée concrètement.

Souvent, les personnes ayant eu un TP ne veulent plus prendre des risques inutiles (i.e. travailler dans un dépanneur car il y a souvent des vols à main armée et ceux-ci sont plus violents qu'ailleurs, etc.).

Néanmoins, bien préparées, certaines personnes ayant eu un TP (surtout un TP état-limite) peuvent reprendre un travail à risque élevé.

- La fin de la psychothérapie est abordée, et les gains thérapeutiques sont reconnus.

La joie de s'être connus est dite, et la peine d'avoir à terminer nos rencontres est nommée. Un petit cadeau peut être accepté avec gratitude (symboliquement, la personne nous offre une partie d'elle-même, qu'elle aimerait bien que l'on garde auprès de nous). On peut rire ensemble, tendrement, dans la joie de la vie. La relation réelle a pris place (Greenson, 1967).

Pour moi, une psychothérapie de TSPT est vraiment 'réussie' quand une personne (ayant un TP et ayant développé un TSPT sévère, de la comorbidité intense et d'énormes souffrances en lien à un événement traumatique) me dit spontanément :

"Ça peut paraître bizarre, mais, maintenant que je vais beaucoup mieux, différent d'avant, je suis heureux que cet événement me soit arrivé !"

Travailler l'événement traumatique ou la personnalité

Les événements traumatiques de la petite enfance

- Selon Orcutt (1995) de l'Institut Masterson, quand il y a eu des événements traumatiques dans la petite enfance alors qu'un TP s'installait, les mémoires dysphoriques liées à ceux-ci peuvent resurgir à l'âge adulte quand le TP commence à être résolu en psychothérapie car :
 - Les défenses deviennent plus adaptées et matures,
 - L'alliance thérapeutique est établie solidement,
 - La perlaboration de la dépression d'abandon est bien commencée,
 - Alors la personne peut 'se permettre' de devenir désorientée, tant psychiquement que somatiquement, afin de résoudre les impacts de ces autres expériences traumatiques.
- À ce moment-là, il importe de travailler les expériences traumatiques vécues lors de l'enfance dans le cadre de la phase de perlaboration, de restructuration.
- Parfois, le travail orienté vers la restructuration de la psyché de personne peut donc ne pas être suffisant.

Une révision expérientielle d'événements traumatiques survenus au cours de l'enfance peut être requise pour désactiver la dissociation primitive devenue alors opérationnelle, ce qui visera à permettre la reconnaissance et l'intégration des parties dissociées du soi.

Adapter la relation et les interventions

TSPT versus TP

- Une flexibilité entre le travail face au TSPT et au TP est requise afin de pouvoir aider substantiellement les personnes ayant un TP et ayant développé un TSPT.
- Le psychothérapeute arrive à :
 - Distinguer entre les questions se rapportant au TSPT ou au TP
 - Passer fluidement de l'un à l'autre
 - Différencier entre :
 - Le soi traumatisé du vrai soi

(surtout quand, lors d'une auto-activation, le soi traumatisé apparaît de concert avec le vrai soi car chacun requiert une réponse différente)
 - Le soi traumatisé du faux soi

(surtout chez les personnes ayant un TP état-limite dont le faux soi veut s'identifier et se réduire au soi traumatisé)
 - Le vrai soi fonctionnel du faux soi fonctionnel

(surtout chez les personnes ayant un TP schizoïde ou narcissique dont le faux soi doit être fonctionnel, parfois à tout prix)
- Le psychothérapeute aborde ces différentes facettes du soi de manière différentielle.

Adapter la relation et les interventions

Différencier les réactions transférentielles

- Diverses réactions de la personne envers le psychothérapeute peuvent être différenciées :
 - L'attachement au psychothérapeute et l'alliance thérapeutique sont vus comme des questions non transférentielles.
 - Le transfert basé sur les représentations internes est vu comme un déplacement de perceptions associées à des expériences passées auprès de figures parentales.
 - Le transfert d'abandon est vu comme une défense envers la dépression d'abandon.
 - Le transfert traumatique est vu comme un déplacement des réponses associées à l'événement traumatique.

- Le psychothérapeute les aborde de manière différentielle :
 - L'alliance thérapeutique est simplement développée et établie.
 - Le transfert basé sur la projection de représentations internes est cognitivement.
 - Le transfert d'abandon est interprété, tout en procurant une contre-expérience tangible.
 - Le transfert lié à l'événement traumatique est résolu à l'aide d'un contre-apprentissage concret, tout en étant abordé cognitivement afin que la personne puisse en reconnaître le non-fondement face à la situation actuelle.

Adapter la relation et les interventions

Attitude neutre ou supportante

- Masterson (1989) suggère d'adopter une attitude neutre en psychothérapie d'un TP pour :
 - Éviter les réactions contretransférentielles
 - Faciliter l'individualisation
 - Permettre la dépression d'abandon et sa perlaboration ('working through')
- La notion d'écran neutre apparaît à de nombreux cliniciens comme étant plutôt une fantaisie qu'une réalité. Comme les individus ayant un TSPT ont tendance à projeter leurs représentations internes sur des visages neutres, basées sur la peur et la colère, il n'est pas recommandé d'adopter une telle 'neutralité' avec les personnes ayant un TSPT.
- La neutralité ne doit pas être considérée comme une mise à distance face à la personne car cela devient alors une réaction contretransférentielle. Toute distanciation de la part du psychothérapeute peut devenir un abandon affectif pour la personne ayant un TP.
- Selon Pearlman & Saakvitne (1997), la neutralité équivaut à une résonance non critique, associée à une attention flottante et à une pleine acceptation des aspects contradictoires de la personne.
- Selon Kernberg (1979), il s'agit d'être équidistant aux deux côtés du conflit, comprenant chacun mais n'endossant aucun.
- Les interventions adressées aux éléments traumatiques se doivent d'être supportantes pour :
 - Permettre l'expérience des affects dysphoriques
 - Permettre la révision du matériel traumatique s'il y a lieu
 - Faciliter la tolérance de l'anxiété d'abandon puis l'épreuve de la dépression d'abandon
- Toute intervention de support ne peut, cependant, équivaloir à fournir quelque protection à la personne envers sa propre souffrance, car il s'agirait alors d'un évitement défensif, à moins que la personne ne soit submergée et se désorganise.
- Il s'agit de procurer une présence attentive et affective à la personne afin qu'elle puisse éventuellement, ou en concomitance, éprouver pleinement sa souffrance propre.

Adapter la relation et les interventions

Attitude neutre ou supportante (suite)

- Le psychothérapeute peut varier, doucement, son attitude envers la personne selon :
 - Le matériel abordé
 - Le type de TP en jeu :
 - Les personnes ayant un TP narcissique requièrent une résonance empathique plus présente que les personnes ayant un TP schizoïde.
 - Les personnes ayant un TP état-limite requièrent beaucoup moins de soutien empathique, malgré leurs demandes à cet effet. Elles requièrent plutôt une attitude d'encouragement offerte au travers des confrontations
- Le matériel traumatique nécessite une attitude supportante au début, puis une attitude plutôt neutre est graduellement fournie afin de permettre à la personne de pleinement éprouver les affects dysphoriques et les significations relatives à l'événement traumatique, tant et aussi longtemps que cela est tolérable par la personne.
- Les personnes arrivent à tolérer l'anxiété d'annihilation et la dépression d'abandon seulement si elles n'ont pas l'impression d'être abandonnées par le psychothérapeute et si elles se sentent en sécurité en psychothérapie.

L'expérience est restructurée par notre présence.

- Une attitude de soutien et d'encouragement de la part du psychothérapeute aide la personne à contraster leurs sentiments émanant des expériences passées aux réalités actuelles.
- Supporter la personne peut aussi consister à partager la souffrance de la personne avec elle.

Adapter la relation et les interventions

Attitude active ou contemplative

- Avec un TSPT : Une attitude active est requise tout au long de la psychothérapie, quoique l'activité s'amenuise vers la fin.
- Avec un TP : Une attitude active est requise lors de la phase de mise à l'épreuve, mais dès que l'auto-activation devient opérationnelle, une attitude plutôt contemplative est recommandée (Masterson & Klein, 1989).

* * *

- Avec un TSPT au sein d'un TP : Dès que l'auto-activation devient opérationnelle, cela peut évoquer des éléments traumatiques et, conséquemment, une attitude plutôt active est requise tout au long de la psychothérapie.

L'attitude du psychothérapeute doit être suffisamment contemplative pour permettre la dépression d'abandon, mais elle doit aussi être suffisamment active pour prévenir tout submergement de la personne par les sentiments d'abandon réactivés lors de l'événement traumatique.

Adapter la relation et les interventions

Préserver l'estime de soi

- Lors de l'événement traumatique, la personne a probablement vécu une humiliation face à :
 - Avoir à se soumettre à l'autorité illégitime de l'agresseur
 - Avoir été rendu impuissant par l'agresseur
 - Avoir été traitée comme insignifiante par l'agresseur
- Le psychothérapeute est alors conscient des dommages encourus par la personne quant à son estime d'elle-même. Cela peut être contré, dès que l'opportunité se présente, en :
 - Soulignant les actions constructives de la personne
 - Soulignant les perceptions justes de la personne quant à la réalité externe
 - Soulignant les stratégies d'adaptation efficaces employées par la personne

Procéder à dose tolérable

- Avec un TSPT et un TP, les questions chargées émotionnellement sont toujours abordées de manière graduelle, soit à dose tolérable, de manière à ne pas :
 - Submerger les capacités de modulation des affects de la personne
 - Hypersensibiliser l'amygdale
 - Perturber indûment le fonctionnement de la personne
 - Protéger la relation thérapeutique
- Sinon, le psychothérapeute peut être perçu par la personne comme indifférent, intrusif et même potentiellement malveillant.

Adapter la relation et les interventions

Contre le sentiment d'impuissance

- Lors d'un TSPT, l'impuissance vécue au cours de l'événement traumatique devient partie prenante des représentations internes de soi. En psychothérapie, la personne devrait finir par se percevoir et se vivre comme :
 - Impuissante mais que parfois et partiellement (Epstein, 1991)
 - En contrôle mais que parfois et partiellement
- Avec le TSPT au sein d'un TP, l'impuissance liée à l'événement traumatique peut avoir réactivé :
 - L'impuissance vécue au cours de l'enfance
 - L'impuissance vécue au sein de sa réalité actuelle
- Avec un TP, l'impuissance traumatique peut aisément devenir submergeante et entacher de nombreux aspects de la vie courante de la personne, car cette impuissance est au cœur même de leurs expériences relationnelles (malgré des agissements indiquant parfois le contraire).

En psychothérapie, cette impuissance doit être liée au contexte spatio-temporel de l'événement traumatique (date et lieu) et aux relations avec les figures parentales ou les personnes actuelles.

- L'impuissance devient acceptable seulement si la personne développe un sens accru de contrôle sur les circonstances de sa vie. Conséquemment, le psychothérapeute aide la personne ayant un TSPT à regagner du contrôle sur sa vie.
- Pour ce faire, le psychothérapeute devient conscient de sa réaction contretransférentielle d'impuissance, réaction qui est fréquemment vécue vis-à-vis les personnes ayant un TP et un TSPT. Ce contretransfert est usuellement dû à l'identification projective de l'impuissance submergeante de la personne sur le psychothérapeute. Au-delà de reconnaître cette identification projective, le psychothérapeute porte et contient l'impuissance pour une période prolongée, tout en continuant d'être actif et compétent.

Adapter la relation et les interventions

Contre le sentiment d'impuissance (suite)

- Avec le TSPT, un certain contrôle doit être 'redonné' à la personne car presque tout contrôle lui fut enlevé lors de l'événement traumatique, et ce de manière à :
 - Contre les sentiments d'impuissance associés à l'événement traumatique qui, devenus flottants, interfèrent avec le fonctionnement quotidien
 - Prévenir un déplacement inutile envers le psychothérapeute de sentiments éprouvés à l'égard de l'agresseur

* * *

- Le cadre thérapeutique est renforcé que s'il y a digression diluant l'efficacité de la psychothérapie, sinon le psychothérapeute considère ces agissements comme étant des tentatives légitimes de reprise de contrôle sur sa propre vie de la part de la personne.
- En donnant un certain contrôle à la personne, le message implicite est que la personne est capable de prendre des décisions judicieuses lorsqu'elle est informée correctement et que la personne est une alliée en psychothérapie plutôt qu'un objet de l'autorité du psychothérapeute.

Adapter la relation et les interventions

Contrer le sentiment d'impuissance (suite)

- En sus des interventions mentionnées précédemment, le psychothérapeute peut:
 - Différencier les zones d'impuissance des actions possibles de la personne
 - Encourager la personne à agir malgré un sentiment d'impuissance intense
 - Encourager la personne à accepter toute réalité d'impuissance ne pouvant être contrée
 - Développer avec la personne des stratégies d'actions potentiellement constructives
 - Agir parfois pour la personne, mais seulement de manière fort limitée et lorsque la personne est évidemment submergée (cela ne s'applique pas pour les personnes ayant un TP état-limite)
 - Différencier cognitivement les moments d'impuissance des moments de contrôle lors :
 - De l'événement traumatique
 - Des relations avec les figures parentales au cours de l'enfance
 - Contraster le sentiment d'impuissance face aux personnes significatives actuelles avec la possibilité de reprise de contrôle en s'affirmant au sein de ces relations

L'efficacité de la psychothérapie

Une efficacité possible

- À partir des observations cliniques à TRAUMATYS, le TSPT peut se résorber, du moins partiellement (avec des symptômes résiduels tels que des sursauts exagérés, l'évitement des foules ou de lieux à risque élevé, etc.) et le fonctionnement psychosocial peut être grandement amélioré :
 - Cela prend environ 1 à 3 ans de psychothérapie spécialisée en TSPT et TP.
 - Des limitations fonctionnelles peuvent demeurer à divers degrés (e.g. ne plus pouvoir travailler dans un emploi à risque élevé, surtout quand la personne a été abusée ou négligée dans l'enfance, ou encre ne plus pouvoir travailler du tout quand on a vécu de nombreux événements traumatiques au travail, comme certains policiers par exemple).
 - Le niveau de fonctionnement pré-morbide est usuellement rétabli ou amélioré.
 - Le conflit de séparation-individuation, face à la dépression d'abandon, du TP est amoindri dépendamment de :
 - Le fonctionnement préexistant (les personnes ayant été dysfonctionnelles toute leur vie ne deviendront pas fonctionnelles, et ça n'est pas le but non plus)
 - Le tempérament de la personne
 - Les traits de la personnalité
 - Le nombre d'événements traumatiques antérieurs
 - Etc.
 - Le TP peut se dissoudre complètement suite au travail de restructuration effectué pour le résoudre, ou le TP peut être amoindri suffisamment afin que le TSPT se résorbe ainsi que la co-morbidité et les limitations fonctionnelles.
- La résorption du TSPT et le recouvrement du fonctionnement préexistant ne peuvent être attendus que si la personne n'a pas été abusée chroniquement tout au long de son enfance, car cela risque fort d'avoir instauré des défenses dissociatives, des déficits fonctionnels neurobiologiques permanents et des manifestations somatiques sévères (i.e. la maladie de Crohn, etc.). La plupart de ces personnes requièrent une prise de psychotropes à vie (usuellement, un IRSS à qualité anxiolytique).

L'efficacité de la psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie dynamique pour troubles psychologiques

- Il n'y a pas d'essai clinique contrôlé ayant étudié l'efficacité de la psychothérapie intégrative, à base psychodynamique, pour le TSPT au sein d'un TP, mais des études offrent des indications favorables, dont celles portant sur l'efficacité de la psychothérapie dynamique, à moyen et long terme, pour soigner les troubles psychiatriques et les TP.
- Une méta-analyse publiée dans *Archives of General Psychiatry* a inclus 17 essais cliniques contrôlés de qualité sur l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique à court terme, d'une moyenne de 21 sessions, pour les troubles psychiatriques (Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004).
 - L'effet trouvé fut de 1.17 en comparaison aux groupes contrôles.
 - Du pré-test au post-test, l'effet fut de 1.39.
 - L'effet a augmenté à 1.57 au suivi à long terme (moyenne de 13 mois).
 - Ces effets sont très, très larges.
 - Traduisant cette efficacité en pourcentage, il fut trouvé que les personnes soignées en psychothérapie dynamique brève sont 'mieux' que 92 % des personnes non soignées, quant au problème ayant mené à consulter.
- Lors d'une revue de l'efficacité de la psychothérapie dynamique, Shedler (2010) a mis l'emphase sur un résultat récurrent et remarquable :
 - Non seulement les bénéfices de la psychothérapie dynamique perdurent, mais ils augmentent graduellement après la fin de la psychothérapie, contrairement à ceux des thérapies non dynamiques.
 - Les bénéfices des thérapies cognitivo-comportementales, apparaissent un peu plus rapidement (quelques semaines), mais ils diminuent avec le temps.

Qu'en est-il de l'efficacité de la psychothérapie dynamique pour les TP ?

L'efficacité de la psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie dynamique pour les TP

- Quant à l'efficacité de la psychothérapie dynamique pour les TP, une méta-analyse (Leichsenring & Leibing, 2003) publiée dans *American Journal of Psychiatry* a comparé l'efficacité de la psychothérapie dynamique (14 essais cliniques) à l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (11 essais cliniques). Les effets comparant les mesures du pré-test à celles du suivi après la fin de la psychothérapie (durée moyenne de 1.5 an) sont remarquables:
 - Pour la psychothérapie dynamique d'une durée moyenne de 37 semaines, l'effet est de 1.46, ce qui est encore un effet très large.
 - Pour la thérapie cognitivo-comportementale, l'effet est de 1.0, ce qui est large.
- Une revue de littérature (Messer & Abbass, 2010) portant sur l'efficacité de la psychothérapie dynamique à court terme (30.7 sessions) pour les TP a inclus 7 essais cliniques contrôlés. L'efficacité fut évaluée en fonction du plus long suivi (soit en moyenne de 18.9 mois) après la fin de la thérapie :
 - Pour les symptômes en général, l'effet est de 0.91.
 - Pour le fonctionnement interpersonnel, l'effet est de 0.97.
- Après de personnes ayant un TP état-limite, une autre étude (Bateman & Fonagy, 2008) a démontré que les changements associés à la psychothérapie dynamique à long terme demeurent en place de manière prolongée. Au suivi de 5 ans après la fin de la psychothérapie :
 - Des personnes ayant reçu le 'traitement usuel', 87 % avaient toujours un diagnostic de TP état-limite.
 - Des personnes soignées en psychothérapie dynamique à long terme, seulement 13 % rencontraient les critères diagnostiques d'un TP état-limite (selon Shedler (2010), aucun autre traitement n'a démontré une telle efficacité).
- Une autre étude auprès de personnes ayant un TP état-limite (Clarkin et al., 2007) a démontré que les bénéfiques de la psychothérapie dynamique excédaient ceux de la thérapie comportementale dialectique de Linehan (1993).

Notons qu'aucune étude n'a porté sur l'efficacité auprès des TP schizoïde et narcissique.

L'efficacité de la psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie dynamique pour les TP (suite)

- Selon Shedler (2010), les résultats concernant les processus de changement des TP sont particulièrement intrigants.
 - Pour le TP état-limite, des changements furent aussi observés au niveau des processus psychologiques sous-jacents (intrapsychiques) considérés comme les médiateurs du changement chez ces personnes, et ce dans le cadre d'une psychothérapie spécialisée pour le TP état-limite : une augmentation de la capacité d'autoréflexion et l'organisation de l'attachement.
 - Ces changements intrapsychiques ne furent observés que chez les personnes ayant suivi une psychothérapie dynamique, et non chez les personnes ayant reçu la thérapie comportementale dialectique (Levy et al., 2006).

Qu'en est-il de l'efficacité de la psychothérapie dynamique à long terme ?

L'efficacité de la psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie dynamique à long terme

- Une méta-analyse (Leichsenring & Rabun, 2008) a comparé l'efficacité de la psychothérapie dynamique à long terme (plus d'un an ou 50 sessions) aux thérapies brèves dans le traitement des troubles mentaux complexes (définis tels que des troubles co-morbides multiples, des troubles chroniques ou des troubles de la personnalité).
 - Pour l'issue globale, un effet de magnitude de 1.8 est associé à la psychothérapie dynamique d'un an.
 - L'efficacité augmente au cours des deux années subséquentes, et ce sur toutes les mesures (l'efficacité globale, les problèmes présentés, les symptômes psychiatriques, le fonctionnement personnel et le fonctionnement social).
- Une autre méta-analyse (de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009) a examiné l'efficacité de la psychothérapie dynamique à long terme (en moyenne, 150 sessions) pour les adultes présentant une grande variété de diagnostics.
 - Pour les patients ayant une pathologie multiple mais modérée, l'effet est 0.78 au post-test et 0.94 lors d'un suivi 3 ans plus tard.
 - Pour les patients ayant une pathologie sévère de la personnalité, l'effet est 0.94 au post-test et 1.02 lors d'un suivi 5 ans plus tard.
- Après de personnes ayant un TP état-limite, une autre étude (Bateman & Fonagy, 2008) a démontré que les changements associés à la psychothérapie dynamique à long terme de 3 ans (PDLT), spécialisée dans le traitement du TP état-limite, avec hospitalisation partielle, persistent de manière prolongée. Au suivi de 5 ans après la fin de la psychothérapie :
 - La suicidalité n'était que de 23 % chez les personnes en PDLT, alors qu'elle était de 74 % chez les personnes soignées avec un 'traitement usuel'.
 - Seulement 13 % des personnes soignées en PDLT avaient toujours un diagnostic de TP état-limite, en comparaison à 87 % des personnes ayant reçu le 'traitement usuel'.
 - Selon Shedler (2010), aucun autre traitement n'a démontré une telle efficacité.

L'efficacité de la psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie intégrative du TSPT au sein d'un TP

- Compte tenu des résultats d'efficacité cités précédemment, une psychothérapie à long terme est donc justifiée pour soigner un TSPT sévère, associé à de multiples troubles co-morbides, à des limitations fonctionnelles et à un TP. À TRAUMATYS, la durée de la psychothérapie varie de court à long terme.
- Selon une étude indépendante de l'équipe de recherche du Dr Brunet, professeur de psychiatrie à l'Université McGill (2004), ayant examiné 100 dossiers de TRAUMATYS sélectionnés au hasard (rappelons-nous ici que la plupart des personnes consultants à TRAUMATYS présentent un TP selon les modèles de Masterson et Bowlby, à partir de diagnostics psychologiques posés par les psychothérapeutes et les superviseurs) :
 - La durée moyenne de la psychothérapie est de 9 mois, allant de plusieurs semaines à plusieurs mois (parfois quelques années)
 - À l'aide du '*Structured Clinical Interview for DSM-IV-PTSD*' (SCID), des diagnostics psychologiques de TSPT avaient été complétés pour chaque patient, au début et à la fin de la psychothérapie.
 - Le taux de rémission du TSPT était de 96 % :
 - 48 % en rémission complète et 48 % en rémission partielle
 - 4 % des personnes soignées demeurant symptomatiques
- Une étude de neuroimagerie (Dickie et al., 2011) de 18 personnes débutant une psychothérapie à TRAUMATYS, utilisant la résonance magnétique fMRI et le '*Clinician's Administered PTSD Scale*' (CAPS), a démontré que :
 - Lors de l'évaluation :
 - 90 % des TSPT étaient sévères.
 - 80 % avaient un trouble comorbide et 45 % prenaient un psychotrope (Dickie, 2014, communication personnelle).
 - La sévérité initiale du TSPT était associée à l'activation de l'amygdale, de l'hippocampe et du cortex préfrontal cingulaire antérieur.

L'efficacité de la psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie intégrative du TSPT au sein d'un TP (suite)

- Une étude de neuroimagerie (Dickie et al., 2011) de 18 personnes débutant une psychothérapie à TRAUMATYS, à l'aide de la résonance magnétique fMRI et du 'Clinician's Administered PTSD Scale' (CAPS), a démontré que : (suite)
 - Après 6 à 9 mois de psychothérapie,
 - 65 % étaient en rémission de TSPT.
 - À la présentation d'images de visages apeurés, l'activation de l'amygdale avait diminué en lien avec celle du TSPT.
 - À la présentation d'images de visages apeurés, l'activation de l'hippocampe avait aussi diminué en lien avec celle du TSPT, et donc de pair avec celle de l'amygdale.
 - À la présentation d'images de visages apeurés, l'activation du cortex préfrontal cingulaire antérieur n'avait diminué que chez les personnes en rémission de TSPT, alors qu'elle avait augmenté chez les personnes ne présentant pas de rémission (Dickie, 2014 ; communication personnelle).

Il est raisonnable de supposer que l'activation de l'hippocampe et du cortex préfrontal cingulaire antérieur ne fut simplement pas requise chez les personnes en rémission de TSPT.

- Dans le cadre de la même étude, l'épaisseur du cortex préfrontal cingulaire antérieur (le site de modulation des affects) a été étudiée :
 - L'épaisseur avant la psychothérapie a prédit l'amélioration du TSPT après 6 à 9 mois (Dickie et al., 2013), soulignant que la capacité de modulation des affects influence l'issue thérapeutique.
 - Aucun changement de l'épaisseur n'a été trouvé après 6 à 9 mois, même si le TSPT était en rémission pour 65 % (Dickie et al., 2013).

Ce résultat suggère que la psychothérapie à court et à moyen terme, même efficace, ne semble pas produire d'effet structurel à ce niveau.

L'efficacité de la psychothérapie

L'efficacité de la psychothérapie intégrative du TSPT au sein d'un TP (suite)

Il serait utile de vérifier si la psychothérapie à long terme du TSPT, au sein d'un TP, réussit à induire des changements neurobiologiques tant structurels (le volume ou l'épaisseur) que fonctionnels (l'activation).

Il serait également utile de préciser le taux de TP chez les personnes, selon le modèle de Masterson, ainsi que les types de TP et le niveau de fonctionnement préexistant.

Il serait également utile de préciser s'il y a eu survenue de nombreux événements traumatiques répétés au cours de l'enfance.

Idéalement, ni l'amygdale ni l'hippocampe ni le cortex préfrontal cingulaire antérieur ne serait activé à la présentation d'images de visages apeurés ou même à la lecture du scénario de l'événement traumatique ayant provoqué le TSPT récent.

Références

- Armory, J. L., Corbo, V., Clement, M. H., & Brunet, A. (2005). Amygdala response in patients with acute PTSD to masked and unmasked emotional facial expressions. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1961–1963.
- Armour, C., Elklit, A. Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*, *2*(10).
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 631–638.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatric Child Health*, *9*(8), 541-545.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bremner, J. D. (2005). The neurobiology of childhood sexual abuse in women with posttraumatic stress disorder. In K. A. Kendall-Tackett (Ed.), *Handbook of women, stress, and trauma* (pp. 181-203.) Brunner-Routledge.
- Breslau N., Kessler, RC., Chilcoat, .H.D et al. (1998). Trauma and Posttraumatic stress disorder in the community : The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 626-632.
- Brunet, A. (2004). Étude préliminaire de 100 dossiers de TRAUMATYS pour une étude prospective des corrélats neurologiques des changements symptomatiques de l'ÉSPT (document non publié). Département de psychiatrie, Université McGill, Institut Douglas, 6875 boul. La Salle, Montréal (Québec), Canada H4H 1R3
- Catherall, D.R. (1991). Aggression and projective identification in the treatment of victims. *Psychotherapy*, *28*, 145-149.
- Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperaments in Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, *124*(1), 3-21.
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*, 1–23.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 922–928.
- Dickie, E.W., Brunet, A., Akerib, V., Armony, J.L. (2011). Neural correlates of recovery from post-traumatic stress disorder: a longitudinal fMRI investigation of memory encoding. *Neuropsychologia*, *49*(7), 1771-1778.
- Dickie, E.W, Brunet, A., Akerib, V., Armony, J.L. (2013). Anterior cingulate cortical thickness is a stable predictor of recovery from post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, *43*(3), 645-653.
- Epstein, S. (1991). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. In D. Ozer, J.M. Healy, & A.J. Stewart (Eds.), *Perspectives in Personality* (Vol. 3, pp. 63-98). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Felmingham K.L., Bryant, R.A., & Gordon E. (2003). Processing angry and neutral faces in post-traumatic stress disorder: an event-related potentials study. *Neuroreport*, *14*(5), 777-80.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Gaston, L. (1995). Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder. In J. P. Barber and P. Crits-Christoph (Eds.), *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)* (pp. 161-192). New York: Guilford Press.
- Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis (Vol.1)*. New York: International Universities Press.
- Griffin, M.G., Resick, P.A., and Mechanic, M.B.(1997). Objective Assessment of Peritraumatic Dissociation: Psychophysiological Indicators. *American Journal of Psychiatry*, *154* (8), 1081-1088.
- Hare, R.D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of psychopaths among us*. New York: Guilford Press.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*, 377-391.
- Hollon, S.D., & Garber, J. (1988). Cognitive therapy. In L.Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 204-253). New York: Guilford Press.
- Horowitz, M.J. (1974). Stress response syndromes: Character style and dynamic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *31*, 768-781.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndrome*. New York: Jason Aronson.

- Horowitz, M.J. (1984). Brief dynamic psychotherapy and character styles. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J. (1986). Treatment manual – Brief therapy of stress response syndromes. Unpublished document.
- Horowitz, M.J., & Kaltreider, N. (1979). Brief psychotherapy of the stress response syndrome. Psychiatric Clinics of North America, 2, 365-377.
- Horowitz, M.J., Marmar, C., Weiss, D.S., DeWitt, K.N., Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome. Archives of General Psychiatry, 41(5), 438-448.
- Horowitz, M.J., Marmar, C., Weiss, D., Kaltreider, N., & Wilner, N. (1986). Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 143, 582-589.
- Kantojärvi L., et al. (2006). Co-occurrence of personality disorders with mood, anxiety, and substance use disorders in a young adult population. Journal of Personality Disorder, 20(1):102-12.
- Kernberg, O. (1979). Some Implications Of Object Relations Theory For Psychoanalytic Technique. Journal of the American Psychoanalytical Association, 27(S), 207-239.
- Kimble, C. R., Oepen, G., Weinberg, E., Williams, A. A., & Zanarini, M. C. (1997). Neurological vulnerability and trauma in borderline personality disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder (pp. 165-180.) American Psychiatric Press.
- Kohut, Heinz (1971). The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Chicago : University of Chicago Press.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. Archives of General Psychiatry, 61, 1208–1216.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. Journal of the American Medical Association, 300, 1551–1565.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(6), 1027-1040.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.
- Masterson, J.F. (1985). The real self: A developmental, self, and object relations approach. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J.F., & Klein, R. (Eds.) (1989). Psychotherapy of the disorders of the self: The Masterson approach. New York: Brunner/Mazel.
- Masterson, J.F., & Klein, R. (Eds.) (1995). Disorders of the self, new therapeutic horizons: The Masterson approach. New York: Brunner/Mazel.
- McCann, L. Pearlman, L.A. (1990). Psychosocial trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation. New York: Brunner/Mazel.
- Messer, S. B., & Abbass, A. A. (2010). Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In J. J. Magnavita (Ed.), Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods and processes (pp. 79-111). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Orcutt, C. (1995). The influence of early trauma on the developing self. In J.F. Masterson, & R. Klein (Eds.) Disorders of the self, new therapeutic horizons: The Masterson approach (pp. 181-254). New York: Brunner/Mazel.
- Paris, J. (1997). Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. Journal of Personality Disorders, 11, 34-49.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Trauma and the therapist. New York: Norton.
- Sack, M. Cilien, M. & Hopper, J.W. (2012). Acute dissociation and cardiac reactivity to script-driven imagery in trauma-related disorders. European Journal of Psychotraumatology, 3.
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. International Review of Psychiatry, 23(3), 223-233.
- Sapolsky, R (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. Archives of General Psychiatry, 57, 925-935.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist, 65(2), 98-109.

- Shore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. Development and Psychopathology, 8, 59-87.
- Siegel, D. (1999). The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience. New York: Guilford Press.
- Weiss, J., & Sampson, H. (1986). The Psychoanalytical Process: Theory, Clinical Observations, and Empirical Research. New York: Guilford Press.
- Werner, K.B., & Griffin, M.G. (2012). Peritraumatic and persistent dissociation as predictors of PTSD symptoms in a female cohort. Journal of Traumatic Stress, 25(4), 401-407.
- Winnicott, D. W. (1955-56). Clinical varieties of transference In D. W. Winnicot (Ed.), Through Pediatrics to Psychoanalysis. New York: Basic Books, 1958