



4 Trouble de la personnalité limite BPS et trouble du comportement selon la CIM. 10 V. F.:60

Tout comme l'auteur l'a décrit montrent le trouble de la personnalité BPS - Troubles du comportement Dans un trouble grave du comportement personnel et social des personnes touchées.

Ce trouble survient durant la petite enfance ou l'adolescence et persiste à l'âge adulte. Les causes ne sont pas directement dues à des lésions cérébrales ou à des troubles psychiatriques, mais bien plus à un manque structurel d'éducation. Rohde et al. citent la perte de l'amour primitif et de la confiance, ainsi que la maltraitance et les mauvais traitements infligés à l'enfant comme causes du développement de ce trouble (Andrawis A, 2018).

Les troubles de la personnalité et du comportement se trouvent dans Dilling et al (2011) sous la classification F60 - F69 :

- trouble de la personnalité paranoïaque F60.0,
- trouble de la personnalité dissociale F60.2,
- émotionnellement instable F60.3,
- type impulsif F60.30,
- trouble de la personnalité schizoïde F60.1,
- Bordeline type F60.31,
- trouble de la personnalité histrionique F60.4,
- trouble de la personnalité anxieux (évitant) F60.6,
- trouble de la personnalité anancastique (compulsif) F60.5,
- trouble de la personnalité dépendant (asthénique) F60.7,
- autres troubles spécifiques de la personnalité F60.8,
- un autre trouble narcissique de la personnalité F60.80,
- trouble de la personnalité passive-agressive et agressive F60.81,
- d'autres troubles spécifiques de la personnalité F60.88 et ainsi de suite. (Möller et al. 2005)

L'auteur se limite ici à F60.31 "Borderline type" comme la manifestation la plus fréquente d'un trouble de la personnalité (Andrawis A, 2018).

entrée en fonction Pathologie et psychanalyse de type borderline

Comme Rohde-Dachser (2006) l'a décrit, l'histoire du type borderline en psychiatrie remonte loin dans le temps. La première fois qu'il a été pratiqué a été en 1925 par Aichhorn dans un groupe de ses patients, où il a découvert que ses patients souffraient d'un manque de contrôle des impulsions. En 1938, Stern a mentionné Borderline comme diagnostic pour distinguer les patients de ce type de patients psychotiques.

Comme déjà mentionné, Stern avait décrit les caractéristiques des patients que Kernberg (2008) avait ensuite adoptées et publiées dans ses travaux sur la pathologie de l'ego de Borderline. D'un point de vue analytique, les patients ont tendance à idéaliser la relation d'objet à mère et passent simultanément de l'idéalisation à la dévaluation. C'est ce qu'on appelle un état ambivalent. Dans ses critères empiriques pour les patients borderline décrits ci-dessus, Grinker et al. décrit une subdivision de quatre types de caractères (Rohde-Dachser 2006)

Sous-groupes de caractérisation

1° les désignations anactiques

2.) colères

3) le manque d'identité en tant qu'individu

4.) La dépression par la solitude

Ainsi, Kernberg a développé simultanément des théories sur l'organisation de la personnalité de type borderline, dans lesquelles il a trouvé des phénomènes de psychodynamique, où la pathologie de l'ego a été prouvée chez les patients, ce qui peut être retracé aux mécanismes de défense primitifs des expériences traumatiques de la petite enfance, et qui sont basés sur une identification projective, (Andrawis A, 2018)

et le déni. A l'origine, une pathologie de la relation objet et du surmoi se produit, qui peut être décrite comme une faiblesse de l'ego due à un manque de tolérance à la peur, de contrôle des impulsions et d'aptitude à se sublimer (ibid.).

Ce trouble précoce peut être attribué d'une part à la relation entre la mère et l'enfant, dans laquelle la confiance et l'amour de base ont été violés, et d'autre part aux expériences

traumatisantes de la petite enfance. Ici, les composantes psychosociales jouent un rôle, notamment la pénurie de logements, le chômage, la pauvreté, l'alcoolisme, la séparation, le divorce parental et la violence familiale. Le père est également impliqué dans l'autorité, l'absence et la relation avec la famille. De plus, la relation des parents dans leur cohabitation, dans la résolution des conflits, ainsi qu'une relation fraternelle, libre de toute rivalité, est importante pour l'acceptation et l'appréciation. Il n'est pas nécessaire qu'il s'agisse nécessairement d'un traumatisme de l'enfant, il peut aussi s'agir d'une épidémiologie, qui peut conduire à un lien symbiotique (ibid.).

Diagnostic précis selon les critères du DSM-III-R

Pour un diagnostic exact du type limite, 5 des 8 critères suivants doivent être remplis.

1. impulsivité dans au moins 2 domaines dans lesquels l'un d'eux a un effet d'auto-destruction actif. POUR EXEMPLE : Sexualité, dépenses, vol à l'étalage, toxicomanie, insouciance dans les relations interpersonnelles et les crises.
2. présentant une certaine instabilité, qui affecte également les relations interpersonnelles et se traduit par une alternance entre dévaluation et sur-idéalisation.
3. colère excessive ou incapacité à contrôler cette colère, p. ex. accès de colère, colère persistante ou bagarres (Möller et coll., 2005).
4. l'instabilité sous forme de changements d'humeur, de l'humeur normale à la dépression, l'anxiété ou l'irritabilité, qui peuvent durer de quelques heures à quelques jours.
5. un trouble de l'identité qui est prononcé de façon persistante et se manifeste par l'incertitude dans au moins deux des domaines suivants de la vie : Image de soi, orientation sexuelle, objectifs à long terme, aspirations professionnelles, choix d'amis ou de partenaires, valeurs personnelles.
6. tentatives de suicide, automutilations et menaces suicidaires répétées.
7. l'ennui et le sentiment chronique de vide.
8. effort désespéré pour prévenir la solitude imaginaire ou la solitude réelle (Kernberg 1998).

Borderline - Type F 60.31

Critères diagnostiques selon la classification internationale ICD10 F des troubles mentaux :

- Présence d'instabilité émotionnelle de sa propre image de soi, préférence intérieure, y compris une sexualité peu claire et perturbée.
- sentiment chronique de vide intérieur
- Tendance à des relations intenses mais volatiles qui peuvent conduire à la répétition de crises émotionnelles, y compris des efforts excessifs à ne pas abandonner. En outre, l'automutilation et la menace de suicide, qui peuvent également se produire sans cause et sans déclencheur (Dilling et al. 2011). Les critères du DSM-III-R du trouble de la personnalité limite peuvent chevaucher d'autres troubles de la personnalité graves, notamment le trouble schizotypique, histrionique, antisocial et narcissique (Andrawis A, 2018).

Trois critères pour le diagnostic du défaut de type limite

Kernberg (2008) a cité les trois critères suivants pour la faille limite :

I. Niveau des opérations défensives

DEUX. Diffusion de l'identité (manque d'intégration)

III. capacité de vérifier la réalité

Contrairement au trouble névrotique de la personnalité, dans lequel l'organisation de la défense s'articule autour de la répression et d'autres mécanismes de défense matures, chez les patients présentant un trouble borderline ou psychotique au niveau organisationnel, les mécanismes primitifs du clivage représentent la forme centrale de défense (Kernberg 1998). La division et d'autres mécanismes tels que l'identification projective, l'idéalisation primitive, la dévaluation, le déni, le contrôle omnipotent et la dévaluation interagissent. Ceci est fait pour se protéger du conflit et se manifeste dans des expériences contradictoires du moi, où les mécanismes de défense tentent de le faire (Andrawis A, 2018).

pour séparer les significations contradictoires. On peut donc parler d'une division par ces mécanismes de défense.

Ces caractéristiques se reflètent également dans l'interaction avec le patient. La division conduit à une division des objets extérieurs et du moi en "mal absolu" et "bien absolu". Cela signifie que dans les transmissions sous forme de projection, les gens sont indistinctement divisés en bien et en mal (ibid.).

Idéalisation primitive

Elle se montre "bonne", par exemple en exagérant des objets extérieurs. Les bonnes qualités de l'autre sont présentées de façon pathologiquement exagérée. Cela peut aller si loin que les patients ne veulent pas admettre des erreurs humaines. Si une personne est sur-idéalisée par un patient, elle ne doit pas avoir d'erreurs. Le patient croit que la personne idéalisée est parfaite. Le contraire de la sur-idéalisation est la dévaluation absolue. L'autre est également perçu comme dangereux et persécuteur. Les premières formes de projection et d'identification projective diffèrent des formes matures de projection en assignant une impulsion à une autre. C'est un signe de répression précoce. Comme l'a décrit Kernberg, l'identification projective est caractérisée par 3 étapes :

1. la peur d'autrui, qui se caractérise apparemment par des impulsions projetées.
2. de contrôler les besoins de cette personne (le thérapeute). Le but est de provoquer un certain comportement qui semble confirmer la projection du patient. Cela se produit à cause du manque de structure de l'ego. Au centre se trouvent les mécanismes de défense des déplacements. Ceci est basé sur l'identification projective, qui se manifeste par la division ou l'action primitive (ibid.).
3. la tendance à trouver une impulsion en soi tout en la projetant simultanément sur l'autre (ibid.).

Capacité de vérifier la réalité

Dans les troubles de la personnalité limite comme dans les troubles de la personnalité névrotique, la capacité de tester la réalité reste intacte. En revanche, ce n'est pas le cas avec l'organisation de la personnalité psychotique. Le test de réalité peut être séparé du soi en tant

que "non-soi". Les perceptions et les stimuli intrapsychiques qui étaient à l'origine destinés à distinguer ses propres affects sont intensifiés, de sorte que les normes sociales ne peuvent être observées. Cette perte de capacité doit être guérie afin de retrouver son chemin vers la réalité : Le patient, à qui les choses semblent étranges, doit être sensibilisé à la réalité.

"L'organisation de la personnalité limite se manifeste aussi par des caractéristiques structurelles secondaires, telles que des signes non spécifiques de faiblesse de l'ego (manque de contrôle des impulsions, manque de tolérance à la peur et capacité peu développée à sublimer), une pathologie du surmoi (systèmes de valeurs infantiles et immatures, exigences morales intérieures contradictoires, ou même traits antisociaux). (Andrawis A, 2018). Les caractéristiques structurelles secondaires sont basées sur les résultats pathologiques. Le diagnostic est basé sur les critères d'opérations défensives, de diffusion de l'identité et de test de réalité.

Diffusion de l'identité et manque d'intégration

Le manque d'intégration est défini comme la diffusion de l'identité et en même temps compris comme le concept de l'objet. Cela signifie que l'expérience subjective est caractérisée par un vide intérieur, des perceptions et des comportements contradictoires. Les perceptions contradictoires des autres et de soi-même se manifestent dans l'incapacité de vivre des relations interpersonnelles. Lors d'une brève entrevue, une personne concernée a également parlé de la difficulté d'avoir un échange d'information réaliste et approprié avec le partenaire sur une situation particulière.

Applications pratiques pour le type borderline

Les images individuelles et pathologiques au cours du processus thérapeutique montrent des troubles hypomaniaques de la personnalité (troubles psychosomatiques), qui dans tous les cas sont considérés comme des troubles de la personnalité sociale.

Kernberg suppose que les troubles borderline se produisent pendant l'enfance à la suite d'abus physiques ou sexuels. Pour Herman et ses collaborateurs (1989), le diagnostic des personnes atteintes peut être remplacé par celui du syndrome de stress post-traumatique grave parce qu'aucun diagnostic définitif ne peut être posé pour le trouble borderline. Les abus sexuels sont toujours liés à des troubles de la personnalité.

Concepts de traitement

La psychothérapie expressive est basée sur un modèle psychodynamique et vise à accroître la capacité du patient à se percevoir lui-même et à percevoir les autres comme des individus cohérents, intégrés et perçus avec réalisme. Le patient doit apprendre à contrôler ses pulsions, à tolérer ses peurs, à réguler ses affects, à sublimer ses désirs et à vivre l'intimité et l'amour. Cela se produit sur un modèle de psychothérapie psychanalytique expressive.

Les conditions préalables à la thérapie sont les phénomènes de transmission, les formes de résistance, les mécanismes de défense et les techniques d'interprétation. Cette forme de thérapie nécessite quelques modifications (conversion des techniques thérapeutiques et neutralité technique) et les associe à des principes reconnus de traitement psychanalytique. La continuité, la fiabilité, l'acceptation, l'appréciation et l'authenticité, ainsi qu'une communication saine vers l'empathie jouent un rôle important dans toutes les formes de psychothérapie qui contiennent des aspects non spécifiques. L'uniformité et la discipline sont importantes en thérapie (Andrawis A, 2018).

Sujet, méthodes de traitement et objectifs

Comme Kernberg l'a décrit en relation avec la psychothérapie expressive pour la psychopathologie borderline, la capacité de compréhension et d'empathie pour soi-même et pour soi-même chez la personne affectée devrait être accrue. Des connexions cohérentes (cohérentes) et intégrées devraient être perçues et mises en œuvre individuellement. Selon Andrawis (2018), il est important de prêter attention à la réduction des mécanismes de défense en même temps, tandis que la structure de l'ego est affaiblie par la réduction des possibilités de réaction. La capacité du patient à se développer est obtenue en contrôlant ses propres impulsions, en régulant ses émotions, en étant capable de tolérer la peur et de sublimer ses désirs tout en développant des relations interpersonnelles stables et satisfaisantes pour vivre l'amour et l'intimité (ibid.). Ces objectifs peuvent être atteints en reconnaissant et en clarifiant les parties séparées du monde intérieur de l'objet de la personne concernée. Cette division est rendue visible par le transfert au thérapeute. Chaque disposition de transmission signifie l'auto-imagination du patient à travers la reconstruction de la conception de l'objet et de l'état affectif et relie ainsi l'auto-imagination et la conception de l'objet entre elles. Selon l'auteur, le patient dans cette conception d'objet s'efforce de supprimer et d'éviter ses conflits intérieurs par l'interaction de la transmission primitive. La recommandation thérapeutique pour les patients borderline est de comprendre cette transmission et d'accepter l'interprétation au lieu de poursuivre le besoin actuel d'évitement et de suppression.

Le patient doit être informé de l'interprétation des tensions dans les expériences psychologiques de la personne concernée. En interprétant et en clarifiant les éléments divisés, les auto-représentations (divisées) évoluent lentement vers une auto-représentation complète, en capturant la compréhension de l'image des tendances agressives et libidinales. Il en résulte une vision réaliste et différenciée du soi du monde des objets. C'est ainsi que le monde de soi et de l'objet se développe, ainsi que la reconnaissance des états intérieurs de l'affect. Les représentations d'objets intégrées reflètent une image parentale réaliste et l'intégration avec les expériences antérieures de l'enfance, de sorte que le patient borderline est capable d'accepter son passé de manière réaliste (ibid.).

la pierre angulaire vers l'objectif du traitement

La présence et l'estime envers le thérapeute et toutes les autres personnes est très importante et peut être considérée comme une grande aide pour les interactions entre les personnes, ainsi que pour l'ensemble de la thérapie, afin de rapprocher les deux parties intégrées du patient, les représentations de l'objet avec soi. Par la division et les relations d'objets intériorisées, ainsi que les traits de caractère de la division qui se manifestent dans l'agressivité et l'amour, la sur-idéalisation et la dévalorisation apparaissent. Les intégrations sont à leur tour améliorées par l'analyse des opérations défensives qui maintiennent cette séparation. Pour ces patients, il est important de reconnaître les états du moi primitifs et divisés et leur intégration par la dissolution des opérations défensives qui existent séparément les unes des autres. Cela se fait à l'aide de techniques d'intégration (ibid.).

Neutralité technique

La psychothérapie psychanalytique implique un dialogue ouvert entre le thérapeute et le patient. L'instruction du patient pour une prononciation ouverte fait partie de la règle standard de la libre association. Les intervalles des thérapies ont généralement lieu deux à trois fois par semaine. La psychothérapie expressive, qui est considérée comme la technique de base de la psychanalyse, lui ressemble dans sa reconstruction de la biographie et sa connexion avec la psychodynamique du patient et l'interprétation et la thérapie qui en résultent. Les deux approches de traitement font preuve d'analyse de la transmission ainsi que de neutralité technique, ce qui permet de la suspendre temporairement en psychothérapie expressive et de la renouveler par une technique d'interprétation. Pour des objectifs thérapeutiques à long terme, la surveillance de la réalité externe doit être prise en compte (ibid.).

Dans les formes de psychothérapie supportive, que l'on peut également qualifier de thérapie de soutien, le thérapeute soutient la "confiance en soi" du patient afin de pouvoir garantir une coopération positive dans la phase initiale de la thérapie, dans laquelle le soutien du patient est particulièrement important. Dans cette phase, les thérapies conflictuelles devraient être évitées. Le processus d'interprétation est orienté vers le "ici et maintenant", le "là et là". La principale stratégie de la psychothérapie de soutien est le soutien cognitif et affectif, où le thérapeute doit orienter plutôt qu'analyser, en intervenant dans les circonstances

de la vie du patient aux étapes ultérieures de la thérapie. La tâche du thérapeute est de guider les phénomènes de transmission du patient vers le présent et la réalité à travers les effets de l'objet. La neutralité technique peut facilement être abandonnée et ne doit pas nécessairement être restaurée.

Psychothérapie expressive

Chez les patients borderline, cette méthode n'est utilisée dans les thérapies avancées qu'en raison du processus de traitement "ici et maintenant" par reconstruction de l'anamnèse biographique du patient. En psychanalyse, par contre, la reconstruction de l'anamnèse biographique est transférée à des événements contemporains par l'interprétation et le lien. Par rapport à la psychanalyse, l'analyse de la transmission est repensée par rapport à la situation de vie actuelle du patient, afin que les objectifs thérapeutiques ne soient pas mis en danger et que le patient puisse surmonter ses difficultés. Kernberg souligne le danger que les patients utilisent l'isolement pour se dissocier (séparer) afin d'échapper au stress de la vie quotidienne (ibid.). Une autre différence par rapport à la psychanalyse est que la sévérité de l'action du patient limite souvent le thérapeute à abandonner l'attitude de neutralité technique. Toutefois, il doit être rétabli dès que la situation menaçant le traitement, qui a rendu cette dérogation nécessaire, n'existe plus (ibid.).

Psychothérapie de soutien

Contrairement à la psychothérapie expressive des patients borderline, cette approche permet d'utiliser librement les mots d'encouragement, d'éloge, de persuasion, d'intervention et l'environnement du patient pour l'aider. Si nécessaire, d'autres méthodes thérapeutiques peuvent également être approuvées, bien que ce ne soit pas toujours le cas. Pendant la mise en œuvre de la thérapie, une référence éducative est faite à la transmission, à l'aide d'une confrontation lumineuse, afin de réduire la transmission, en se référant à l'état comportemental inapproprié.

Le modèle de psychothérapie de soutien comprend la confrontation, la clarification, mais aucune interprétation. En revanche, la psychothérapie expressive évite l'expression directe du

soutien affectif/émotionnel et cognitif, ainsi que l'intervention dans les circonstances de la vie. Les thérapeutes expérimentés sont capables d'appliquer les conditions cadres directement dans leur travail (ibid.).

procédé de traitement

La psychothérapie expressive a le concept d'une structure stable, pathologique, intrapsychique pour le traitement des troubles borderline. Cette technique en psychanalyse est spécialisée dans le traitement des pathologies de ce trouble. D'un point de vue psychanalytique, le modèle Freud'sche se présente comme un système différencié en trois parties "I AM, ABOVE ME and IT". Ces trois composantes sont en conflit les unes avec les autres. L'organisation structurelle de la névrose de caractère classique (formation de la personnalité fortement pathologique et psychosexualité) et de la psychonévrose (névrose psychogénétiquement déclenchée, dont les déclencheurs sont des conflits supprimés dans la petite enfance et dans l'inconscient) est basée sur ce modèle en trois parties (Andrawis A, 2018).

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'organisation de la personnalité limite est un conflit pathologique et intrapsychologique précoce. Ceux-ci se distinguent d'une personnalité névrotique d'une part par le type de conflits intrapsychiques qui font partie du tableau pathologique et d'autre part par les conditions structurelles. Dans ces conditions, les conflits se reflètent, de sorte qu'une personnalité névrosée se développe. La raison originale réside dans le complexe d'Œdipe - les impulsions agressives psychosexuelles - du développement de la petite enfance. Le trouble borderline impressionne par la prévalence des conflits pré-œdipiaux associés aux conceptions psychologiques associées à celles de la phase œdipienne.

Le trouble sexuel triangulaire est lié à la relation précoce entre la mère et l'enfant. Les jeunes conducteurs s'expriment à travers des conflits oraux et anaux qui se manifestent par des comportements agressifs issus de relations pré-œdipales. Les personnalités de Boderline se développent à travers cette structure, en particulier à travers tous les conflits et traumatismes supprimés. Par conséquent, les comportements infantiles apparaissent dans l'inconscient qui interagissent avec l'état de l'ego. Ces schémas comportementaux se manifestent sous la forme d'une défense par la division. Les états du moi se séparent au sein d'une matrice I-EX

primitive par des déplacements dans lesquels le moi se différencie du moi et du surmoi. Les formes simples de la matrice ICH-ES sont accompagnées d'une fission et d'une projection programmées, le surmoi pouvant être décrit comme un état paranoïaque (ibid).

théorie des relations entre objets

En 1972, M. Mahler a décrit la théorie de la relation objet comme un processus de séparation individuelle et ségrégative. Le temps significatif pour déterminer les symptômes pathologiques d'un objet parental pour cela est de la deuxième à la quatrième année de vie et se manifeste par l'émergence plus précoce d'expériences agressives-psychologiques. Ainsi, les théories et les techniques psychologiques décrivent que dans l'activation des relations antérieures d'objets intériorisés et de leurs répressions, la transmission pathologique à travers les états affectés peut être visiblement reconnue. Ceux-ci doivent être diagnostiqués et interprétés à la fois comme des relations partielles intégrées objet-objet, ainsi que comme des relations d'objets séparés ou entiers des structures de transmission antérieures à la transmission du développement œdipien. Ceci joue un rôle majeur dans l'analyse de la transmission à travers un déplacement réactif, passé, intériorisé, de la relation objet dans le sens du "ici et maintenant".

Pour l'analyse des blocs de construction du "surmoi-ego et lui", on a besoin des formes de transmission de la relation intériorisée à l'objet, ainsi que de leurs déplacements, en relation avec des relations objet fantasmées et déformées de façon réaliste. Les relations passées entre les objets sont déformées, et il y a aussi des réactions de défense avec des projections influentes de l'instinct d'impulsions stressées.

L'objectif le plus important de la psychothérapie des patients borderline est l'interprétation complète ainsi que la plausibilité, en rendant l'inconscient conscient et finalement en intériorisant ces idées et en les mettant en action (ibid.).

L'interprétation psychanalytique

Pour la psychothérapie expressive, l'instrument technique d'interprétation joue un rôle important pour les patients borderline. Les patients se perdent dans les expressions intellectuelles et se mélangent entre consciemment et inconsciemment au cours de la séance.

Il n'y a donc aucun lien, aucune cause. Les répressions de la petite enfance ont une influence sur les phénomènes de transmission et leur confusion entre réalité et fantaisie et leurs causes (ibid.).

langage interprétatif

La langue d'interprétation est basée sur trois niveaux :

I. Reconstitution à partir de l'anamnèse biographique

II. le lien entre biographie et psychodynamique

III. la formulation de plans et d'objectifs thérapeutiques à partir du " langage de l'interprétation

Les difficultés rencontrées au cours du processus thérapeutique sont la défense et la résistance du patient. La personne affectée a peur. Ceci est causé par les mécanismes de défense qui, à leur tour, vont à l'encontre des objectifs thérapeutiques contre-productifs. La confiance et l'amour primitif jouent ici un rôle important. S'ils ont été blessés pour des raisons biographiques en raison d'un complexe œdipien précoce, le comportement du modèle se manifeste. Les conflits personnels sont ensuite régressés dans des situations stressantes. Ici, il est nécessaire de reconstruire à partir de la biographie du patient en relation avec l'état intrapsychique et donc la psycho-dynamique.

La connexion et l'interprétation entre le conscient et l'inconscient est basée sur les interprétations verbales qui sont nées d'associations libres hypothétiques du patient. Une interprétation efficace est très importante pour comprendre le patient. S'ensuivent des éclaircissements et des confrontations sur le chemin qui mène à l'objectif. Les techniques de confrontation, de clarification ou d'interprétation obtenues lors d'une ou plusieurs séances sont des conditions préalables à une interprétation complète (ibid.).

Clarification psychanalytique

La clarification représente la plausibilité des premières étapes du processus d'interprétation cognitive et peut faire référence à divers domaines abordés par les thérapeutes et les médecins :

- Les expressions de la réalité du patient
- Les phénomènes de transmission
- L'histoire du patient ou la défense actuelle (ibid.).

Thérapie conflictuelle

Après la thérapie de confrontation, une confrontation se compose de deux étapes :

La première étape est la confrontation dans le processus d'interprétation et précède la clarification de l'interprétation. L'objectif est de sensibiliser aux conflits inconscients.

Dans un deuxième temps, les patients sont confrontés dans le processus d'interprétation à leurs contenus conscients et pré-conscients, afin de les rendre conscients de ces contenus et de les aider et de leur donner des indications sur les détails. Par-dessus tout, ils prennent conscience de leur propre "masque de fantasmes" et de la distraction qu'il en résulte par rapport à la réalité. Les attitudes et les actions ambivalentes et contradictoires sont mises en évidence et présentées en plus de la conscience d'unité de la réalité. Si les patients ont rejeté à la fois la confrontation et la clarification par le thérapeute, le thérapeute peut attirer leur attention sur le fait que les observations thérapeutiques et la clarification en séance ont été rejetées par les patients sans réfléchir et en même temps ils ont affirmé n'avoir rien appris dans la leçon (Andrawis A, 2018).

L'interprétation thérapeutique élargie

L'interprétation est basée sur des approches de confrontation et de clarification, dans le but de rendre l'inconscient et le conscient conscients ensemble. Il sert également à la défense de l'anxiété de base de la proportion de l'inconscient par rapport au conscient. Cela crée une motivation pour des plans et des objectifs thérapeutiques afin de résoudre les contenus

conflictuels de l'inconscient et d'interrompre les mécanismes de défense. Au cours des séances, le thérapeute détermine des interprétations hypothétiques et corrige et clarifie le sens et les objectifs des thérapies, en rappelant la métaphore de l'inconscient comme chambre funéraire, dans laquelle sont stockées toutes les répressions et leurs comportements infantiles, qui se manifestent dans les différentes situations comme syndrome ou symptômes, par exemple comme transmissions. Du dépôt de la chambre funéraire s'établit un modèle de comportement inconscient, qui est également transporté vers l'extérieur (ibid.).

phénomènes de transmission

Les expériences des transmissions du patient au thérapeute sont basées sur des perceptions, des fantasmes, des affects qui apparaissent pendant l'interaction thérapeutique. Ces transmissions n'émanent jamais du thérapeute, mais toujours de la répression des patients à travers leur histoire.

Les transmissions sont des contenus inconscients qui répètent des relations antérieures d'objets intériorisés (dans "là et là") dans l'ici et maintenant. Ils sont souvent rationalisés par les patients comme des réactions "réalistes" à des aspects perçus par le thérapeute comme corrects. Il s'agit pour les patients de se séparer des distorsions. Le transfert est l'aspect inapproprié ou déformé de la réponse du patient au thérapeute." (ibid.).

Transmissions primitives et matures

Les transmissions primitives sont rapidement mobilisées chez le patient, avec des distorsions absolues et extrêmes. Au premier plan, il y a un manque d'estime de soi stable chez le patient. Il se trompe parce que c'est quelque chose de complètement différent et qu'il n'agit pas dans le "ici et maintenant". Les causes se trouvent dans des objets déplacés plus anciens ou d'autres objets et dans des situations différentes. Chaque phénomène de transmission peut basculer à l'opposé ou être considéré comme une identité parfaite qui lui est propre.

Le thérapeute trouve cette transmission confuse, chaotique et souvent menaçante parce qu'il est impossible de s'y identifier. La menace est que le patient puisse interrompre le

traitement. Si le patient a des difficultés inconscientes, il réagit par la défense. Il porte un masque et y voit sa vérité subjective. Cela peut être considéré comme un modèle de comportement destructeur infantile qui peut aller si loin que le patient n'accepte pas la réalité et est incapable de surmonter ses conflits psychologiques. C'est l'une des raisons pour lesquelles la personne concernée se retire et croit que c'est la meilleure façon de procéder pour elle. "Les formes primitives de transmission traitent des relations entre sous-objets, tandis que les transmissions matures reflètent les relations entre objets entiers." (ibid.).

Traitement du trouble de la personnalité limite

Le trouble borderline peut être traité par des méthodes comportementales ou psychanalytiques. Les deux approches thérapeutiques ont pour but d'établir une relation thérapeutique stable, de structurer le cadre psychothérapeutique et de fixer des limites là où un comportement autodestructeur ou destructeur étranger pourrait survenir. Il est également légitime de combiner tout traitement limite avec des médicaments psychiatriques (Andrawis A, 2018).

En ce qui concerne l'orientation spécifique à l'école, il convient de mentionner que, d'une part, les thérapies comportementales traitent des schémas de pensée, des comportements et des émotions stricts, tandis que la méthode de guérison psychodynamique accorde plus d'attention aux conflits inconscients et aux structures psychiques internes, pour être plus précis, aux conflits inconscients qui ne peuvent devenir conscients de l'ego que par leurs symptômes, car ils échappent à son contrôle.

En mettant en scène les conflits intérieurs pendant le traitement avec le psychothérapeute ou le psychanalyste, on fait prendre conscience au patient de ces conflits et on les modifie de cette façon. Böker souligne les approches de Fonagy à la thérapie psychodynamique. D'autre part, il y a aussi la thérapie dialectico-comportementale de Marsha Linehan (1993/1996), qui a connu un succès particulier. Puisque les trois types de thérapies mentionnées sont disponibles sous la forme d'un manuel spécifique au trouble, la méthode psychanalytique s'est développée et peut donc être appliquée à un grand nombre de patients borderline aujourd'hui (Andrawis A, 2018).

Un aspect important pendant le processus thérapeutique est que les patients avec des schémas de comportement infantiles destructeurs essaient de contrôler le thérapeute ou de détruire ses efforts pour le succès thérapeutique. Pendant que le thérapeute essaie de trouver une relation thérapeutique commune pour la coopération avec les patients borderline, les patients se concentrent sur leurs préjugés envers le thérapeute et sont occupés à projeter sur lui des opinions préconçues qui s'écartent de la réalité (ibid.).

Pensée noir sur blanc

Le thérapeute est perçu par les patients comme étant absolument bon ou absolument mauvais et donc idéalisé ou dévalorisé par eux. Kernberg décrit ce phénomène comme une "pensée en noir et blanc", la désignation d'ange ou de diable, en raison des relations d'objets réprimées par lesquelles le thérapeute est perçu comme un représentant de corps étrangers. Dans le processus thérapeutique, il y a un aspect important à la transmission et à la contre-transmission : Les affects sont des transmissions en dehors de la réalité par le contenu de traumatismes antérieurs qui ont été réprimés. Ces formes de transmission se répètent encore et encore pendant le processus thérapeutique. Si les patients s'enlisent dans des sujets et que leurs déclarations ne concordent pas avec leur comportement, ce n'est pas le récit qui compte, mais leur comportement. Cette transmission est un critère important pour la dynamique mentale (ibid.).

Pourquoi la thérapie est interrompue par le patient

Il y a de nombreuses raisons pour les patients d'interrompre un traitement thérapeutique :

- 1.) Un transfert apparaît au patient comme un déplacement des sentiments d'amour et de haine des déplacements de la petite enfance des objets originaux. Celle-ci est transférée du patient en tant que représentation étrangère (bouc émissaire) au thérapeute.
- 2.) Les proportions narcissiques chez les patients borderline conduisent à un sentiment de jalousie, d'envie et de compétition en raison de la relation constante avec le thérapeute. Ils perçoivent ces parties narcissiques comme une attaque contre leur estime de soi et leur perception personnelles. Ils voient le succès du thérapeute comme leur propre défaite. Cela

peut être un problème majeur, car les patients peuvent se sentir inférieurs et moins intelligents qu'auparavant, jaloux des autres participants à la thérapie et peuvent se sentir mal à leur place. Ces proportions peuvent être considérées comme une menace pour le processus thérapeutique (ibid.).

3.) Les patients se perdent dans un fantasme qui leur fait croire que tout ce qui les entoure est malsain, c'est pourquoi ils doivent fuir la thérapie. De plus, ils ont peur de devenir dépendants du thérapeute et veulent éviter cela aussi. De plus, le fait de savoir que le thérapeute craint que le patient n'arrête le traitement attirera l'attention du patient, ce qui exercera encore plus de pression.

4.) Dès que les personnes concernées ressentent une première amélioration, on peut en venir au fait que la thérapie est arrêtée prématurément comme traitement de la souffrance psychologique, bien que le processus de guérison ne soit pas encore complètement terminé.

5.) Les patients ressentent une menace d'échec ou d'échec en raison de l'intensité des intervalles.

6.) Les patients quittent la séance pour ne pas être abandonnés eux-mêmes.

7.) Une perception déficiente des patients, qui leur fait croire par honte que le thérapeute ou d'autres personnes ont des désirs sexuels envers eux, qui sont considérés comme sadiques, peut être une raison d'interruption du traitement.

8.) L'influence des proches du patient ou des membres de sa famille peut également influencer sur le déroulement du traitement dans la mesure où ils veulent provoquer l'arrêt du traitement, de sorte que les schémas de comportement de longue date du patient soient maintenus et que l'équilibre psychologique de la famille ne soit pas perturbé.

9.) Si les patients se sentent comme des victimes et perçoivent leur thérapeute comme un persécuteur, ils changent de rôle et quittent le thérapeute sans défense.

10.) Les patients peuvent faire l'expérience que leur thérapeute est idéalisé ou humiliant. C'est pourquoi ils croient le surmener, parce qu'il semble être en partie en colère et donc incompetent. De plus, ils croient que le thérapeute n'est pas en mesure de faire face au traitement et de laisser la thérapie de côté pour qu'ils puissent finalement le soulager.

Pour toutes ces raisons, Kernberg recommande de les reconnaître à temps et d'avoir une conversation clarifiante avec le patient (ibid.).

Retenir l'information et le mensonge pathologique

Au cours des interventions les plus importantes, les patients se sentent menacés dans leur vie et dans la vie des autres en cas de poursuite du traitement. Les raisons pour lesquelles ils recourent alors à des manœuvres trompeuses et à des méthodes d'évitement sous la forme de mensonges peuvent avoir diverses causes:

- a) la prévention des représailles et de la désapprobation du thérapeute
- b) l'évitement de la confrontation avec le résultat possible d'avoir à assumer la responsabilité de leurs actes
- c) Exercice du pouvoir et du contrôle sur le thérapeute
- d) Les patients veulent dominer le thérapeute en mentant, croyant que toutes les relations sont de toute façon abusives ou persécutantes.

La transmission paranoïaque peut mener à la malhonnêteté notoire, à la manipulation et à la tromperie. Les phénomènes de transmission névrotique en sont la cause. De plus, les patients peuvent croire que leur thérapeute est hostile, agressif et primitif parce que le succès ou l'échec des traitements dépend de l'ouverture de la communication. Le thérapeute a donc la tâche de prendre les mensonges de ses patients aussi au sérieux que si le patient voulait se faire du mal avec (ibid.).

Psychanalyse et développement des troubles mentaux

Comme l'auteur l'a déjà décrit, le développement des troubles mentaux est favorisé par les traumatismes de la petite enfance, ainsi que par les risques génétiques avec un environnement social défavorable. Tous les traumatismes refoulés, qui n'ont jamais été découverts et qui se manifestent dans l'inconscient, peuvent être découverts et traités, conduisent à l'apparition de maladies. Les défauts structurels, en particulier les défauts primaires et secondaires, favorisent tous le développement de divers troubles de la personnalité, tels que narcissiques, schizoïdes et paranoïaques, psychotiques et de type borderline (ibid.).

Ce n'est pas surprenant, mais d'autant plus honteux.

L'émergence de la dépendance et de l'attachement et le développement des peurs passées, de la confiance et des expériences de sécurité de base ont un impact durable sur la santé mentale des adultes.

Comme Andrawis l'a décrit, la dépendance d'un enfant commence immédiatement après sa naissance, en tenant compte de son environnement social. D'un point de vue physiologique, l'anxiété de l'enfant commence lorsque la mère s'éloigne de lui et/ou lorsque des étrangers le rencontrent. D'autres peuvent survenir si l'enfant ne parvient pas à rencontrer une perte d'amour et de confiance primitive due au mépris du sentiment infantile de sécurité et à un besoin de proximité (ibid.).

Prof. Dr. Andrawis