

La force de l'alliance thérapeutique pour réparer les blessures d'attachement



Gwenaële
Persiaux

Psychologue au CHU
de Saint-Étienne,
Pôle psychiatrie

Un petit animal traqué... Voilà l'image qui me vient lorsque je rencontre Gabrielle, 25 ans, confiée au CMP par la psychiatre qui la suit depuis quelques mois au centre des Troubles du comportement alimentaires (TCA). Le regard furetant un peu partout dans le couloir et dans mon bureau, discrètement mais efficacement, le corps tout entier aux aguets, sous tension, notamment la poignée de main, à la fois trop rapide et trop ferme, un « à-coup » qui me met, moi aussi, en alerte. Les rencontres sont, dès le départ, hebdomadaires, ce qui est inhabituel dans ma pratique. La file active et la liste d'attente du service étant bien longues, les rendez-vous psychothérapeutiques sont fixés toutes les deux ou trois semaines.

Le courrier de ma collègue des TCA, reprenant des symptômes lourds et une anamnèse, bien que réduite, tout aussi lourde et préoccupante pour la psychologue que je suis, n'est pas l'unique raison de ce traitement spécial. Je suis touchée par Gabrielle. Par sa souffrance, visible dans son corps de 48 kilos, mais surtout visible dans son regard qui ne peut se poser sur moi plus de quelques secondes et dans sa façon de parler hachée et brute. Comme un cri qui sort comme il peut, mais fait mal dans sa délivrance à celui qui l'émet comme à celui qui le reçoit. Touchée aussi par son histoire de vie, passée et présente, dont certains pans résonnent avec la mienne. Touchée, enfin, par une volonté immédiate de l'aider au mieux, de lui communiquer la force de l'espoir, d'être une « thérapeute suffisamment bonne¹ » qui lui permettra d'avancer sur son chemin de réparation des traumatismes d'attachement massifs qu'elle a vécus. Après quelques mois de suivi, mon investissement auprès de Gabrielle est toujours aussi fort malgré les obstacles qui prennent différentes formes et activent inévitablement mon propre système d'attachement : état dissociatif en séance, rendant l'échange superficiel et décourageant pour toutes les deux, colère sourde mais bien présente lorsque les rendez-vous sont trop éloignés pour cause de vacances par exemple, ou encore attaques directes et virulentes par mail

Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité *borderline* enferment en eux de profondes blessures d'attachement qui impactent fortement la façon d'appréhender leur relation à l'autre, au monde. À travers l'histoire de Gabrielle, jeune femme ayant connu abandons, maltraitance, abus, négligence, l'auteure démontre comment la relation patient-thérapeute évoluant dans la confiance et la sécurité peut être une expérience relationnelle correctrice, revisitant ainsi ses modèles internes.

suscitées par une séance plus courte qu'habituellement ou un manque de rapidité dans mes réponses.

COMMENT S'EXPRIME UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE ?

Les patients avec un trouble de la personnalité *borderline* font vivre aux soignants un double mouvement. Ils peuvent nous toucher profondément, et nous amener à un engagement auprès d'eux très important, tout autant qu'ils peuvent nous irriter et nous mettre en colère au point de vouloir parfois arrêter la prise en charge. Ce sont également ces patients qui nous font parler et cogiter plus que la moyenne, que ce soit à la relève ou à la pause-café. Ils ne laissent pas indifférentes les équipes, rares sont les collègues qui n'ont pas d'avis à donner sur eux ou leur prise en charge. Un peu comme certains enfants dans une famille nombreuse accaparent l'attention des parents qui sont excédés et épuisés parfois, mais aussi démunis et préoccupés toujours. Labiles émotionnellement, pouvant basculer rapidement du rire aux larmes en passant par un moment de rage sombre, les patients *borderline* sont changeants, donc difficiles à appréhender pour les soignants. Que ce soit pour une séance individuelle,

une session d'atelier thérapeutique ou encore le tour médical du matin, l'humeur du jour est peu prévisible, contrairement à un patient psychotique ou dépressif dont la prise en charge soulève d'autres défis, mais plus rarement celui de cette imprévisibilité. « *Instables de manière stable* », écrivait la psychanalyste et psychiatre autrichienne Melitta Schmideberg² en 1947. Mais ce qui est plus éprouvant encore, et notamment pour les infirmiers en intra-hospitalier qui sont auprès des patients bien plus longtemps que leurs collègues psychiatres ou psychologues, ce sont probablement les passages à l'acte des patients *borderline*. Car ceux-ci engendrent un sentiment d'échec et d'impuissance qui vient nourrir des contre-attitudes négatives sur la durée envers ces patients. Difficile en effet de garder sa motivation de soignant quand s'enchaînent, en dépit des soins parfois multiples et créatifs, des conduites d'autodestruction telles les scarifications, les tentatives de suicide, les conduites à risque sexuelles et addictives et/ou les attaques directes du cadre soignant – les rendez-vous manqués à répétition, la non-observance du traitement ou encore les attitudes passives-agressives. Certains la perdent, mais la plupart maintiennent leur motivation, car ces patients ont aussi cette capacité de nous toucher, comme je le fus avec Gabrielle dès le départ. Leurs histoires de vie sont toujours traumatiques et leurs blessures narcissiques immenses. Les personnes *borderline* sont en majorité capables de mettre des mots sur ce qu'ils ont vécu, davantage que la moyenne des patients hospitalisés. Même s'il faut parfois du temps pour cela : le temps de l'appropriation mutuel. Ainsi, par les narratifs échangés, inévitablement l'identification, consciente ou inconsciente, à certains aspects de leur vie ou de leur fonctionnement s'opère chez le soignant. L'empathie de ce dernier s'active en même temps que la résonance intervient. Une fois l'alliance thérapeutique amorcée, ces patients peuvent montrer des émotions authentiques de tristesse, de culpabilité ou encore de honte profonde et ainsi se présenter sous un jour très vulnérable et fragile, activant alors notre système de *caregiving* (prendre soin) à la base de notre métier. Ainsi, les patients souffrant de trouble de la personnalité *borderline* (ou de traits *borderline*) font vivre aux soignants des changements d'attitudes à la hauteur ou presque de leurs propres montagnes russes émotionnelles. Avec la théorie de l'attachement, John Bowlby et ses successeurs ont conceptualisé, puis démontré scientifiquement, les mécanismes à l'œuvre dans ce phénomène parfois déroutant pour les soignants, notamment les novices. Encore insuffisamment ou mal connu en France, ce vaste champ d'étude du comportement humain qu'est l'attachement apporte des clés pour mieux comprendre

les *borderline* et surtout mieux les accompagner. Dans les différentes recherches sur le style d'attachement des personnes souffrant de trouble *borderline*, celui-ci apparaît comme désorganisé dans 50 % à 80 % des cas (Agrawal, Gunderson, Holmes, Lyons-Ruth, 2004). Mais que signifient style d'attachement et attachement désorganisé ? Revenons à Gabrielle.

Quand corps et esprit s'entrechoquent dans un chaos d'évitement et de fusion

Du haut de ses 25 ans seulement, Gabrielle semble avoir eu déjà plusieurs vies. Ses expériences affectives ont été nombreuses, avec les deux sexes, ont commencé tôt et l'ont fragilisée davantage encore. Plusieurs emplois aussi. Différents lieux de vie. À l'évidence, Gabrielle a dû grandir très vite et apprendre la vie toute seule. Le chaos extérieur n'est rien comparé à celui à l'intérieur d'elle. Ses émotions sont vives, changeantes, parfois terrifiantes. Les moments de « vide sidéral » sont courants. Ces états dissociatifs permettent de protéger le système en évitant l'explosion et, en même temps, la plongent dans la dépression et

Les personnes *borderline* sont en majorité capables de mettre des mots sur ce qu'ils ont vécu, davantage que la moyenne des patients hospitalisés.

les troubles alimentaires. À l'image de ses deux bras totalement tatoués pour cacher les scarifications et les blessures de l'âme mises en acte, Gabrielle a appris à se sauvegarder très tôt en ne montrant pas ce qu'elle ressent ou pense. L'évitement des profondeurs est salutaire, car celles-ci sont bien trop effrayantes, trop d'images ou de sensations insupportables pourraient survenir. Salutaire un temps du moins. Car Gabrielle a soif aussi de contact avec l'autre, de fusion même, émotionnelle, charnelle également, comme pour retrouver ou plutôt trouver ce qu'elle n'a jamais eu : de l'attention, un peu d'amour et de réconfort. Ses relations amoureuses sont ainsi faites de dépendance et de peurs de l'abandon intenses. Cette insécurité immense en fait la proie idéale pour les individus manipulateurs, voire pervers, à l'instar d'une petite amie qui la persécute psychologiquement et sexuellement pendant plusieurs mois et qu'elle ne parvint à quitter qu'après plusieurs tentatives. La paranoïa l'envahit également à certains passages de sa vie. À juste titre d'ailleurs. ➔

Notes

1. En lien avec le concept de « mère suffisamment bonne » de Winnicott (1953).
2. Cité dans Granger B., Karaklic D., *Les Borderlines*, 2014, Odile Jacob.

→ Comment accorder sa confiance quand on a été si souvent trahi, humilié ou maltraité ? Alors Gabrielle s'isole, se replie, fonctionne en circuit fermé. Mais résiliente avant tout, elle ne lâche pas l'autre partie d'elle, celle qui est avide de relations et de regard sur elle, trop avide même, car elle rouvre parfois son cœur et son corps trop vite et aux mauvaises personnes. Une petite voix dans sa tête, sage et éclairée, la prévient pourtant, mais c'est comme si son système de fond ne connaissait que ces cycles infernaux de maltraitance et l'amenait à répéter encore et encore ces schémas toxiques. Au travail où elle subit de la violence, au lit où son corps l'a quitté depuis bien longtemps ou encore en amitié où Gabrielle est toujours celle qu'on appelle pour sa bonne oreille, mais dont on ne prend pas toujours de ses nouvelles. Peu étonnant que la colère, voire la rage, explose régulièrement en elle et se transforme en autodestruction au travers de l'anorexie, les tentatives de suicide, l'abus de cannabis...

L'ATTACHEMENT INSÉCURÉ

Fruit du travail des pionnières du domaine, Mary Ainsworth et Mary Main, quatre styles d'attachement ont été identifiés, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Ceux-ci ont une forte tendance à se prolonger tout au long de la vie, « *l'attachement est ainsi actif du berceau jusqu'à la tombe* », comme l'écrivait John Bowlby (1977). Selon notre histoire de vie, les expériences adverses, mais aussi, dans une moindre mesure, notre tempérament, nous allons développer une certaine façon d'être en lien avec les autres, avec soi-même et vis-à-vis du monde en général.

Un environnement familial et général sécurisant, c'est-à-dire des parents « suffisamment bons » et une stabilité physique et affective dans les soins que nous avons reçus, favorise un style d'attachement sécure dont bénéficient environ 50 % de la population, proportion que les recherches ont confirmée dans le monde entier. Lorsque, à l'inverse, notre enfance a été criblée de blessures ou de traumatismes, notamment d'attachement,

nous développerons un attachement insécure selon trois sous-types : préoccupé, évitant ou désorganisé.

L'attachement insécure est alors une stratégie inconsciente pour réguler au mieux nos besoins d'attachement, qui, biologiques et innés, vont s'activer régulièrement selon les événements. En effet, face au stress engendré par l'activation des besoins d'attachement (par exemple lors d'une dispute amoureuse), l'individu va mettre en place des comportements bien particuliers pour garder un pseudo-équilibre. Ceux-ci différeront selon son style d'attachement. Ainsi, une personne avec un attachement évitant a appris à travers ses expériences précoces que,

face aux difficultés, il valait mieux se débrouiller seul, ne pas montrer sa vulnérabilité et se tenir à distance du monde émotionnel et des relations intimes. C'est donc ce qu'elle continuera de faire une fois adulte face à un stress. À l'opposé, une personne avec un attachement préoccupé (ou anxieux, ambivalent) maintient l'homéostasie de son système en demandant beaucoup d'attention à ses proches depuis qu'elle est enfant. Sa peur de l'abandon est telle qu'elle fera le maximum pour s'assurer que l'autre reste auprès d'elle par des comportements de fusion, de sacrifice de soi ou encore de somatisations diverses.

Enfin, décrivons l'attachement désorganisé qui nous intéresse particulièrement pour les troubles de la personnalité et la maladie mentale en général, car il est un facteur de risque de développement de troubles psychiques (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, 2009). Cette quatrième modalité, plus rare (environ 5 % chez l'adulte), se caractérise par un mix entre des comportements évitants et préoccupés et globalement par une façon d'être au monde chaotique, imprévisible et autodestructrice en lien avec un gouffre abyssal d'estime de soi. L'individu à l'attachement désorganisé, contrairement aux évitants et préoccupés, n'a pas construit de mécanismes adaptatifs stables et structurés face au stress. Selon les circonstances qui vont activer son système d'attachement (par exemple une rupture amoureuse ou l'annonce du décès d'un proche), la personne va agir très à distance, froidement, vu de l'extérieur, souvent dans un état dissociatif la coupant du monde, ou au contraire va exploser littéralement en pleurs ou en rage la plongeant

dans l'hétéro ou auto-agression si le stress déborde ses capacités. Lorsqu'un individu s'est construit sur un mode désorganisé, les relations avec les autres, surtout les relations intimes, vont également être chaotiques et sur un mode toxique et répétitif. D'une part,

L'individu à l'attachement désorganisé n'a pas construit de mécanismes adaptatifs stables et structurés face au stress.

car n'ayant connu que cela, la personne retourne vers le familial même si cela est délétère pour elle, et d'autre part parce que ses comportements changeants et compliqués attirent à elle des personnes ayant le même fonctionnement et la même énergie. Pris dans un double mouvement de collage et d'évitement, les personnes avec un attachement désorganisé revivent la désorganisation intérieure qu'ils ont connue très tôt dans leur vie. Ce faisant, ils désorganisent à leur tour leurs proches et notamment leurs enfants. Ainsi, la transmission intergénérationnelle de l'insécurité s'opère et explique les répétitions de traumatismes sur les arbres généalogiques



de ces personnes. C'est ce que je constate en découvrant l'anamnèse de Gabrielle.

La peur sans solution : l'autre est dangereux, soignants compris

Traumatisée elle-même dans l'enfance, la mère de Gabrielle n'a pas pu répondre aux besoins d'attachement de sa fille, y compris certains besoins fondamentaux comme l'alimentation régulière et saine ou l'habillement adapté. Souffrant de troubles de la personnalité et de troubles addictifs, elle fut vite débordée par ses trois enfants qui réactivaient ses propres blessures d'attachement et réagit alors principalement par l'évitement émotionnel, voire la fuite réelle. Les enfants furent ainsi laissés souvent seuls au domicile, parfois pendant plusieurs jours. Le père étant parti sans donner de nouvelles quand Gabrielle avait un an, ils se retrouvaient livrés à eux-mêmes, en autogestion. Gabrielle fut victime d'inceste de son beau-père, de 5 à 8 ans, traumatisme qui fut l'objet d'amnésie jusqu'à sa thérapie au CMP.

À l'adolescence, la première tentative de suicide de Gabrielle, suivie d'un long séjour en hôpital psychiatrique, eut lieu du fait de la révélation d'un abus sexuel au collège et d'une réaction de déni de sa mère, incapable d'entendre la souffrance de sa fille. La même réaction maternelle se produisit lorsqu'elle put, enfin à 26 ans, parler à sa famille de l'inceste. Le déni perdure encore aujourd'hui.

Le manque de sécurité de base dès les premières années de vie, l'abandon du père, les abus du beau-père, les multiples violences psychologiques et physiques de la mère, l'absence de figure d'attachement de substitution stable et fiable (la grand-mère et la tante intervinrent parfois, mais ponctuellement), furent ainsi des facteurs de désorganisation psychique et ont créé peu à peu une façon d'être au monde chez Gabrielle, faite de méfiance, de peurs, d'instabilité et de violence refoulée puis agie, en d'autres termes un style d'attachement dit « désorganisé ».

L'attachement insécuré désorganisé de Gabrielle

Fonctionner ainsi, dans une telle insécurité intérieure, sur un style d'attachement désorganisé a de nombreuses conséquences sur le quotidien, la vision de soi, des autres et de l'avenir. Cela inclut les modalités d'être en thérapie ou, plus largement, d'être prise en charge au niveau psychologique et somatique. Nous reconnaissons là ces patients qui ont, à la fois, intensément besoin de soutien et des soignants et qui ne sont pas en capacité de recevoir cette aide. Pourquoi ? Selon leur conception du monde, l'autre est dangereux. Leurs parents, les figures d'attachement principales dont leur survie dépend, ne les ont pas sécurisés, mais surtout les ont effrayés, car eux-mêmes étaient effrayés. Le contact de leurs enfants, ces petits êtres dépendants, ont réactivé en effet leurs



→ propres blessures d'attachement et empêché le bon fonctionnement de leur système de *caregiving*. C'est ce que les chercheurs de l'attachement appellent « *la peur sans solution* » : la personne dont l'enfant dépend totalement et vers qui il se tourne en cas de stress est précisément celle qui l'effraie ou le maltraite.

Face à ce dilemme, l'enfant ne peut s'organiser ou se structurer sur une modalité stable d'actions, contrairement aux enfants à l'attachement évitant ou anxieux qui se structurent sur une modalité constante. Ici, dans l'attachement désorganisé, les mouvements psychiques sont chaotiques et entraînent des comportements pluriels et contradictoires, donc non efficaces pour réguler le stress. C'est ainsi qu'une fois adultes, ces individus sont si difficiles à appréhender pour les soignants, car ils semblent demander une chose et la rejeter ou la détruire ensuite. Ils peuvent, par exemple, demander un rendez-vous en urgence et ne pas s'y présenter, ou encore s'impliquer tout au long d'un programme thérapeutique, puis saboter entièrement la dernière séance par une crise de rage venue de nulle part en apparence. Comprendre les mécanismes sous-jacents de ces comportements, qui sont toujours liés à une activation de leur système d'attachement, va nous permettre de mieux les accueillir, les mettre en mots et ainsi les réduire.

Au-delà des mots échangés, le vécu émotionnel et la permanence du lien sont l'essentiel.

Comme le dit si bien Irvin Yalom, psychiatre américain attachementiste, alors qu'il ne se revendique pas en ce terme, parle de « *regarder à travers la fenêtre du patient* » (2013). Lorsqu'un patient n'honore pas l'entretien que l'infirmier a péniblement réussi à caser dans l'agenda archichargé du psychiatre du service, l'irritation, voire le ras-le-bol, se comprend aisément, vu du côté de l'infirmier, mais c'est là où il lui faudra aussi voir du côté du patient. La mésestime de ce dernier est telle et ses processus d'autosabotage si automatiques que ne pas venir au rendez-vous n'est pas un manque de respect envers l'infirmier, mais une énième autoconfirmation de croyances du type : « *De toute manière, je suis un raté, personne ne peut rien pour moi, d'ailleurs je n'aurai pas d'autre rendez-vous vu que j'en ai encore loupé un...* » Bien sûr, dans ces prises en charge complexes avec les patients désorganisés, cadre et limites sont nécessaires, comme l'exige si pertinemment Dr Marsha Linehan (1993), spécialiste américaine des patients *borderline* et hautement

suicidaires. Mais il faudra aussi toujours s'efforcer de mettre du sens sur ces attaques du cadre et de la prise en charge. Comprendre que, derrière ces comportements parfois difficiles à supporter, il y a chez le patient tout un système de croyances extrêmement négatives sur soi-même. Comprendre également que se rejouent dans la relation soigné-soignant les mêmes *patterns* relationnels vécus avec les figures d'attachement d'origine, les parents. Ayant vécu des alternances de rejet, d'indifférence et/ou de fusion toxique dans l'enfance et l'adolescence, ces patients répètent l'unique symphonie qu'ils connaissent dans la relation avec ceux qui les prennent en charge, que ce soit en psychiatrie, en service somatique ou dans tout autre lieu de soin. Comment alors modifier ce fonctionnement et inverser les *patterns* vers plus de confiance et de respect de soi et de l'autre ? Quel rôle pouvons-nous jouer en tant que soignants avec ces personnes profondément meurtries dans leur narcissisme et qui perpétuent ces blessures dans leur rapport avec nous ?

UN APPRIVOISEMENT PROGRESSIF MUTUEL

La première année de psychothérapie de Gabrielle au CMP est une année d'observation pour elle et d'apprivoisement pour moi. Sur ses gardes, hypervigilante, comme le sont toutes les personnes polytraumatisées, elle conserve une posture très à distance, ne parvenant pas à me regarder longtemps dans les yeux, le corps tendu ou à l'inverse avachi dans le fauteuil, dans un simulacre de détente lui permettant de gérer le stress engendré par nos rencontres. Lorsque je suis en retard ou dois modifier un rendez-vous, Gabrielle n'en laisse rien paraître comme si tout cela importe peu, comme si notre relation importe peu. La polarité évitante de son attachement désorganisé est aux commandes de cette première phase. Puis, peu à peu, son attitude change. Grâce au rythme hebdomadaire de nos séances et à un accueil authentique et total de ma part de ce qu'elle amène, Gabrielle commence à s'attacher à moi et à ouvrir les portes. J'en ai la confirmation quand je reçois un premier mail, à j + 1 an, à la suite du prêt du livre autobiographique de Cécile B. (2015) sur les abus sexuels subis par les enfants. Bouleversée par cette lecture, elle ose m'en faire part et me demander de l'aide, ce qui constitue un énorme progrès dans le lien que je m'empresse de valider et d'encourager. La seconde confirmation de la transformation de notre relation en relation d'attachement survient lorsqu'elle exprime son incompréhension vite dominée par la frustration et la colère intense de ne pas recevoir suffisamment de soutien de ma part, notamment de réponses à ses mails qui se multiplient. L'autre polarité, l'anxiété, émerge et révèle ainsi le double mouvement interne et désormais externe de Gabrielle envers toute

personne qui lui montre de l'attention : à la fois un grand besoin et une demande, voire une revendication parfois excessive de réconfort, et en même temps de l'agressivité et du rejet déclenchés en boomerang par cette activation de ses besoins primaires d'attachement.

S'ouvre alors une période qui dure à nouveau un an environ, pendant laquelle Gabrielle alterne des moments d'attaque, des moments de dissociation où son esprit semble désertier notre espace d'échange et d'autres où elle peut accepter et recevoir mon affection, respecter les limites de la thérapie, mieux s'autoréguler et mentaliser. L'attachement désorganisé s'articule autour de la peur. Celle-ci est au cœur de toutes les relations, y compris celles avec les soignants. La peur est utile et adaptative, elle a permis à la personne de se protéger en mettant des défenses en place. C'est pourquoi il faut l'identifier, puis l'accueillir pleinement pour que, progressivement, elle puisse s'apaiser et laisser place à autre chose, notamment à une chance de promouvoir une relation interpersonnelle différente de toutes les précédentes. La première phase d'une thérapie avec un patient souffrant de trouble de la personnalité borderline et d'attachement désorganisé est ainsi une phase d'apprivoisement où le patient nous observe et nous jauge. Selon sa polarité dominante, anxieuse ou évitante, le patient nous sollicitera beaucoup ou nous mettra à distance.

Dans le cas de Gabrielle, le mot d'ordre de la première année est « gardons nos distances et ne montrons rien ». Chez un patient désorganisé à dominante anxieuse, les comportements seront davantage de l'ordre de l'envahissement de l'espace par des plaintes et des demandes d'aide excessives. Si la personne est très désorganisée, ces mouvements seront tous deux présents dès le début de la thérapie, laissant le soignant perdu et bien souvent démuni.

Pendant toute cette phase d'apprivoisement, comme le Petit Prince de St Exupéry avec son renard, l'important pour le soignant est d'être stable, dans une écoute authentique et incarnée et d'accueillir le patient là où il est, c'est-à-dire de ne pas le brusquer avec des questions trop intimes ou engageantes ou ne pas cadrer trop vite son besoin de déverser et d'exiger de l'attention. Il s'agit d'être un thérapeute-caméléon qui s'adapte à ces façons particulières d'être au monde. Mais le plus dur reste à venir. Lorsque la relation d'attachement se développe, lorsque le soignant devient une figure d'attachement de substitution pour le patient désorganisé, le vrai travail de guérison des blessures profondes peut débuter, mais il est à la hauteur des complexités psychiques de celui-ci. Nous avons vu chez Gabrielle les alternances de comportements avec moi, répétitions relationnelles de ce qu'elle a toujours connu

avec les personnes qu'elle a investies, mais qui furent parfois pour moi, par son agressivité, des moments de mise à l'épreuve de mon investissement auprès d'elle. C'est pourquoi accompagner les personnes très traumatisées que sont les *borderline* ou les personnes souffrant de troubles de la personnalité en général requiert, pour le soignant, d'avoir suffisamment travaillé sur soi, sur ses propres blessures d'attachement, car, inévitablement, nous sommes réactivés dans ces prises en charge et notre contre-transfert peut fluctuer fortement. En restant stable, prévisible et à l'écoute, en d'autres termes sécurisant pour le patient, le soignant lui permet de vivre une expérience nouvelle : une expérience relationnelle correctrice. Le patient peut expérimenter dans son corps, son esprit et son cœur que, malgré ses tentatives de sabotage de la relation, l'autre en face, à qui il tient et qui manifestement tient à lui aussi, peut « tenir bon », rester auprès de lui et continuer à l'accompagner pour traverser ce qu'il a à vivre. Voilà qui est nouveau et parfois très désarçonnant pour le patient ! C'est ce qui est au cœur du processus thérapeutique d'une personne ayant souffert de traumatismes d'attachement : pouvoir revivre à travers la relation transférentielle ses *patterns* habituels, mais, contrairement aux expériences précédentes, les traverser sans que le soignant le rejette, l'infantilise ou l'abandonne, qu'au contraire ce dernier reste là pour lui et lui manifeste soutien et affection. La relation soignant-soigné devient ainsi le véritable moteur de changement. Au-delà des mots échangés, le vécu émotionnel et la permanence du lien sont l'essentiel. Tout le travail d'échange autour des problèmes passés ou actuels du patient qui occupe la majeure partie des séances est bien sûr utile en soi, mais il l'est avant tout seulement parce qu'il « *maintient un lien étroit entre patient et thérapeute tandis que le véritable agent du changement – la relation thérapeutique – est en train de germer* » (Yalom, 2013).

EXISTER DANS LE CŒUR ET L'ESPRIT DE L'AUTRE

Lors de la deuxième année de suivi, le lien thérapeutique entre Gabrielle et moi est nourri par des moments d'ouverture et de belle connexion émotionnelle, mais aussi mis à mal par des périodes éprouvantes, notamment lors d'un changement de mon affectation au sein du CHU qui génère de l'incertitude quant à la continuité du suivi, et donc beaucoup d'anxiété et de revendications agressives, sourdes de sa part. Aujourd'hui, à mi-chemin de la troisième année de prise en charge, l'alliance thérapeutique est solide et représente un socle de sécurité pour Gabrielle à partir duquel elle peut explorer les traumatismes du passé, mais aussi les défis du présent, comme retrouver un travail et un quotidien plus structuré, apprendre à



→ manger sainement et à s'occuper de son corps avec bienveillance, se projeter dans un projet professionnel correspondant à ses belles qualités de générosité et de sensibilité, ou encore voir les hommes différemment non plus comme des prédateurs, mais comme des amis ou compagnons potentiels. Le contact a radicalement changé depuis ces premières séances où j'étais moi-même activée dans mon système, parfois démunie, parfois frustrée, par le petit animal traqué qui ne pouvait recevoir ce que j'avais à lui offrir. Aujourd'hui, la poignée de main de Gabrielle est bien plus détendue, son regard peut s'appuyer sur le mien, les rires partagés sont fréquents et elle m'autorise même à lui faire un petit *hug* de fin de séance de temps en temps.

Construire l'alliance thérapeutique et la mettre au centre du processus. Par cette expérience, répétée et sur le long terme pendant des années bien souvent, le patient *borderline* vit une modification de ses fameux modèles internes opérants décrits par John Bowlby et qui désignent les représentations de nous-mêmes, de la relation et du monde. Il n'y a pas de recette toute faite ou de manuel à appliquer pour y parvenir. « *L'essentiel n'est pas dans les techniques en tant que telles, mais davantage dans la qualité des relations entre médecin et patient ou encore dans la rencontre personnelle et existentielle qui se noue entre eux.* » (Frankl, 2009.)

Je crois fortement que connaître les principes de l'attachement et tous ces mécanismes complexes qui sont à l'œuvre chez nos patients insécures, surtout si leur attachement est désorganisé, est la clef pour mieux les accompagner. Pour mieux vivre aussi nos contre-attitudes inévitablement négatives par période. Cela implique de se connaître, et de voir ce qu'il se passe en nous lors des résonances et des activations de notre propre système d'attachement, d'où l'importance jamais suffisamment soulignée du travail sur soi et de la supervision dans notre métier. Ensuite, il s'agit de mettre en lumière les mouvements du patient, évitant, anxieux mais aussi sûr, quand ils apparaissent, de les souligner et d'élaborer dessus. C'est tout le travail de mentalisation proposé par Peter Fonagy et Anthony Bateman (2004), psychologue et psychiatre britannique, dont le travail sur les patients *borderline* est si précieux.

CONCLUSION

La nécessité de travailler en équipe autour de ces patients complexes n'est plus à démontrer et est aujourd'hui intégrée dans nos pratiques hospitalières. Ce qui se perd malheureusement actuellement, faute de conditions de travail correctes, est le principe de référence, ce qui est une hérésie d'un point de vue « attachementiste » : le patient a viscéralement besoin d'un soignant référent pour développer cette relation privilégiée qui est au cœur du processus thérapeutique, comme je me suis efforcée de le démontrer dans cet article. Cette référence a bien plus de sens, selon moi, si elle est portée par un infirmier, du moins en intra-hospitalier, en raison de leur présence plus étendue que les médecins ou les psychologues. Enfin, les qualités essentielles du soignant pour accompagner au mieux les patients *borderline* à l'attachement désorganisé sont l'authenticité et la patience. Le temps de la neutralité bienveillante est révolu dans le monde de la psychothérapie. Nos connaissances sur l'attachement nous amènent à adopter un positionnement impliqué et engagé auprès de ces patients qui ont besoin de sentir face à eux une présence incarnée et vibrante, un être humain qui réagit et peut être touché, mais aussi énervé ou triste en les écoutant. Diana Fosha, psychologue américaine fondatrice de l'AEDP (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy), thérapie intégrative basée sur l'attachement, transmet cette vision à travers son expression : « *Existing in the heart and in the mind of the other* » (2000). Exister dans le cœur et l'esprit de l'autre est l'expérience que nous souhaitons faire vivre à nos patients. Et enfin la patience... car ce chemin de reconnexion et de réparation des blessures profondes est long et complexe. C'est aussi ce qui le rend si fascinant à mes yeux et à mon cœur de thérapeute. ■

Bibliographie

Agrawal H., Gunderson J., Holmes B., Lyons-Ruth K., 2004, "Attachment Studies with Borderline Patients : A Review", *Harv Rev Psychiatry*, N° 12 (2).

Bakermans-Kranenburg M. J., Van Ijzendoorn M. H., 2009, "The first 10,000 Adult Attachment Interviews : Distribution of Adult Attachment Representations in Clinical and Non-Clinical Groups", *Attachment and Human Development*, N° 11 (3) : 223-263.

Bateman A., Fonagy P., 2004, *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*, Oxford University Press.

Bowlby J., 1977, *Attachement et perte*, Vol. 2 Paris, PUF.

Cécile B., 2015, *Le Petit Vélo blanc*, Paris, Calmann-Lévy.

Fosha D., 2000, *The Transforming Power of Affect. A Model of Accelerated Change*, Basic Books.

Frankl V., 2009, *Nos Raisons de vivre*, InterÉditions.

Linehan M., 1993, *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*, Paris, Médecine & Hygiène.

Yalom I., 2013, *L'Art de la thérapie*, Paris, Galaade Éditions.