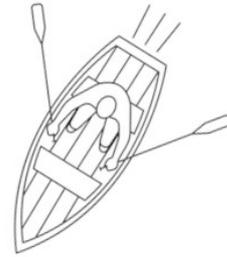


# Transbordeur

Réflexion anti-systémique autour  
du syndrome de stress post  
traumatique complexe,  
du trouble borderline  
et de la transidentité

D'une psychiatrie normalisante et cissexiste



A une émancipation collective transjenniste



1. Qu'est-ce que le C-PTSD ?
2. Quel lien faire avec un trouble de la personnalité borderline ?
3. Que veut dire un C-PTSD dans une identité trans ?
4. Schémas mentaux
5. Alexithymie
- 6 ; Accommodation

## Réflexion anti-systémique autour du syndrome de stress post traumatique complexe, du trouble bordeline et de la transidentité

*triggers warning : ils seront re-précisés dans les paragraphes évoquant ces choses, mais de manière préventive, ce zine parle d'anxiété, de dissociation, d'automutilation, de suicide, de viol, inceste et d'agression sexuelle*

Dans ce zine, je vais essayer d'appliquer un référentiel militant anarcho-féministe à la question du Stress Post Traumatique complexe (C-PTSD en anglais pour Complex Post-Traumatic Stress Disorder) et la mêler à un vécu transféministe. Une partie de ce que je vais raconter ici est une réflexion théorique, une autre est une mise en contexte politique de mon vécu propre. Je vais donc un peu raconter ma vie, et essayer de la lier à une vision transféministe, anti-psychofobe et anti-capitaliste de la société.

Mais avant, petite introduction sur le C-PTSD.

### 1. Qu'est-ce que le C-PTSD ?

Commençons par décrire ce qu'est un syndrome de stress post traumatique (PTSD) tout court. Nous verrons ensuite en quoi un C-PTSD en diffère.

Le PTSD est avant tout un trouble anxieux qui survient chez une personne qui a vécu une expérience où son intégrité physique ou mentale a été mise en péril. Contrairement aux idées reçues, la première théorisation n'a pas émergé de la théorisation psychiatrique des survivant·es de guerre, mais celle des travailleur·euses sur les lignes de chemin de fer à la fin du XIXème siècle. C'est un neurologue allemand, Oppenheim, qui l'a théorisé sous le nom de « névrose traumatique », avant que la psychiatrie militaire s'en empare. Par la suite, le PTSD a été fortement médiatisée comme étant un trouble anxieux attaché aux survivant de guerre, notamment ceux revenant du Vietnam aux Etats-Unis.

Ce trouble anxieux est catégorisé dans le DSM-5<sup>1</sup> (2013). Ce manuel, faisant référence chez certain·es psychiatres, mais étant source de fortes critiques, notamment par les militant·es anti-psychiatrique, le caractérise par les critères suivants :

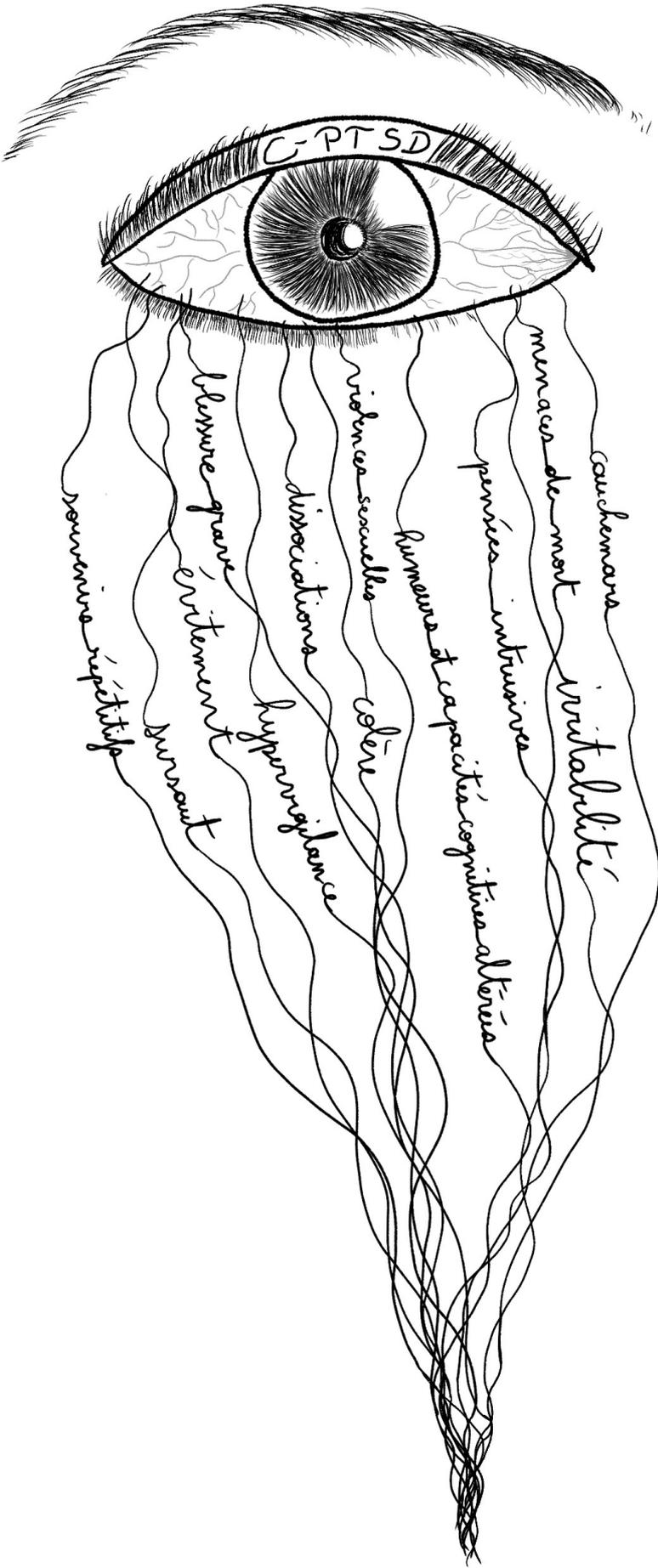
1. Une confrontation unique ou plurielle à une menace de mort, à une blessure « grave », ou à des violences sexuelles, soit en étant sujet·te ou témoin.
2. Des intrusions, soit des souvenirs répétitifs envahissant et involontaires, en rêves, en pensées, ou en dissociations.
3. Un évitement des stimuli associé à l'évènement ou aux évènements traumatisants
4. Des humeurs et capacités cognitives altérées à la suite du ou des traumatisme(s) (pertes de mémoire, pensées envahissantes auto-dépréciatives, état émotionnel négatif permanent.
5. Des comportements d'irritabilité, de colère, d'hypervigilance, de sursaut

Il y a beaucoup de travail militant sur la critique anti-psychiatrie du DSM-5 trouvable sur internet, donc je ne vais pas m'étendre là dessus, je serais bien incapable de fournir un travail aussi aboutit qu'elleux. Je conseille notamment la lecture du zine « *l'abolition carcérale doit inclure la psychiatrie* »<sup>2</sup> ou la lecture des travaux du [Projet Icarus](https://icarus.poirvon.org/projet-icarus/)<sup>3</sup>. On parlera des limites et dangers de cette normatisation (dans le sens de mise sous pression systématique des individu·es dans une norme) dans la suite de ce zine. Mais parlons avant ça de la caractérisation du C-PTSD par rapport au PTSD.

1 *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*

2 <https://infokiosques.net/spip.php?article1844>

3 <https://icarus.poirvon.org/projet-icarus/>



Le terme de *complex PTSD*, ou C-PTSD, a été introduit dans les années 80 par la docteure étasunienne Judith Herman pour décrire les conséquences d'un traumatisme chronique, dans le sens où il est répété dans le temps. En travaillant en hôpital psychiatrique et recevant notamment des femmes, elle a constaté que beaucoup présentaient un état proche du stress post traumatique, mais lié à des événements répétés. Dans son livre *Trauma and Recovery*<sup>4</sup> lisible [ici](#)<sup>5</sup>, on lit notamment dans l'introduction :

« Pour comprendre empathiquement la réalité traumatique, il faut un certain contexte social, qui lie la victime<sup>6</sup> avec les témoins et qui la protège. Pour l'individu, ce contexte social est créé par la relation avec les ami·es, amant·es et la famille. Pour la société au sens large, ce contexte social est créé par les mouvements politiques qui portent la voix des opprimé·es »

↓ tw viol, inceste, agression sexuelle

On comprend donc immédiatement qu'il y a une dynamique politique à prendre en compte et qui est indissociable du trauma complexe. On peut nommer par patriarcat la domination sociale qui crée ces événements traumatiques : viols, inceste, violence verbale et sexuelle, et agressions sexuelles. Ces événements traumatisants peuvent survenir à tous moments de la vie d'une femme, et laisser des séquelles durables à la personne les subissant.

↑

Une thérapie possible du PTSD est de confronter petit à petit la patient·e aux événements traumatisants qu'il a vécu, mais cela est difficile avec le C-PTSD, de par la multitude de situations ayant construit ce trauma. Mais cela ne veut pas dire qu'aucune rémission n'est possible<sup>7</sup>, on verra ça dans la fin de ce zine.

---

4 Traumatisme et rétablissement

5 <https://d-pdf.com/book/pdf-download-trauma-and-recovery-by-judith-herman>

6 Ce terme sera discuté par la suite, il n'est pas anodin

7 Des pistes pour se soigner d'un C-PTSD sur le blog de Dcaius: <https://dcaius.fr/blog/2017/10/7-conseils-cptsd/>

Un article de l'excellent blog de Dcaius [<https://dcaius.fr>] propose ce tableau de comparaison entre PTSD et C-PTSD :

↓ tw mention violences psy sans détails

PTSD	C-PTSD
un ou plusieurs traumas	traumas chroniques inévitables
flashbacks	flashbacks
réflexe de sursaut exacerbé	pas de filtre, facilement submergé•e
éviter de ce qui pourrait évoquer, suggérer un souvenir du trauma	isolement sociale, éviter des relations
cauchemars à propos du trauma	terreurs nocturnes, insomnies chroniques
dissociation, peut inclure un trouble dissociatif de l'identité	inclut un ressenti fracturé du soi et un trouble dissociatif de l'identité
hypervigilance	hypervigilance, des idées de références/modèles, se fait du souci au sujet de l'abuseur•e
anxiété et dépression	altération sévère de la régulation des affects

Source : <https://dcaius.fr/blog/2017/06/ptsd-vs-cptsd/>

↑

Le C-PTSD a été relativement ré-approprié par les féministes étasuniennes, mais assez peu en France. En fait, il est relativement méconnu, et pour cause : il ne fait pas l'unanimité chez les professionnel·les de santé. Effectivement, même lors de la cinquième bouture du DSM en 2013, il n'est pas présent dans le manuel. Il est cependant reconnu par la classification internationale des maladies de l'OMS (organisation mondiale de la santé), item 6B41 de la CIM-11. La description qui en est faite est la suivante :

*« Le trouble de stress posttraumatique complexe (TSPT complexe) est un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants). Tous les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par 1) des problèmes de régulation de l'affect ; 2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et 3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des*

*autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. »*

<https://icd.who.int/browse11/l-m/fr/#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>

Cette description est donc totalement dépolitisée, ce qui empêche sa ré-appropriation dans des sphères (trans)féministes et anti-psychiatriques, alors que je pense qu'une vision politique de nos déviations, qu'elles soient mentales, physiques, de genre ou d'orientation sexuelle est importante. On verra des pistes de réappropriation trans(féministe) dans la suite, mais pour l'instant intéressons-nous à un troisième trouble, le trouble de la personnalité borderline.

A propos du terme « victime », il est souvent remplacé par le terme de « survivant·e » lorsque l'on aborde les sujets du trauma. Ce remplacement n'est pas anodin, et il sert à mettre en évidence que la personne a traversé une épreuve difficile, qui aurait pu être fatale, soit sur le moment, soit par ses répercussions psychologiques. Mais je trouve le terme victime intéressant dans le sens où il visibilise un rapport de domination, et qu'il met en évidence le caractère systémique de la violence. De la même manière que « prolétaire » met en évidence, davantage que « travailleur·euse », le rapport à un patronat bourgeois, le terme victime sous-entend qu'il y a un perpéteur à cette violence.

## **2. Quel lien faire avec un trouble de la personnalité borderline ?**

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) est un trouble bien reconnu dans le milieu de la psychiatrie et encore très ancré. Une personne borderline est vue comme une personne instable dans les émotions, dans les relations sociales, dans le mode de vie, le tout dans une grande sensibilité à l'abandon.

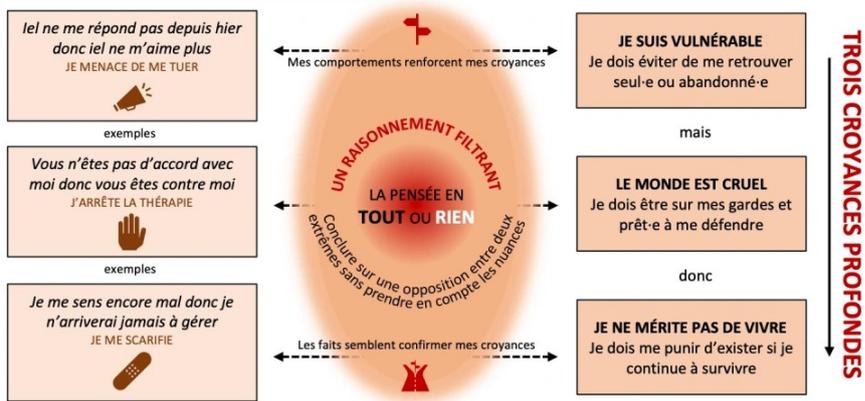
Voici une fiche faite par le docteur Igor Thiriez sur ce diagnostic pour avoir une vision plus globale:

# LE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Le trouble de la personnalité borderline, autrement appelé limite ou émotionnellement labile, représente un fonctionnement qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de la personne concernée. Il est caractérisé par des états émotionnels intenses, survenant brusquement et souvent difficiles à contrôler (ex. colère, angoisse, sentiments de vide ou de désespoir). Certains comportements impulsifs (ex. les automutilations) permettent de gérer ces émotions trop douloureuses et intolérables mais deviennent parfois compulsifs et addictifs.

## 9 CRITÈRES DONT AU MOINS 5 SUFFISENT AU DIAGNOSTIC

<b>JE CRAINS QU'ON M'ABANDONNE</b> Au point d'en arriver à des efforts éffrénés pour ne pas me retrouver seul-e, rejeté-e ou abandonné-e	<b>J'AI DES PROBLÈMES RELATIONNELS</b> Mes relations sont fusionnelles et conflictuelles, et je change souvent d'opinion sur les autres	<b>JE NE SAIS PAS QUI JE SUIS</b> Je change souvent d'avis et je ne sais pas ce que je veux vraiment à court ou à long terme
<b>JE SUIS IMPULSIF-IVE</b> J'ai des conduites à risques (dépenses, sexualité, substances, médicaments, boulimie etc.)	<b>JE ME FAIS DU MAL</b> Je me blesse volontairement, j'annonce que je vais me tuer ou me faire du mal, j'essaie de me tuer	<b>JE CHANGE TOUJOURS D'HUMEUR</b> Je peux me sentir brutalement très triste, anxieux-se, irritable pendant quelques heures à quelques jours
<b>JE ME SENS VIDE</b> J'ai souvent le sentiment douloureux de ne plus rien ressentir, de ne plus avoir d'existence	<b>J'EXPLOSE</b> J'ai souvent des accès de colère si intenses que j'ai beaucoup de mal à me contrôler	<b>JE ME SENS BIZARRE OU PARANO</b> Dans les situations de stress, j'ai l'impression qu'on cherche à me nuire ou je me sens déconnecté-e



## UNE THÉORIE BIO-PSYCHO-SOCIALE

<b>VULNÉRABILITÉ ÉMOTIONNELLE</b> Hypersensibilité : mes émotions montent plus facilement et plus vite Hyperréactivité : Mes émotions montent plus haut et sont plus douloureuses Retour lent au niveau de base : mes émotions mettent plus de temps à redescendre	+	<b>ENVIRONNEMENT INVALIDANT</b> Enfant, je n'ai pas suffisamment appris à reconnaître et à exprimer mes émotions Lorsque je le faisais, mes propos et mes actes étaient souvent rejetés ou disqualifiés J'ai donc appris à considérer mes émotions comme mauvaises et injustifiées
---	---	---

Dr Igor THIRIEZ

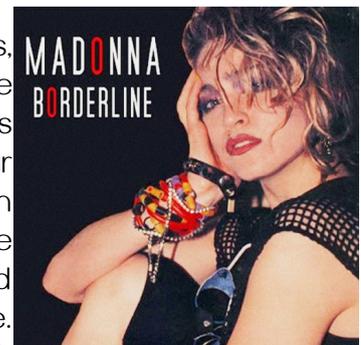
Version 2.0

21/12/2021

Source: <https://igorthiriez.com/portfolio/le-trouble-de-la-personnalite-borderline/>

↓ tw suicide

Historiquement, ce diag a surtout été fait sur des femmes, notamment parce que des conséquences comme la mauvaise gestion de la colère sont communément acceptées chez les personnes ayant une socialisation masculine, davantage que pour celles ayant une socialisation féminine. Mais une explication complémentaire est qu'une violence systémique patriarcale peut être à l'origine de ce trouble de la personnalité, et lorsque l'on se rend compte de cela, la frontière entre C-PTSD et TPB devient très floue. En fait, le trouble borderline devient même particulièrement violent,



car il individualise un problème systémique, en blâmant la victime pour son état mental. Cette individualisation et cette violence provoque une isolation de la victime sur plusieurs aspect, cités ci-

après, isolation qui pousse les personnes touchées jusqu'au suicide. Une forte comorbidité du TPB est d'ailleurs la dépression:

- ↑
1. D'une part, comme montré dans la fiche du docteur Thiriez, le traumatisme en lui-même pousse la personne dans des croyances auto-dépréciatives (voir la partie sur les schémas de pensée)
  2. D'autre part, elle désincarne la responsabilité du patriarcat et laisse la personne dans le genre de pensées suivant : *les traumas que j'ai subi sont répétés par plusieurs personnes, c'est donc que le problème vient de moi.*
  3. Enfin, elle empêche la personne de se libérer de ses traumas. En effet, pour les partager avec une personne extérieure (qu'elle soit un·e proche ou un·e professionnel·le de santé), il faut réunir plusieurs critères de discussion politique :
    - a) Il faut que la personne qui écoute soit sur la même longueur d'onde que la personne partageante sur une vision critique de la psychiatrie, de ses limites et de sa violence normative. Par exemple, un soignant qui ne jure que par le saint DSM-5 ne commencera même pas à comprendre dans quelle posture la personne témoignante se place dans sa critique de diag TPB et l'affirmation d'un C-PTSD.
    - b) Il faut que la personne qui écoute soit sur la même longueur d'onde que la personne partageante sur la vision politique du patriarcat, de ses violences pernicieuses et de son caractère systémique.

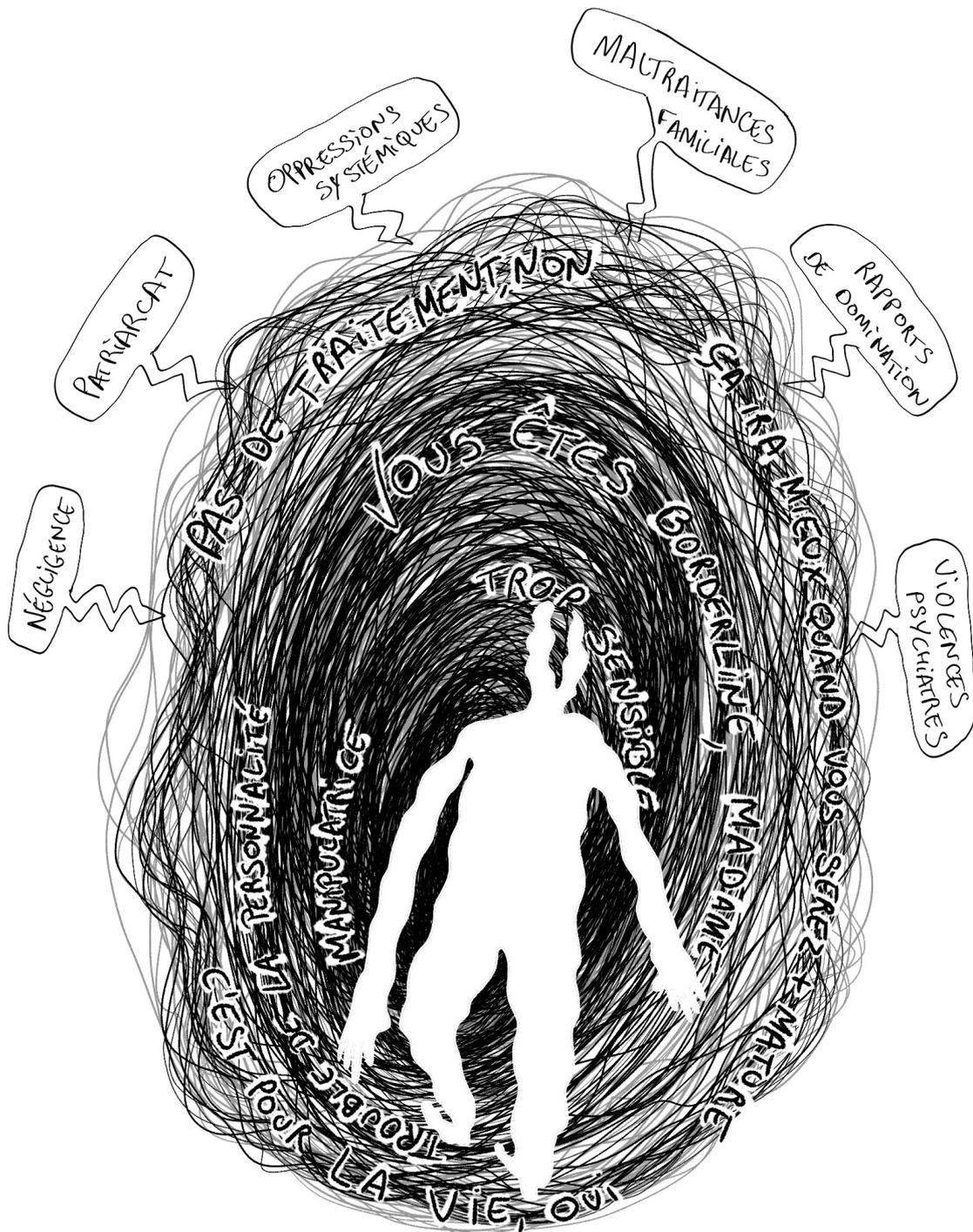
→ A ces deux critères de partage se rajouteront les critères d'isolement spécifiques aux personnes trans énoncés dans la partie 3 page14

La page Wikipedia concernant le TPB énonce :

« Certaines personnes ayant subi des abus, que ce soit physiques, mentaux ou sexuels sont plus susceptibles de développer le trouble de la personnalité limite/borderline. En effet, plus de 50 % des personnes souffrant de troubles de la personnalité borderline ont subi des maltraitances psychologiques, sexuelles et/ou physiques. La négligence est un facteur important dans le développement de ce trouble. De plus, la détresse ou la peur peuvent faire survenir des pensées négatives amenant la personne à développer un trouble de la personnalité limite. »

Source : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble\\_de\\_la\\_personnalit%C3%A9\\_borderline#Causes](https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_de_la_personnalit%C3%A9_borderline#Causes)





On conçoit ici une certaine proximité avec le C-PTSD par la présence de traumatismes, mais dans une version totalement dépolitisée des oppressions subies. Au lieu de paraphraser une critique de ce diagnostic, je vais directement mettre ici un article du blog « Dehors c'est l'asile » datant du 18 mars 2018 :

<https://dehorscestlasile.wordpress.com/2018/03/18/pourquoi-le-trouble-borderline-est-abandonne/>

### Pourquoi le trouble borderline est abandonné

On parle peu du trouble borderline parce que :

- on n'en guérit pas par les médicaments
- son origine pouvant être une famille maltraitante, il n'y a pas d'assos de

familles de personnes borderlines

– c'est un trouble majoritairement diagnostiqué chez les femmes.

Les médecins ne sont pas spécifiquement formés à traiter ce trouble dans les hôpitaux, ce qui conduit à des maltraitements.

Le trouble borderline est complexe ; né souvent de traumatismes, la prévention de ce trouble consisterait à traiter sérieusement des problèmes de société comme le harcèlement scolaire, la maltraitance familiale, les violences sexuelles, en clair à agir en faveur des plus fragilisés, voir remettre en cause les bases mêmes de la société fondées sur un rapport dominant/dominé.

Comme on ne peut pas se contenter de dire « c'est un problème neurologique, prenez vos médicaments et ayez une bonne hygiène de vie », la prévention, la santé et le soin des personnes borderlines passent à la trappe.

C'est un trouble sous diagnostiqué chez les hommes, majoritairement chez les femmes. Dans une société sexiste la santé des femmes est négligée, tout comme pour le trouble dysphorique prémenstruel. Par ailleurs des comportements comme l'expression de la colère vont être vus comme normaux chez les hommes et pathologiques chez les femmes.

L'invalidation des émotions dans l'enfance conduit à un trouble de l'émotion chez la personne borderline. Quand on voit qu'il est parfaitement normal de réprimer un enfant qui pleure, ou de lui donner une fessée pour qu'il change de comportement, il ne faut pas s'étonner de produire des adultes ayant les plus grandes difficultés à gérer leurs émotions. Le trouble borderline naît donc de la psychophobie d'une société qui n'accepte pas les sentiments négatifs. Ne pas s'étonner non plus de produire des adultes en colère alors qu'on vit dans un monde parfaitement injuste et qu'on nous demande de l'accepter comme si de rien n'était. Le trouble borderline est un produit de cette société.

Pour que les personnes borderlines guérissent de la violence de la société et apportent leur hypersensibilité au monde, encore faut-il arrêter de les faire mourir dans les hôpitaux et ailleurs, et engager une politique de santé publique à un niveau national (donc en psychiatrie de secteur) qui ne soit pas réservée à un public privilégié ou à des exceptions régionales.

Source: <https://dehorscestlasile.wordpress.com/2018/03/18/pourquoi-le-trouble-borderline-est-abandonne/>

Il ne s'agit pas ici de blâmer les personnes portant un TPB, mais plutôt de contester politiquement ce qu'il veut dire. Si ce diag dépolitise nos troubles, c'est non seulement à nos dépens, mais aussi aux profits d'un système cispatriarcal et classiste violent. En jouant ce rôle, la psychiatrie montre encore une fois son alliance avec le patriarcat cis.

### 3. Que veut dire un C-PTSD dans une identité trans ?

On a vu plus tôt que le patriarcat pouvait avoir comme conséquence des traumas complexes chez les femmes et que ces traumas sont mal catégorisés, que la société patriarcale est déresponsabilisée, poussant les personnes dans l'isolement et la dépression. Mais rien ne nous empêche de voir les autres oppressions comme sources de violences traumatiques et de les croiser entre elles : racisme, validisme, lesbophobie, homophobie, transphobie, enbyphobie... Ici, je vais voir comment la société cisnormative produit des traumas complexes, sans quoi il est difficile d'envisager le soin, particulièrement dans un parcours transféminin.

Pour cette partie, je vais m'appuyer sur un exercice de TCC<sup>8</sup>, appelé « la ligne de vie ». L'idée est de reprendre les événements de la vie du sujet dont le sujet se souvient avec sa subjectivité propre, et de les replacer sur une frise chronologique. Ici, je vais reprendre un extrait de ma ligne de vie. L'idée est pas de faire de la course à l'oppression, à la victimisation. En plus, dans le but de parler de trauma, je ne reprends que les événements négatifs, cette ligne n'est pas représentative de ma vie. J'ai malheureusement l'impression que les vécus exposés sont relativement répandus dans la communauté transféminine, voire trans tout court.

Il y a une certaine pression chez les sujets d'oppressions, soit à ne pas exposer son vécu, parce qu'on doit être résilient·es, fort·es et combattant·es, soit à en faire un martyr et correspondre au vécu commun de la communauté. Ici, je ne veux faire aucun des deux, le but étant de prendre du recul sur le vécu pour identifier nos cicatrices et mieux les soigner.

---

8 Thérapie Cognitivo-Comportementale

↓ tw agression sexuelle, transphobie, violence psychologique



↑

#### 1) Naissance et assignation au genre masculin

La première violence n'est pas la naissance, mais j'ai tout de même mis ça sur la frise. Affirmer le contraire serait pour moi une essentialisation de nos transidentités, et le genre étant un construit social, la transidentité se construit aussi. On pourra discuter par la suite de l'oeuf ou la poule, de si je suis trans suite à mes traumatismes sexuels ou si j'ai vécu ces événements comme trauma parce que j'étais trans. Je ne suis pas sûre de l'intérêt de cette réflexion, car elle risque d'amener des raisonnements essentialistes ou psychiatrisants.

Non, la raison pour laquelle j'ai choisi de classer l'assignation de naissance comme une violence c'est qu'elle est normative pour faire rentrer les enfants (et les adultes qu'ils deviennent) dans les cases genrées. Je vais pas refaire toute l'histoire car bien d'autres l'ont mieux fait avant moi. Mais cette socialisation genrée est une violence, et elle commence dès l'enfance.

#### 2) Vestiaires en sport

Une seconde violence que l'on peut vivre en tant que personnes trans est la question des vestiaires. En cours de sport au collège ou en extra-scolaire, les vestiaires sont sources de trauma ; la nudité forcée, la masculinité décomplexée, les brimades, les agressions sexuelles, et j'en passe. Mon manque de confort à l'époque s'explique finalement bien par le fait que j'étais sûrement déjà dans un inconfort, pour ne pas dire une dysphorie, de genre.

#### 3) Agression sexuelle par un proche

Un autre souvenir livide de mon enfance est cette agression sexuelle faite par une figure d'attachement pour moi. Même si elle n'en était certainement pas une pour la personne qui en est à l'origine, elle n'en est pas moins un souvenir violent pour moi. Ici, on rejoint ce qui a été énoncé plus haut sur les causes traumatiques du TPB ou du C-PTSD.

#### 4) Violence psychologique de LMPT

La Manif Pour Tous, en 2011 et 2012 notamment, a opéré dans le débat public une violence psychologique considérable, en particulier pour toutes les personnes dans le placard de leur identité de genre ou orientation sexuelle. En laissant cette violence dans les médias, dans les rues, dans les

débats, l'État s'est rendu complice de ce trauma que nous sommes beaucoup à avoir subi, même si nous n'étions pas out, même auprès de nous même, à l'époque.

#### 5) Agression sexuelle par une endocrinologue

Nos parcours de transition nous font passer par de nombreuses professionnel·les de santé. Une partie d'entre elleux sont des médecins exerçant leur pouvoir pour nous nuire, que ce soit par des agressions sexuelles, des ralentissements dans nos transitions, ou des prescriptions de traitements nocifs pour notre santé. Trouver de bon·nes praticien·nes est un parcours du/de la combattant·e, qui décourage un certain nombre d'entre nous. Les médecins qui nous causent des traumatismes, et parmi eux ceux de la SOFECT (FPATH ou maintenant Trans-Santé) doivent être interdit·es d'exercer, et les autres formé·es à nous fournir un accueil et un suivi décent. Les médecins nocifs nous savent isolé·es, vulnérables et dans le besoin. Pour contrer cela, il est important de créer de la solidarité communautaire dans l'accès au soin, notamment si vous avez été victime par le passé de personnels abusif, les outils comme bddtrans peuvent aider à mieux s'orienter et évincer les personnels agresseurs. Il existe aussi des serveurs Discord d'entraide qui peuvent aider dans cette réappropriation du soin, je vous envoie volontiers les liens à l'adresse mail donnée à la fin<sup>9</sup>.

#### 6) Tabassage en pleine rue

Quand on est trans, notamment en début de transition, on perd vite le compte des agressions transphobes que l'on subit en pleine rue, que ce soit des regards hostiles, des insultes, ou des crachats. Malheureusement, pour certain·es, ces actes passent parfois à un niveau de violence encore supérieur. Pour moi, cet évènement a renforcé mon anxiété générale de manière permanente, mais aussi ma peur des hommes dans l'espace public et privé, ainsi que ma haine des flics.

#### 7) Réactions hostiles à mon coming out dans mon entourage

Comme si nous ne l'étions pas assez dans la vie en général, le coming out que l'on peut être amené·es à faire nous place dans une position de forte vulnérabilité. Face à notre famille, nos ami·es, nos collègues, on est coincé·es entre la peur du rejet par des personnes proches, et l'impossibilité de rester un jour de plus dans ce maudit placard. Un coming out qui se passe mal, notamment auprès de la famille, c'est subir de l'abandon de la part de figures de rattachement. Or, ces figures de rattachement sont déjà fragilisées par les années passées dans le placard et par les traumatismes passés.

Pour reprendre la liste faite précédemment sur l'impossibilité pour une personne touchée de C-PTSD de partager son état à un·e proche ou un·e soignant·e, on peut rajouter les critères c) et d) :

4. Il faut réunir plusieurs critères de discussion politique :
  - a) Il faut que la personne qui écoute soit sur la même longueur d'onde que la personne partageante sur une vision critique de la psychiatrie, de ses limites et de sa violence normative. Par exemple, un soignant qui ne jure que par le saint DSM-5 ne commencera même pas à comprendre dans quelle posture la personne témoignante se place dans sa critique de diag TPB et l'affirmation d'un C-PTSD.
  - b) Il faut que la personne qui écoute soit sur la même longueur d'onde que la personne partageante sur la vision politique du patriarcat, de ses violences pernicieuses et de son caractère systémique.
  - c) Il faut que la personne qui écoute soit tolérante<sup>10</sup> de l'identité de genre de la personne partageante

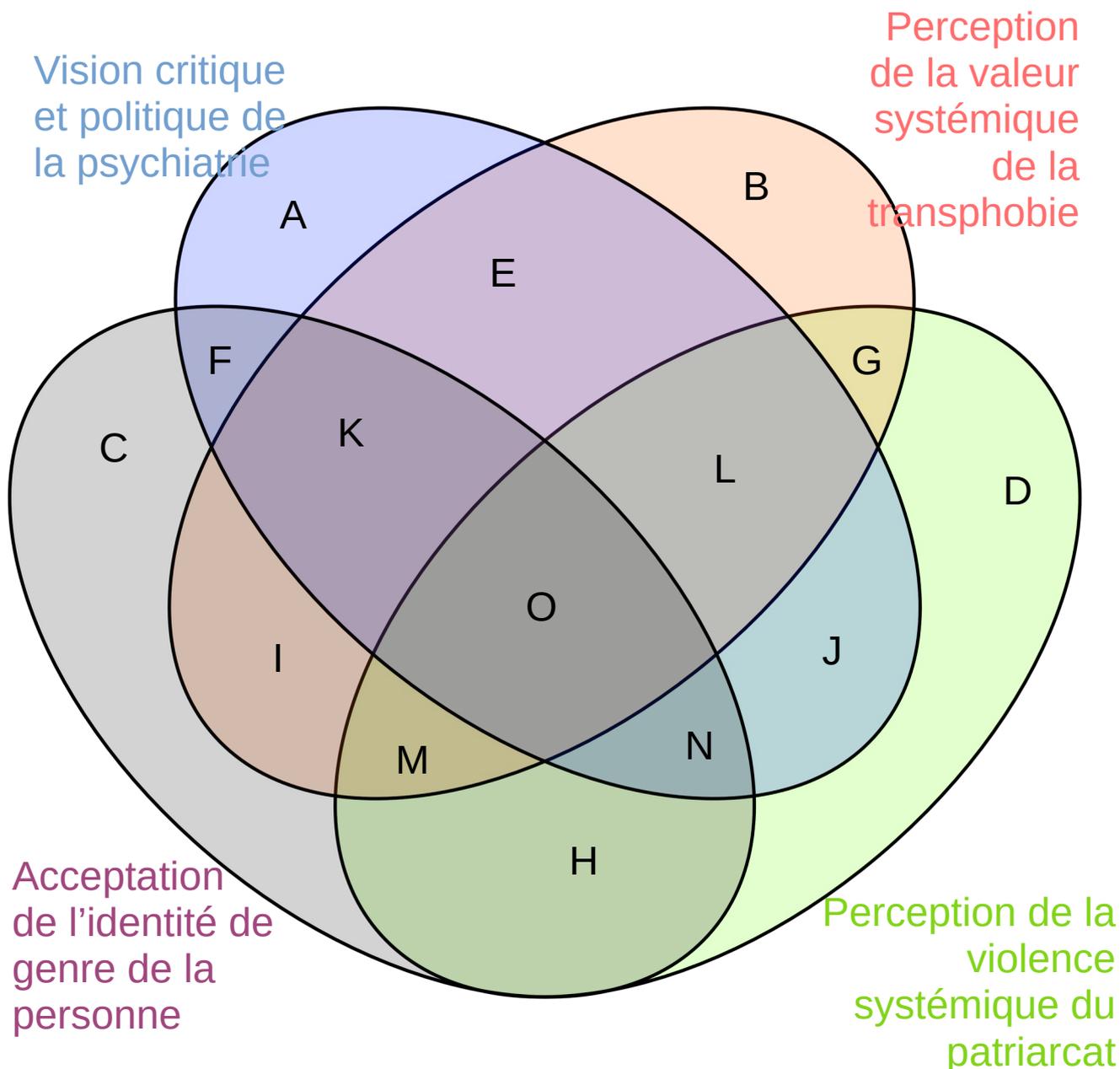
---

<sup>9</sup> charlie\_brt@riseup.net

<sup>10</sup> "tolérante" étant un terme réusé et dévié, je l'utilise comme un seuil de strict minimal. Lae praticien·ne n'est pas tolérant·e → ça dégage, mais il faut aussi se méfier des "tolérant·es" bien sûr

d) Il faut que le personne qui écoute soit sur un même socle de culture politique pour analyser les traumas vécus comme étant dus à une oppression systémique. Par exemple, si la personne tombe sur un psy ayant des réflexions TERF<sup>11</sup>s et/ou transphobes, tous les traumas seront qualifiés de victimisation, de malencontreuses coïncidences ou même de volonté de souffrir, et ne voir notre identité que comme des monstruosité (souvent associées à l'autogynéphilie).

Si la·e soignant·e ne remplit pas ces critères, le soin ne pourra pas être fait, et les séances avec ellui ne seront qu'une souffrance grandissante.



11 Trans Exclusionary Radical Féminist: mouvement pseudo féministe et transphobe qui n'accepte pas l'existence des personnes trans

Si l'on représente ces quatre critères dans un diagramme comme ci-après, on voit que l'écoute de la personne et le lien avec la personne écoutante (soignant·e, proche...) ne sera correct que si les quatre critères se recoupent (zone O), c'est la zone de prise en compte des sujets intersectionnels. On pourrait bien sûr rajouter les cercles du racisme, du validisme, de la toxicophobie, etc.

De mon expérience, les psychiatres ou psychologues « queer-friendly » sont rarement au milieu, mais plutôt dans les zones H, I et à la limite M, mais, faisant partie de l'institution psychiatrique, iels ne peuvent rentrer dans les zones F, K, N voire O, car iels on recours à la normatisation des personnes qu'iels reçoivent et de leurs troubles

Pour créer des zones de soutien et d'entraide communautaires, il faut bien veiller à rester au centre de tous les cercles, y compris ceux que l'on peut rajouter, correspondant aux autres oppressions systémiques. Sans cela, l'espace de communication sera un autre espace dangereux pour ceux qui viendraient y chercher de l'aide.

#### 4. Schémas mentaux

*Cette partie est une réécriture partielle de [cet article](#)<sup>12</sup>.*

On a donc vu que l'on pouvait voir TPB et C-PTSD comme les faces d'une même pièce, et que le vécu spécifique de certaines personnes trans pouvait construire au fil des années des traumatismes qui affectent et fragilisent les personnes trans.

Les schémas sont des fonctionnements de notre cerveau qui traitent les données des perceptions. Ils conditionnent notre manière de voir et de recevoir le monde qui nous entoure, mais ils sont eux-mêmes conditionnés par notre vécu.

Mon schéma, je l'ai construit -à mon insu- depuis que je suis toute petite. C'est une manière de recevoir l'information, de l'interpréter, et de l'enregistrer. Et mon schéma, malheureusement, fonctionne en cercle vicieux. Avec les années, il est devenu cette machine qui, quelle que soit l'information qu'on lui donne, va se renforcer avec, et sortir toujours le même résultat: la dépréciation. Mon schéma m'a conditionné à redouter tous les liens de mon entourage et à croire qu'un complot se trame contre moi. Avec les années, j'ai -enfin, mon schéma a- appris à déformer toutes les informations pour les tordre, les fondre, les marteler, et les faire rentrer dans sa réalité. Chaque chose que je vis, depuis des années aboutit à consolider l'idée en moi que je suis atypique, au centre d'une farce dont je suis la seule à ignorer le rôle. Tout le monde, autour de moi (famille, proche, soignant·es...) sont au courant, de mèche, pour m'épargner de me rendre compte de l'affreuse vérité. Je suis une personne horrible, horriblement nocive, inadaptée, j'apporte le pire aux gens, je ne deviendrais rien. Ce schéma, il m'a donné peur d'aller vers les gens, de me confier aux soignant·es, de témoigner, sans que je m'en rende compte. Parce que, à la fin, j'allais avoir la preuve ultime de ce « complot », et toutes les personnes m'abandonneraient.

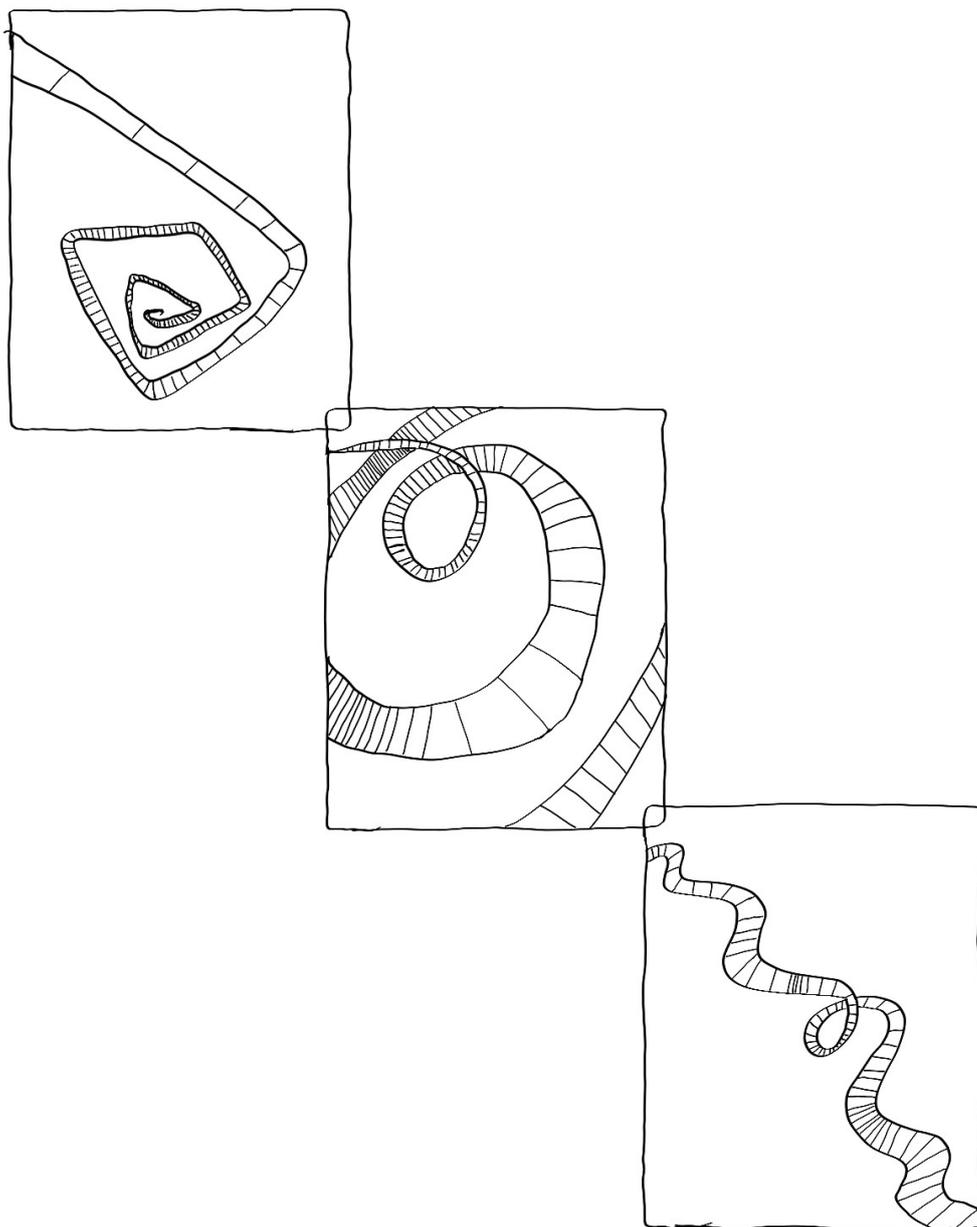
Même quand mes pensées ne vont pas si loin, j'ai toujours un doute persistant en moi. Un genre de doute de: est-ce que j'ai bien fermé la porte ce matin en partant ? J'ai ce doute parce que mon schéma fonctionne toujours en tâche de fond, et que même le regard d'une personne que je croise dans la rue va servir à l'alimenter. Cette personne m'a remarquée, me connaît, sait des choses que je ne sais pas, me cache quelque chose. Je ne sais pas si, lae soignant·e à qui je me confie ne sait pas déjà tout ce que je lui raconte, parce qu'il a déjà été prévenu·e par mes proches que je suis bizarre, que je ne dois pas savoir la vérité.

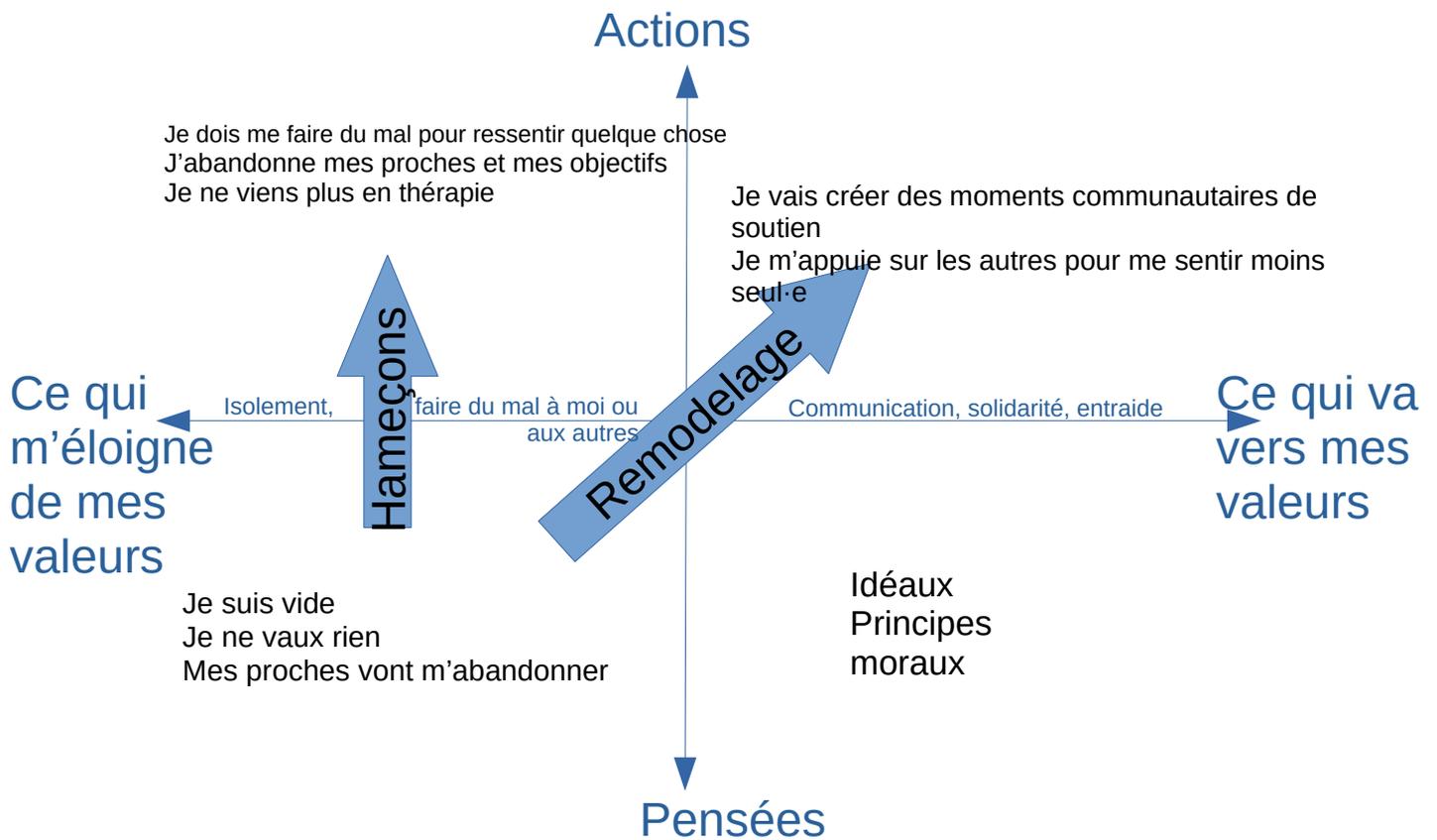
Aujourd'hui, j'ai surtout peur de ce schéma. Si cela fait des années, peut-être une dizaine d'années, qu'il est installé, qu'il est capable de transformer toute information pour se renforcer, je ne sais pas

---

12 "Mon schéma d'anxiété" <https://camepicenes.wordpress.com/2020/11/24/mon-schema-danxiete/>

comment l'arrêter. Quand la dépression intervient et que je suis rationnelle (relativement à moi-même) vis-à-vis de ce schéma, la tâche me paraît absolument insurmontable.





Pourtant, il est possible d'assouplir ces schémas. De la même manière que notre cerveau est modifié et moulé par les traumatismes multiples, il peut être remodelé pour que les pensées négatives adviennent moins souvent et qu'elles ne se transforment pas aussi souvent en actions négatives.

Comme je viens de le dire, voyons cela sur un schéma. Les pensées automatiques, qui sont celles que l'on est habitué·es à avoir, sont des pensées négatives, dévalorisantes voire des pensées noires. Il est important d'apprendre à les comprendre et de savoir en quoi elles sont reliées à nos émotions (voir la partie suivante : Alexythimie). Ces pensées vont entrer dans une chaîne de raisonnement, qui est le schéma, et qui va les faire grossir, comme des bulles. Ces bulles, toujours à cause du schéma, vont être concrétisées par une action immédiate qui ne va pas être en accord avec nos valeurs et qui vont nous faire du mal. Cette traduction d'une pensée automatique en action, on va l'appeler « Hameçon ».

↓ tw auto-mutilation, pensées suicidaires, dissociation

Lorsque l'on agit sur des pensées automatiques négatives, la prise de décision éclairée est perturbée, et l'on peut être amené·e à des actions négatives : isolement, auto-mutilation, comportements suicidaires.

Courte parenthèse à propos des pensées suicidaires et de l'automutilation, pour les personnes qui y sont sujettes. Je vous conseille la lecture du zine « [Se Faire Mal](#) » du [Projet Icarus](#)<sup>13</sup> qui permet de mieux comprendre ce que l'on se fait, de quelle manière l'éviter, etc. ainsi que le visionnage de la chaîne [Selfharmerproblems](#)<sup>14</sup> ou encore des alternatives aux méthodes traumatisantes [ici](#)<sup>15</sup>. Courage à vous.

13 <https://icarus.poivron.org/se-faire-mal-hurting-yourself/>

14 <https://www.youtube.com/c/Selfharmerproblems/videos>

15 <https://mxdandelion.medium.com/alternatives-%C3%A0-l'auto-mutilation-e4c1aae6802c>

Parfois, pour éviter ces actions, on rentre en dissociation. On est alors incapables d'agir sur quoi que ce soit . C'est un évènement très intense physiquement et psychologiquement, mais qui est quelque part une porte d'évitement. Je ne vois pas (ou du moins plus) mes dissociations comme quelque chose de négatif ; ce sont des témoins d'une grande détresse psychologique, et c'est comme si mon cerveau essayait de se mettre en *safe mode*. Malheureusement il arrive que ces dissociations soient trop fortes, et, couplées à l'alexithymie et la sensation de vide, on veuille avoir recours à l'auto-mutilation pour « ressentir quelque chose ».

↑

Il faut donc apprendre à combattre ce « hameçonnage » pour faire en sorte que les pensées envahissantes se traduisent en actions qui ont du sens pour notre morale. Par exemple, si dans le quart inférieur droit de la matrice on a des idéaux de solidarité, d'adelphité, ou d'action contre les oppressions, il faut réussir à pousser les pensées dans le quart supérieur droit. Quand j'ai des sensations de vide, dévaluantes, ou l'impression que l'on va m'abandonner, je peux par exemple essayer d'aller dans la même pièce qu'un·e proche disponible. Peut être en ressortira une conversation banale, peut-être sera-ce un bon moment pour échanger sur votre état du moment, ou sur une série que vous venez de voir. Dans tous les cas, ça aura créé du lien, de la communication (verbale ou non verbale) et *in fine* de la solidarité.

Cette phase d'échappatoire aux Hameçons est longue et fastidieuse, je n'en suis moi-même qu'au début. Quand on commence, une solution entre le Hameçon et le Remodelage peut être l'évitement ; plutôt que subir de l'anxiété sociale dans un groupe, partir, ou plutôt que de se confronter au vide, dormir, parfois à grand coup de médicaments. Cette phase est okay, aussi. On est pas obligé de combattre les Hameçons toute la journée.

Au fur et à mesure de ce remodelage, et de l'assouplissement du schéma, les pensées automatiques vont arrêter de se transformer en actions néfastes, voire disparaître tout court, au profit de pensées qui ne sont pas en décalage avec nos valeurs (quart inférieur droit de la matrice) : ce sera un grand pas de fait dans la guérison, ou au moins dans l'accommodation du C-PTSD.

## 5. Alexithymie

La définition de l'alexithymie est une difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions, ou celles d'autrui. Elle est souvent associée au C-PTSD mais est commune à bien d'autres troubles.

Chez moi, ce sont tous mes affects qui sont impactés. J'arrive à raisonner pour savoir si oui ou non je suis d'accord avec quelque chose politiquement, mais impossible de savoir ce que je ressens au plus profond de moi. Quand on m'interroge sur mon ressenti (« *comment tu te sens ?* »), sur mes émotions (« *comment ça va ?* ») ou sur mon vécu (« *c'était bien cet évènement ?* »), je bloque complètement. Je n'ai aucune idée de comment je vais, de comment je ressens les choses. Ma stratégie d'évitement est bien sûr de faire semblant en pensant dire ce que je pressent que la personne qui me demande pense :

- Comment ça va ? Est-ce que je suis censée répondre que cette question me cause une immense panique interne parce que je ne sais pas ce que je ressens ? Et puis si je répond ça, la personne va me trouver « dérangée », ne va pas comprendre. Alors je réponds une réponse générique « *oh ça va, un peu fatiguée mais ça va.* »
- Comment tu te sens ? Pareil, est-ce que les gens « normaux » ont vraiment une réponse à cette question ? Je vais répondre un peu comme tout le monde autour de moi, mais en laissant transparaître un peu mon anxiété générale, au risque d'amener d'autres questions: « *oh un peu stressée comme d'habitude...* »
- C'était bien cet évènement ? Je ne sais pas si j'ai aimé ou non. Bon, les gens avaient l'air de s'amuser, il y a pas eu de grand problème je crois, je vais répondre « *ouais c'était trop chouette !* »

Pour développer un peu ça, je vais parler pâtisserie : le problème de la tarte au citron (tw nourriture)



C'est un extrait de mon journal de bord de ma première hospitalisation.

## La tarte au citron

### Tw suicide, anxiété

La plupart du temps, je ne sais pas quoi faire, ni ce que je veux. En fait, je suis une marionnette vide, sans désirs ou émotions, et je ne bouge que quand quelqu'un·e me met en mouvement. Je reste sinon inactive, ayant comme seule occupation soit des automatismes (tricot, série, donc des choses que je peux avancer petit à petit sans réfléchir ni échouer), soit des choses de ruminations. Après ou pendant les automatismes, je me sens mal, et les angoisses peuvent repartir de plus belle. Bon, ok, c'est parti pour quelques questions d'angoisse qui tournent jour et nuit dans ma tête.

Ais-je des goûts, des passions ?

Est-ce que tout le monde a les mêmes questions sur les déterminismes sociaux de l'affect ?

Si oui, est-ce que quelqu'un·e peut vivre en ignorant la réponse ?

Ou alors, tout le monde a eu un guide, littéralement un petit livret explicatif, qui serait intitulé quelque chose comme « LES 100 REGLES ET REPONSES POUR VIVRE UNE EXISTENCE SEREINE ET NORMALE » ?

J'ai juste pas eu ce qui par erreur. Mais si personne ne m'en a parlé, c'est sûrement qu'on me le cache volontairement. Soit je suis un divertissement ou une expérience qu'on me fait subir pour voir ce que ça fait de vivre sans sérénité soit... soit je suis juste mal et j'ai aucune idée de pourquoi.

Si ça se trouve il n'y a même pas de raison. Ce serait décevant. Ce n'est pas très "scientifique" mais l'hypothèse qu'il n'y a pas de complot ne me satisfait pas parce que dans ce cas je ne comprendrais simplement pas. Cependant, l'idée d'un complot, bien que corroboré par bien des preuves, n'est pas satisfaisante politiquement. Déjà métapolitiquement, si je suis contre les individualismes, car anarchiste libertaire à tendances matérialistes, qu'est-ce que ça dit de ma solidité politique de me penser possiblement, d'angoisser sur la possibilité, d'être au centre d'un montage social, un *panoptikon* de Foucault inversé. Si je crois à la fois, ensuite, à ce complot social, et à mes opinions politiques : qu'est-ce qui est vrai, en dehors de ma propre perception ? Si les rapports de force, les oppressions et les systèmes de classe ne sont que mon imagination, pourquoi se fantasmer un capitalisme, un patriarcat... Si la société est issue de mon imagination, à quel point est-ce destructeur de la penser ?

Etrangement, je suis capable de douter de l'existence absolue de mon entourage mais je doute de moins en moins de mon identité. Je ne sais pas pourquoi, ni si c'est une bonne chose de se trouver sur UNE vérité et de s'y figer. Bien sûr je doute, mais dans l'enceinte de ma propre rationalité. Un doute sur mon identité de genre ne m'amène pas autant d'angoisse, seulement de la dysphorie, et des questions sur la bonne foi des gens qui me « valident » habituellement. Politiquement, je sens que je me stabilise, en restant vigilante à ne pas me figer.

Mais finalement c'est logique. Ma politisation, mon identité de genre et tout ça, c'est avant tout des modes d'interaction en société à courte distance. Bien

sûr, je peux faire douter mes certitudes proches, et faire répercuter le doute sur mes certitudes de plus longues distances. Peut-être que je dis de la merde aussi.

Toujours est-il que ce qui est de mon intérieur me paraît toujours affreusement impalpable. Mes pensées : est-ce que j'écris, je dis, ou même me rends compte de ce que je pense comme je le pense ? Forcément, il y a un filtre, une retenue sociale, voire un mode de perception propre (schéma) qui les altères, mais tant que je ne connaîtrais pas ce filtre, impossible de savoir ce que je pense vraiment. D'où la question ; pense-je ? Mes passions : idem. Comment puis-je prétendre aimer quelque chose ni quelqu'un·e ? Deux possibilités : soit je confronte la chose à mon vécu similaire et, selon leur impact, j'estime que je peux dire aimer la chose de manière absolue, soit, à posériori, en essayant dans ce cas exact et en mesurant l'impact, positif ou négatif.

Les deux méthodes requièrent l'accès à l'introspection et au filtre du « pense-je », et une évaluation, forcément elle-même biaisée, de l'impact passé ou immédiat.

Plus concrètement, puis-je dire « j'aime faire de la mécanique avec mes amies » ? Est-ce que l'impact était par le passé positif parce qu'une forme de mimétisme social, en accordance avec certaines valeurs potentiellement, avais compris pour moi que cela m'avait plu, parce que j'avais vu que, le fait que ça me plaise, faisait plaisir à mes amies et, ne connaissant pas mon propre bonheur, je me contente d'une jauge d'observation externe, potentiellement encore plus biaisée (mais avec un moins grand écart-type de mesure sûrement), celle de mes ami·es. Autrement dit, ne copie-je pas les affects des autres ? Est-ce ainsi que l'on est censé·es fonctionner ? Ou aurait-on des affects essentialistes, car non déterminés socialement ? Je crois très peu à cette seconde possibilité, mais la première relève d'autres questions. Il est donc fortement improbable que l'on puisse comprendre entièrement la construction des affects, même en ayant compris le filtre de perception et celui d'introspection, car les sources l'affectant sont d'infinie diversité. Alors, comment pourrait-on accéder à une approximation du premier ordre de ces affects et de leur construction, pour pouvoir répondre à la question « qu'est-ce que tu aimes ? » de manière satisfaisante et sans lancer une crise d'angoisse.

Second exemple (le premier étant 'la mécanique avec mes amies') : puis-je dire « j'aime la tarte au citron » ? (fonctionne avec tous types de tartes).

Si j'aime, est-ce parce que j'ai rencontré plus de gens qui aiment que de gens qui n'aiment pas (pondéré par la force du lien social entre moi et ces gens, positif ou négatif) ? Dans ce cas, ce n'est pas « j'aime la tarte au citron », mais « on m'a dit implicitement d'aimer la tarte au citron », ce que PERSONNE ne dit. Est-ce donc un adage commun que « j'aime » signifie une abréviation de commodité de « la pression sociale m'a donné d'aimer » ?

Vient ensuite la question du SUJET. De QUELLE tarte au citron parle-t-on ? Meringuée, mangée en hiver, alors qu'on a faim, chez soi ? Ou alors une tarte simple, consommée en terrasse d'un café mais avec une personne excécrable et un café ? Peut-être que cette qui est le sujet de la question « aimes-tu la tarte au citron ? » n'est encore aucune de ces deux tartes, que la pâte était brisée et non feuilletée. De quelle tarte au citron on parle ? Dans quel contexte ? Tout peut être excécrable, et presque tout peut être exquis.

Enfin, si l'on suppose que l'affect de la tarte au citron n'est pas une pression sociale ET que le sujet est défini infiniment précisément, cela suppose que l'on a des goûts essentialistes. Ce qui ne veut pas forcément dire fixes, mais qu'aucun facteur social ne saurait altérer. Dans ce cas, il reste la question des filtres perceptifs et introspectifs, qui fait que l'on ne sait pas si 1) le goût apprécié de la tarte est bien uniquement celui de la tarte au citron et non altéré par le contexte 2) Le goût ou non de la tarte est-il bien celui que l'on lit quand on se pose la question. Autrement dit, n'a-t-on pas *overthink* ou *underthink* pour répondre à la question ? Tant que l'on ne connaîtra pas ces filtres e, et même en ignorant la pression sociale et l'imprécision du sujet, impossible de savoir si l'on aime la tarte au citron. Et en somme, la réponse pour vivre tout de même avec ces questions a beau m'être inconnue, ce n'est pas ça qui m'angoisse le plus quand on me demande si j'aime la tarte au citron.

En effet, le fait même que la question soit posée implique que l'interlocuteur·ice veut une réponse, concise si possible, et non une dissertation sur les affect. Iel veut cette réponse pour pouvoir la confronter éventuellement à son propre affect. Cela suppose donc qu'iel s'attend à ce que je connaisse la réponse, voire qu'iel connaît sa réponse personnelle.

Et là est la catastrophe ! Est-ce que tout le monde qui pose une question sur les affects en connaît, sinon les réponses, au moins les mécanismes ? Est-ce que tout le monde outrepassé ces questions ? Dans ce cas, est-ce parce qu'on leur a expliqué comment les outrepasser, ou y répondre, ou se passer de réponse, ou de question, dans le guide des « 100 REGLES ET REPONSES POUR VIVRE UNE EXISTENCE SEREINE ET NORMALE » ?

Autrement dit: pourquoi est-ce que les questions d'affect me font douter de tout, alors qu'elles sont évidentes pour les autres ?

*Tu veux plus de soupe ?*

*Ça va ?*

*Tu aimes quelqu'un·e ?*

*Tu as mal ?*

*Tu en penses quoi ?*

*Kiwi ou mandarine ?*

*Choisis le thé.*

*Ça va mieux ?*

*Tu ressens quoi ?*

*Quelles sont tes passions ?*

*Quel est ton groupe préféré ?*

*TU AIMES LA TARTE AU CITRON ?*

Ces questions sont un enfer, et je ne sais pas si un jour je saurais vivre autrement qu'en paniquant. Je préférerais mourir.

## 6. Accomoation

*Cette partie est difficile pour moi à écrire, car je me sens au plus proffond du gouffre du désespoir de m'en sortir un jour. Mais j'ai eu la chance d'avoir la relecture d'Eli qui nous donne ici quelques pistes.*

### ↓ tw automutilation, pensées suicidaires

C'est une interprétation de ce qui se passe qui met en valeur un jugement négatif de ces actions/pensées. C'est aussi possible d'y penser de manière valorisante (comme dit précédemment dans le texte avec « *Je ne vois pas (ou du moins plus) mes dissociations comme quelque chose de négatif ; ce sont des témoins d'une grande détresse psychologique, et c'est comme si mon cerveau essayait de se mettre en safe mode* »). C'est possible pour les autres réactions aussi : « je m'isole parce que là je suis incapable de gérer ce qu'il peut se passer en lien avec les autres et j'ai besoin de me couper de potentielles réactions négatives », « je m'auto-mutile parce que là j'ai besoin de... », « j'ai des pensées suicidaires parce que ça me laisse mentalement une porte de sortie pour me dire que non je ne suis pas obligée de continuer à subir tout ça » ; donc réactions logiques, utiles à un moment. Y penser comme des choses logiques et aidantes, ça m'a permis de ne pas me rajouter une couche de plus de culpabilisation / dévalorisation de moi-même.

Ça ne veut pas dire que ces pensées/actions n'ont pas *aussi* des effets négatifs. Je peux aller plus loin en me disant « mes (ré)actions de survie actuelles ne me font pas que du bien, comment je peux faire pour éviter les interactions difficiles sans m'isoler ? Ou alors pendant combien de temps max c'est ok pour moi de m'isoler ? Comment je peux ressentir le même effet soulageant que me procure l'automutilation sans me faire du mal ou me mettre en danger ? Comment je peux garder mes pensées suicidaires à distance et trouver d'autres portes de sortie qui fonctionnent aussi ? Ou alors comment je peux faire pour m'autoriser à ressentir/penser ça sans me mettre en danger ? »

↑

### ↓ tw mention de suicide et d'alcoolisme

Dans les ressources « psy » qui m'ont apporté des clefs de compréhension, il y a aussi la thérapie narrative. En thérapie narrative, il y a l'idée qu'on se raconte des histoires sur nous-mêmes, et que parfois on s'enferme dans une histoire. Par exemple quand on dit « je suis alcoolique » ou « je suis suicidaire », comme si c'était un Fait Immuable qui nous définissait A Jamais. Ce travail de thérapie consiste à réécrire sa propre histoire, la façon de se penser soi-même, par exemple en se disant « en ce moment, je bois tous les jours » ou « j'ai eu des pensées suicidaires aujourd'hui », qui invite à plus d'indulgence quelque part, se dire que c'est comme ça là maintenant aujourd'hui parce que telle et telle très bonne raison et que ça peut changer.

Il y a aussi eu le livre « Psychothérapie de la dissociation et du trauma » sous la direction de Joanna Smith, qui m'a notamment permis de comprendre que la dissociation ce ne sont pas que des symptômes « hypo » mais aussi des symptômes « hyper » (ce livre est très loin d'être parfait, ça dépend des articles mais ça reste écrit par des personnes qui se situent surtout du point de vue psychiatrique, mais en tout cas ça va bien en profondeur sur la dissociation en lien avec le PTSD et sur les principes derrière les différentes pistes de thérapie psy en lien avec les traumas : EMDR, ICV, SE, thérapie des schémas, IFS, hypnose).

Dans les ressources « pas psy », il y a eu l'autodéfense féministe et le féminisme en général, qui a eu une grosse importance dans le changement de mes schémas de pensée (oui le monde est

dangereux, mais je peux me défendre / non je ne vais pas faire que souffrir). Dans ta brochure, tu expliques bien à quel point c'est important d'avoir ce point de vue systémique des violences du patriarcat, je me demande souvent si les gens se rendent compte à quel point ça fait du bien d'entendre ça quand on a des traumatismes.

Et les réseaux de soutien que tu mentionnes aussi. Apprendre à exprimer « mon fonctionnement » aux autres. Puis me retrouver avec des gens très têtus qui me pointaient du doigt encore et encore que là c'était mon interprétation mais pas la réalité / que non ils ne m'abandonnaient pas (et que les gens d'avant c'était des connards), avoir un autre schéma qui s'installe parce que je vois de manière répétée que ça peut se passer autrement, apprendre à mieux m'entourer.

On m'a aussi fait remarquer que dans les moments de crise je pensais que j'allais mal « tout le temps », et qu'en fait c'était pas vrai. J'ai commencé à noter les choses pour pouvoir me rendre compte de en fait est-ce que c'est toute la journée / est-ce que c'est tous les jours / à quelle intensité / c'est lesquelles de pensées/émotions qui sont là ou non, et ça m'a permis d'avoir une meilleure compréhension de qu'est-ce qui se passait quand.

## Conclusion

J'espère avoir réussi à dépeindre une image réaliste de ce qu'une personne trans avec un C-PTSD peut vivre. J'espère également que les pistes d'accommodation dont on a parlé, et les outils présentés pourront améliorer au moins un peu le vécu de personnes trans avec un C-PTSD ou un diag TPB.

Il est important que l'on s'organise collectivement pour :

1. Faire connaître les symptômes et aménagements du C-PTSD/TPB pour que les adélphes en étant atteint·es puissent s'identifier
2. Faire en sorte, par le réseau et la solidarité communautaire, d'extraire et décentrer la gestion de ces troubles pour que les adélphes puissent mieux vivre en dehors d'un parcours psychiatrique, souvent violent, inadapté et dépolitisé
3. Apprendre à mieux gérer ensemble les moments de crise
4. Faire reconnaître le cispatricat comme un système de violences traumatiques à l'encontre des minorités, et lutter pour sa disparition

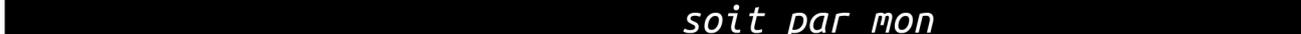
Pages de couverture par Lou

Rédigé par Lou, complété par Eli

Illustrations de @camemb

Merci à toutes les relecteurices

Retours bienvenus sur [charlie\\_brt@riseup.net](mailto:charlie_brt@riseup.net)



*"Je suis à peu près certain qu'une bonne partie de mes maux sont créés, et amplifiés soit par le capitalisme ou le patriarcat soit par mon échec de lutter contre eux"*

*carnet de bord d'hospitalisation, Lou, janvier 2021*



*Cette brochure a pour but d'explorer la politisation de nos troubles d'une manière déculpabilisante et anti-psychiatrie. Ici, j'essaye de mêler mon vécu à ma santé mentale pour questionner le diag du trouble de la personnalité borderline, et de voir, dans un vécu transféminin, comment il agit comme un dépolitisateur.*

*Dans nos luttes, dans nos têtes, dans nos cicatrices, on peut en vouloir au cispatriarcat de nous avoir fait traverser tant de traumas, et qui aujourd'hui peut nous nuire, nous faire mourir.*



*Luttons aujourd'hui dans la solidarité, pour contrer les effets de ces traumas, pour rester vivant·es. Luttons également contre le cispatriarcat et tous les systèmes d'oppression qui traumatisent toujours nos adelphe·s.*

*S'il nous a mis·es à genoux, coupons-lui les jambes.*

*Brochure écrite par Lou  
Illustrations intérieures par @camembd*

