

Psychothérapie bifocale d'un cas limite

Michel Decker¹
Cécile Prudent²

¹ Psychiatre des hôpitaux, Chef de Pôle,
CH de Jury, 57073 Metz cedex 3, France

² Psychologue clinicienne,
Docteur en psychologie clinique,
Université de Lorraine,
Laboratoire Interpsy,
23, bd Albert-1^{er},
54015 Nancy cedex, France

Rubrique dirigée par Martin Reça

Résumé. Le trouble *borderline* de la personnalité (TBP) constitue une configuration psychopathologique exposant les personnes atteintes et les équipes soignantes à des prises en soin complexes, volontiers émaillées d'échecs, particulièrement en institution. Est présenté le cas d'une jeune patiente « état limite » sévère, durablement hospitalisée, traitée depuis quelque temps par une thérapie bifocale inspirée de la psychothérapie focalisée sur le transfert de Franck Yeomans, inscrite dans la filiation théorique-pratique d'Otto Kernberg. Les résultats constatés prêtent à un certain optimisme, faisant espérer une sortie de l'univers hospitalier contraint.

Mots clés : cothérapie, état-limite, cas clinique, transfert, contre-transfert, Otto Kernberg

Abstract. Bifocal psychotherapy in a borderline case. Borderline personality disorder (BPD) is a psychopathological configuration that exposes the individuals affected – as well as care teams – to complex care arrangements, often characterized by a series of failures, particularly on an institutional level. We present here the case of a young female patient suffering from severe BPD who has been hospitalized over an extended period and who has been treated for some time by means of a bifocal therapy inspired by the transference-focused psychotherapy of Frank Yeomans, included in the theoretical and practical filiation of Otto Kernberg. The results observed lend themselves to a certain degree of optimism, raising hopes that the patient could depart from the restrictive hospital environment.

Key words: co-therapy, BPD, clinical case, transfer, counter-transfer, Otto Kernberg

Resumen. Psicoterapia bifocal de un caso límite. El trastorno *borderline* de la personalidad (TBP) constituye una configuración psicopatológica que expone las personas que lo sufren y los equipos de atención a unas decisiones atencionales complejas, a menudo salpicadas de fracasos, particularmente en las instituciones. Se presenta aquí el caso de una joven paciente "estado límite" severo, hospitalizada para durar, tratada desde hace algún tiempo con una terapia bifocal inspirada en la psicoterapia centrada en la transferencia de Franck Yeomans, inscrita en la filiación teórico-práctica de Otto Kernberg. Los resultados constatados dan pie a cierto optimismo al hacer esperar una salida del universo hospitalario obligado.

Palabras claves: co-terapia, estado límite, caso clínico, transferencia, contra-transferencia, Otto Kernberg

L'entité clinique « état-limite » ou « *borderline* » est polymorphe, d'une indiscutable complexité, au périmètre variant selon les références théoriques utilisées [1, 2].

Nous présenterons le cas d'une jeune patiente porteuse de cette étiquette nosographique, *in fine* retenue au détriment de celle de « psychopathie » voire « sociopathie » parfois mise en exergue au cours de son parcours chaotique.

Nous essayerons de saisir l'évolution du projet thérapeutique appliqué à son cas en nous inspirant de l'approche prônée par Otto Kernberg [3] telle que formalisée par Frank Yeomans [4] sous la forme de la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT).

Nous exposerons tout d'abord le parcours de Deborah, les problématiques clinique et institutionnelle posées ; puis, après un exposé succinct des grands axes

de la PFT, nous livrerons les éléments recueillis lors du travail psychothérapique paraissant significatifs, la discussion subséquente, pour risquer enfin quelques points conclusifs.

Histoire et parcours institutionnel de Deborah

Deborah est une jeune patiente de 24 ans qui accumule déjà des antécédents psychiatriques graves. Dès l'âge de trois ans, elle est placée en famille d'accueil sous l'égide de l'aide sociale à l'enfance, afin de l'extraire d'un milieu familial pathogène ; elle y aurait subi des attouchements sexuels répétés de la part de son père et sa mère souffrait de schizophrénie ; elle a un frère de deux ans son aîné, également psychiquement perturbé, vivant dans le sud de la France, avec lequel elle n'a pratiquement pas de contacts ; ses parents sont décédés, le père en 2010, la mère en 2014 par intoxication médicamenteuse volontaire ; Deborah a des demi-frères et sœurs,

Correspondance : M. Decker
<michel.decker@ch-jury.fr>

sans ancrage relationnel. Une fois sortie de la famille d'accueil, elle a été placée dans plusieurs foyers, scolarisée jusqu'en classe de troisième, sans avoir passé le brevet des collégiés ; elle a pratiqué divers petits boulots, toujours brièvement, sanctionnés par des échecs.

Elle est connue de l'établissement depuis juillet 2010, où elle fut admise en service d'adolescents, pour trouble des conduites sociales, puis en service d'adultes une fois atteint l'âge limite. Là, elle a connu diverses structures de soins au gré des tableaux cliniques et autres évolutions institutionnelles émaillant son parcours globalement instable : unités d'admission fermées et ouvertes, unités de réhabilitation, structures protégées, hospitalisations séquentielles. Les tentatives d'hébergement, protégé ou non, ont toutes échoué, Deborah s'ingéniant à attaquer d'emblée le cadre aidant mis en place, pour aboutir à l'inévitable exclusion. Il lui est arrivé fréquemment de fuguer, d'exiger sa sortie contre avis médical, de résider quelque temps (plutôt bref) avec quelque connaissance pseudo-amical, sans parvenir à s'y maintenir en dépit des soutiens ambulatoires concomitamment offerts par les CMP concernés.

Inutile de préciser que les séjours hospitaliers, nombreux et souvent longs, sont régulièrement ponctués de mesures d'isolement thérapeutique, compte tenu de ses écarts auto- et/ou hétéro-agressifs développés tant avec les autres patients qu'avec certains membres du personnel soignant soumis à rude épreuve.

Car la symptomatologie morbide présentée par Deborah consiste en des passages à l'acte à type d'automutilations itératives (cou, avant-bras, face, dos), insultes graves, menaces de mort.

Elle verbalise aussi volontiers des idées pseudo-délirantes teintées de thématique ésotérique, vampirique, satanique, voire lycanthropique, et exhibées comme manipulation pour renforcer son statut de personnage dangereux.

Il lui arrive d'éprouver des mouvements affectifs et passionnels envers des infirmières, pouvant revêtir une allure érotomaniaque, situations imposant parfois des mesures protectrices. Son trouble de l'identité est manifeste, y compris dans le registre du genre, Deborah se vivant à l'occasion plutôt comme un homme, son hirsutisme secondaire à un dérèglement endocrinien (hyperandrogénie par microkystes ovariens) pour lequel elle est suivie et traitée lorsqu'elle y consent, y contribuant pour une part. Elle arbore alors volontiers une allure de garçon manqué et affirme une appétence particulière pour les métiers à risque et les sports extrêmes. Mais au-delà de cette apparence de « dure à cuire », Deborah fait montre d'une insatiable avidité affective, jamais comblée, affiche une mentalité altruiste, toujours prête à se dévouer pour autrui, s'immisçant de ce fait dans les prises en charge de ses « camarades pavillonnaires » afin de les soutenir, voire de les inciter à la révolte contre telle mesure ou contre tel traitement. Cela ne l'empêche pas pour autant de passer brutalement de

cette attitude bienveillante à une franche hostilité illustrée par force injures ou autres écarts.

On constate ainsi une trajectoire marquée par l'échec perpétuel, la répétition mortifère et le risque de sur-enchère installant la patiente dans un cercle infernal la condamnant à l'institutionnalisation définitive, le cas échéant enrichie à plus ou moins brève échéance de séjours en unité pour malades difficiles qui renforceraient à n'en pas douter sa réputation de patiente de plus en plus dangereuse.

D'autant que les diverses tactiques thérapeutiques utilisées jusqu'ici n'ont jamais donné de résultats tangibles. Ainsi en matière de psychotropes, Deborah a absorbé neuroleptiques de première et deuxième génération, thymorégulateurs à visée agressolytique, tranquillisants, antidépresseurs sans autre effet que modérément symptomatique ; quant aux activités médiatisées, elle ne s'est jamais montrée observante dans la durée, toujours prompte à attaquer le cadre thérapeutique et à se faire exclure. Peut-être un accès à des sports dits extrêmes, susceptibles de procurer des sensations fortes dont l'éprouvé impacterait favorablement un *self* si facilement sujet à la rupture, reste-t-il une possibilité à explorer ?

Deborah connaît l'institution sur le bout des doigts, elle dit parfois « *l'hôpital c'est ma famille* », reconnaissant son incapacité à vivre seule ; elle a assimilé le jargon psychiatrique et l'utilise à l'envi non sans une complaisance certaine. Son mode relationnel est caractéristique, oscillant entre une volonté affichée d'altruisme, soucieuse de soutenir les patients vulnérables, et des attitudes manipulatrices et clivantes, semant en un rien de temps la zizanie au sein de l'unité jusqu'à susciter le rejet et parfois l'exclusion au motif qu'elle perturbe les patients. Deborah se montre au demeurant paradoxale, voulant en même temps quitter l'hôpital qui n'est pas fait pour elle et y rester continuellement parce que c'est sa famille. D'une instabilité majeure, elle exige un changement d'unité dès que les relations se gâtent avec le personnel et/ou avec les autres patients.

Depuis quelques temps déjà, elle est hospitalisée sur le mode de la contrainte, en unité fermée, et nous avons refusé fermement tout changement de structure, soucieux de préserver un cadre fixe. La récente mainlevée de ses soins sans consentement prononcée par le juge des libertés pour cause de vice de forme ayant trait au délai de notification de la mesure contraignante, a entraîné une réaction de la patiente illustrative de la position paradoxale sus-évoquée : « *Je suis en soins libres, vous ne pouvez pas m'empêcher de partir... Remettez-moi en SPDT* ».

Nous maintenons le cap : son hospitalisation (réinstaurée sur le mode des SPDT afin de pouvoir pratiquer la contenance indiquée si besoin) restera ancrée dans la même unité tant que son état n'aura pas progressé de façon significative pour envisager un nouveau passage

en unité de réhabilitation. Elle dispose au demeurant d'une certaine liberté d'aller et venir, ce dont elle use d'ailleurs sans excès et sans tentative de fugue. Nous restons en contact avec sa curatrice qui n'accepte de travailler à un projet d'alternative que s'il s'agit de structure protégée type appartement thérapeutique.

Voici donc le résumé de l'observation : Deborah, au trouble *borderline* de la personnalité, au passé très carencé, ayant sans doute subi l'inceste dans sa prime enfance, placée précocement, hospitalisée en psychiatrie depuis l'âge de 17 ans, au parcours émaillé d'essais de sortie tous voués à l'échec de par la récurrence de conduites agressives.

Face à ce constat de sombre pronostic, mais devant le jeune âge de la patiente et la qualité de ses capacités cognitives, nous avons voulu tenter une démarche nouvelle, d'ordre psychothérapique, bifocale, c'est-à-dire menée de concert par le psychiatre institutionnel et une psychologue clinicienne la rencontrant régulièrement dans le service sans faire partie de l'équipe soignante. La référence théorique choisie s'inspire de l'enseignement de Frank Yeomans [4] dans la lignée d'Otto Kernberg [3]. Cette initiative a pu être encouragée à l'écoute de certains propos de Deborah : « *Je veux quitter cet hôpital, je ne suis pas malade mentale, j'ai juste un problème de personnalité, voir tous ces schizophrènes me rappelle ma mère, ça me fait du mal* ». . . « *Je ne suis pas prête pour vivre seule, j'aurais trop peur, je me détruirais* », tout en considérant que la réussite de ce type de projet requerrait un minimum de changement de son fonctionnement mental. Deborah semble comprendre l'objectif proposé par la démarche, si l'on retient quelques confidences, faites entre deux coulées de larmes : « *Je souffre, ma souffrance est immense, je la cache derrière mon comportement pour qu'on ne la voie pas, mais elle est bien là* ».

Premier pas vers une dépressivité témoin d'une prise de conscience de ses affects douloureux ?

Avant d'aller plus avant dans l'exposé du travail psychothérapique entamé, nous exposerons quelques éléments du modèle théorique qui le sous-tend.

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) : principaux axes de compréhension (d'après l'enseignement de Frank Yeomans)

L'approche se fonde sur la théorie objectale de la pathologie de la personnalité, selon les conceptions d'Otto Kernberg [3]. Le changement espéré consiste à passer d'un sens de soi fragmenté à un sens de soi cohérent grâce à la prise en compte de l'expérience de soi et d'autrui dans l'ici et maintenant. Classiquement, la technique psychothérapique vise à établir un cadre sécurisant, contenant, et accroître la prise de conscience

des affects, interpréter les états de soi et d'autrui contradictoires. Ceci pour répondre à ce que Kernberg [3] a défini comme « identité diffuse » comportant les sentiments de vide et le manque de continuité de l'expérience vécue. L'impact de la psychothérapie se traduit par une consolidation de l'identité et une augmentation de la modulation émotionnelle.

L'organisation *borderline* de la personnalité se caractérise par l'identité diffuse, c'est-à-dire une structuration psychique marquée par la fragmentation plutôt que par l'intégration des représentations de soi et des autres ; le clivage en est la modalité défensive principale. La pathologie *borderline* se développe lorsque les expériences négatives dépassent les expériences positives et restent clivées, empêchant l'intégration. Le traitement visera ainsi à passer du clivage à l'intégration, à évoluer de la position schizoparanoïde à la position dépressive.

Comment ce changement peut-il être facilité par la focalisation sur le transfert ? Il s'agit d'activer les relations d'objet internes dans la relation avec le thérapeute, dans l'ici et maintenant. Un tel travail, proche du vécu, permet d'amener à la conscience les représentations de relations internalisées qui apparaissent entre le patient et le thérapeute : il y a dès lors des possibilités de travailler l'émotion, la perception en même temps que l'on encourage la réflexion. Ce procédé mène à l'activation d'affects et de conflits et il convient de faire sortir ces relations internes, d'aider le patient à tolérer leur prise de conscience, à les intégrer dans un ensemble cohérent et à généraliser l'expérience de la thérapie aux autres relations. Ce qui est espéré, c'est l'amélioration des capacités réflexives, la moindre prévalence du clivage, une consolidation de l'identité.

Pour ce faire, il est recommandé de proposer un contrat dont les fonctions sont d'établir la réalité de la relation thérapeutique, de définir les responsabilités du patient et du thérapeute, de protéger sa capacité de penser et de réfléchir ; de la sorte, le cadre peut devenir un objet transitionnel dans la vie du patient.

Cet aménagement rigoureux est susceptible d'entraîner nombre de manifestations de résistance, ce qui accroît les difficultés chez des patients narcissiques chez lesquels, paradoxalement, la non-relation est la relation.

Le thérapeute essaiera de conserver une neutralité technique et le rôle du contre-transfert est très important dans ce type de thérapie, source essentielle d'informations sur le monde interne du patient et sur les relations d'objet activées dans le transfert. Le thérapeute sert souvent de réceptacle aux projections du monde interne du sujet *borderline* : à lui de métaboliser les projections du patient dans le contre-transfert, de tolérer son expérience émotionnelle sans passer à l'acte.

De ce jeu transférentiel/contre-transférentiel ressort l'étape de la clarification assortie de l'invitation à la réflexion sur les contradictions repérées dans les propos du patient, référées à des aspects clivés du moi.

L'interprétation subséquente devient une hypothèse à propos des déterminants inconscients de l'expérience actuelle, avec l'espoir d'une reconnaissance par le patient de l'impact que des contenus inconscients peuvent avoir sur ses pensées, affects et comportements. L'objectif du processus d'interprétation est de diminuer la diffusion d'identité sous forme d'une intégration améliorant la capacité à réguler les affects, d'autoréflexion et de contextualisation de l'expérience.

En quelque sorte, le cycle interprétatif consiste à : aider le patient à clarifier son expérience émotionnelle consciente du transfert ; confronter le patient avec son expérience de la même relation objectale telle qu'elle a été activée en d'autres temps ; relier de façon interprétative les relations persécutrices et idéalisées avec le thérapeute, qui ont été rendues conscientes mais sont clivées ; tenter de comprendre les raisons d'être de ces défenses.

Éléments de la prise en charge bifocale de Deborah

Contribution de la psychologue clinicienne

Rappelons que l'intervention de la psychothérapeute se fait selon un cadre temporo-spatial fixe, contractuellement déterminé, garantissant à la patiente un espace de parole. La psychologue n'est en aucune façon impliquée dans la prise en charge institutionnelle de Deborah et ne se trouve nullement sollicitée concernant quelque projet que ce soit relatif à la patiente, ce qui lui permet de se concentrer sur le seul travail psychothérapique. Elle reste néanmoins en contact avec le psychiatre référent de Deborah pour faire le point régulièrement sur cette prise en charge bifocale.

L'utilisation initiale du test de Rorschach, maîtrisé par la psychothérapeute, a offert le double avantage de proposer une médiation amenée à faciliter l'établissement de la relation, et de fournir des éléments diagnostics et psychodynamiques : en effet, ces passations ont confirmé l'élimination des étiquettes parfois « collées » de perversion et/ou psychopathie, de même qu'elles ont fait constater l'organisation quasi-mélancolique sous-jacente, confirmant l'orientation diagnostique retenue.

Depuis l'instauration de cette prise en charge, Deborah a de temps à autre attaqué le cadre institué (départs intempestifs de la séance, refus de s'y rendre, etc.) sans toutefois parvenir à le détruire, la psychothérapeute garantissant sa présence aux rendez-vous convenus. Une fois confirmée la phase d'établissement suffisamment solide du lien thérapeutique, marqué du sceau de la confiance, les objectifs pouvaient se décliner à la faveur des mouvements transféro-contre-transférentiels émaillant l'évolution d'un travail psychodynamique approfondi. Ainsi la psychologue put, malgré la gravité du tableau clinique, constater l'existence d'un « squelette psychique » chez Deborah, la réelle présence de

ressources aptes à la mentalisation et à la symbolisation. L'enjeu était bien la verbalisation des affects envahissants, sachant que ceux-ci semblaient déjà être le produit d'une certaine évolution des pulsions. Au-delà de l'aspect diachronique convoquant un passé infantile très traumatique, dans l'ici et maintenant du transfert, était réalisable l'objectif d'une transformation des éléments traumatiques en pensées et en représentations « dicibles », une liaison des pulsions de vie et des pulsions de mort. Bien entendu la prise en compte du contre-transfert était essentielle, teintée de sentiments aussi différents que la fascination, la pitié, l'espoir, la colère, etc. Comme si une meilleure régulation émotionnelle chez la patiente ne pouvait qu'en passer par ces phases de débordements affectifs non sans effet chez une thérapeute authentiquement impliquée.

En guise d'illustration sont exposés ci-après des extraits de ces séances, parmi ceux qui paraissent les plus significatifs.

Lors de la première séance, Deborah m'explique qu'elle « *n'a pas de personnalité* », qu'elle est « *manipulatrice* », elle m'indique faire « *parler les gens pour les manipuler* » ensuite. À la fin de la séance, elle convient du fait que finalement elle a peut-être une « *personnalité avec différentes facettes* », et me confie qu'elle « *aimerait davantage se connaître* ».

Lors de la deuxième séance, Deborah est accompagnée par les vigiles de l'hôpital car elle n'est pas rentrée à l'heure pour notre entretien ; elle est en pleurs ; je suis gênée qu'elle se soit fait réprimander à cause de moi et je crains que ce ne soit une entrave au suivi ; elle dit qu'elle refusera l'entretien mais me serre la main longuement, ne la lâche que tardivement quand nos bras et nos bustes sont trop éloignés (ambivalence).

La patiente m'indique qu'elle va « *signer une décharge* » et qu'elle va « *se foutre en l'air comme ça tout le monde sera content* ». Selon Deborah, à l'évocation de son futur suicide, les infirmiers lui auraient répondu qu'ils « *ouvriraient une bouteille de champagne* » si elle le faisait ! Deborah a eu l'impression que son sort leur était égal, voire pire, qu'ils souhaitaient sa destruction. Selon moi, Deborah teste pour savoir au fond « *qui sont les gens* » et « *ce qu'ils ont au fond des tripes* », et lorsqu'elle menace de se suicider, une part d'elle se rend compte qu'elle désire vivre et que cela ne tient qu'à elle. Lors du second entretien, elle persiste à refuser de s'asseoir dans une salle au calme, elle hurle qu'elle est triste ; je lui explique qu'il serait intéressant d'en parler ; je la sens débordée par ses émotions, je veux l'aider et je ressens de la pitié pour elle (que j'élaborerais). Une heure plus tard, elle m'appelle pour s'excuser et m'indiquer avec une voix étrange qu'en réalité elle a une personnalité, mais qu'elle ne veut pas la révéler ; à ce moment-là, j'ai ressenti un sentiment d'inquiétante étrangeté ; elle m'a annoncé désirer continuer la thérapie malgré cet épisode ; elle m'a annoncé qu'elle se suiciderait et contrairement aux

infirmiers, je lui ai exprimé que cela me ferait beaucoup de peine, ce à quoi elle a répondu : « *Vous êtes psy, vous vous en foutez, vous avez l'habitude* ». Je l'ai rassurée sur le fait que non et désormais, après 9 mois de suivi, Deborah me croit et me fait confiance lorsque je lui exprime ce genre d'affect. D'ailleurs elle me l'a dit récemment « *J'ai confiance en vous Cécile* ».

Lors du troisième entretien, Deborah a exprimé le désir d'interroger sa lycanthropie ; elle m'a reniflé de très près, elle m'a d'ailleurs mise mal à l'aise. Je reculais et lui expliquais qu'elle me mettait mal à l'aise ; lorsqu'elle a voulu que je mette ma main dans sa bouche pour toucher ses « *canines pointues* », j'ai refusé, de même lorsqu'elle m'a demandé si nous pouvions nous tutoyer, j'ai accepté qu'elle le fasse mais j'ai conservé et conserve toujours le vouvoiement (Deborah me tutoie). Le lien se crée, se renforce.

À partir de la quatrième et de la cinquième séance, Deborah commence à déployer sa personnalité ainsi que sa façon de comprendre le monde et je repère un squelette psychique.

Deborah évoque aussi à plusieurs reprises, lors des quinze premières séances, un rêve, ou plutôt un cauchemar, très important, fait enfant. Il s'agit selon moi d'un rêve en lien avec ses traumatismes infantiles sexuels, car ne l'oublions pas, son père aurait été incestueux, violent par plusieurs moyens (sexuel, physique, moral), invoqué par Deborah comme le pacte qu'elle a fait avec le diable. Deborah a fait ce rêve récurrent, qu'elle n'oubliera jamais, d'une petite fille avec la chevelure de couleur noire dont elle retrouvera régulièrement les cheveux au fond de son lit le matin au réveil, alors qu'elle vit avec un petit ami. Deborah fait également un rêve dans lequel elle est représentée sous une table avec « *un truc moitié homme moitié loup* » qui « *a passé le pas de la porte* » et cela l'effraie et l'engage dans « *un autre monde* ». La petite fille aux cheveux noirs lui a fait promettre de « *ne jamais tuer d'humain* » et lui a fait réciter « *Ave Satanas* », raison pour laquelle Deborah a interdiction de tuer malgré son envie irrépressible. Lors de la 25^e séance, Deborah me parle toujours de ce pacte auquel elle est tenue et qui serait selon elle « *un test des forces de l'au-delà* ».

Son explication est la suivante : « *Si c'est un loup, c'est une punition stupide* » ; elle m'a demandé d'ailleurs de me renseigner sur la raison pour laquelle « *Le diable est le roi de l'enfer* » et pense avoir fait LE mauvais choix, raison pour laquelle « *on lui fait payer* ».

En plus de ces légères distorsions des liens à la réalité, mais non délirantes, car en lien avec son activité onirique, Deborah a peur de « *devenir schizophrène si je me rappelle un jour de ce que mon père m'a fait* », alors elle évite à tout prix d'y penser en quelque circonstance. Mon travail sera de lui permettre d'accepter la réalité, aussi violente qu'elle soit et à son rythme. En outre, lors des dernières séances (20 à 25), Deborah commencera à évoquer le fait que son père lui faisait « *faire*

le chien » et elle dit avoir entendu et toujours entendre le bruit d'un marteau-piqueur pendant que son lit bougeait. L'histoire s'élabore et elle commence à lui donner sens. « *Peut-être est-ce que j'ai préféré coller le bruit des marteaux-piqueurs plutôt que de me souvenir que mon père me faisait du mal. . .* », m'a-t-elle dit lors de la 23^e séance.

Un autre rêve, fait pendant la thérapie, m'a interpellée de par sa violence, mais aussi car il nous a permis de travailler sa crainte de passer de la victime au bourreau, et de se transformer elle-même en « *violeuse* ». En réalité, Deborah est encore partagée entre le désir de « *tuer un pédophile* » ou le désir de « *tuer une blouse* ». Cependant, lors de la 26^e séance, Deborah a finalement admis que sa haine des pédophiles et des violeurs était légitime. Elle m'a livré son rêve ainsi : « *Une infirmière m'avait fait sortir avec une voiture, au retour les patients étaient là et c'était les patients qu'elle avait tués* » ; Deborah pense que c'est un rêve prémonitoire, elle pense être restée là à rêver pendant huit heures, « *Je suis désespérée, je crois que je suis malade, en plein délire, j'espère que tout ça c'est un délire* ». Je lui demande si elle préférerait délirer, ce à quoi elle répond « *Oui comme ma mère* » (Deborah me rappelle régulièrement que sa mère était hospitalisée ici même) « *J'en suis même sûre que c'est du délire, je suis psychotique, je suis malade, je suis délirante, je crois que je suis en train de délirer* ».

À l'occasion de la huitième séance, toujours en cours d'évaluation et de mise à mal des limites (à partir de la 20^e séance Deborah ne testera plus), à la fin de la séance, Deborah me demandera si un jour elle pourrait boire mon sang ; ce à quoi je lui ai répondu que non car la règle que je posais consistait au fait qu'une âme (selon la sémantique utilisée par la patiente) pouvait et devait en aider une autre, à condition qu'elle n'y épuise pas toute son énergie au risque de ne plus pouvoir aider personne. De la même manière, quand elle m'a annoncé ne plus trop réussir à retourner l'agressivité contre soi, se scier, et donc transférer de l'hétéro- à l'auto-agressivité, je lui ai répondu que je préférerais autant qu'elle ne le puisse plus. Il me semblait vital pour elle, qui n'a aucunement conscience de la valeur de sa vie, que quelqu'un d'autre le lui rappelle. Grâce au lien thérapeutique fort, de confiance, ces mots ont eu un impact évident. Deborah m'a aussi provoquée, en m'indiquant qu'elle avait fumé de l'herbe dans la semaine, et qu'elle avait été défoncée. Je lui ai demandé l'effet que cela lui procurait, « *ça éveille les sens* ». Je lui ai aussi demandé pourquoi elle voulait me le dire : peut-être pour me signifier qu'elle était en souffrance ? Je me suis inquiétée de savoir si elle ne prenait rien d'autre, elle m'a répondu que non et « *avoir beaucoup de mental contre cela* ». Il est vrai que Deborah ne souffre pas de facteurs de comorbidité de ce type (dépendance à des toxiques), ce qui constitue un pronostic favorable.

Comme je l'ai évoqué précédemment, Deborah se questionne sur les violeurs d'enfants ; ado, elle a « *failli*

en tuer un », elle est allée « dans la forêt où il vivait pour le tuer », elle a « trouvé sa cabane, mais il n'était pas là » alors elle est repartie. S'il avait été là, elle l'aurait « sûrement tué ». Évoquer ces événements et ces désirs de meurtres à l'égard de pédophiles et de violeurs est une façon selon moi de travailler la haine vis-à-vis de ses agresseurs-violeurs passés, à l'égard de son père dont elle vient de me révéler les origines juives (lors de la 20^e séance) et éventuellement envers sa famille d'accueil maltraitante. Aussi, ado, Deborah me confie qu'elle avait envie de « brûler des églises », actuellement avec le pacte qu'elle a passé, elle n'a « pas le droit d'y entrer ». J'ai proposé, lors de la séance thérapeutique, une interprétation selon laquelle elle pourrait se sentir coupable du fait que ses parents soient morts et pas elle ; et retourner ainsi l'agressivité et la haine contre elle. Deborah, très résistante par rapport à cette question au début s'est montrée plutôt d'accord après y avoir travaillé. Elle est capable de mettre en mots désormais le fait qu'elle « souffre beaucoup de cette culpabilité et que parfois cela la détruit ».

Analyse de notre vécu contre-transférentiel

À partir de la première séance, il y eut d'emblée une entrée en résonance avec Deborah, ressentant ainsi le besoin de la protéger. Mais le lien ne s'est établi qu'à partir de la 4^e, voire de la 5^e séance. Avec le temps, le nombre de séances régulières a augmenté, et le lien s'est consolidé ; mais c'est seulement à partir de la 20^e séance que Deborah vraiment eu confiance en moi et l'a exprimé. Avait-elle déjà eu entièrement confiance en quelqu'un ? Cela est moins sûr ! Je ressens le besoin de la protéger, d'être « une maman-loup » qui va l'aider à panser (penser) ses plaies. Deborah aura toujours une part d'ombre en elle, mais elle doit apprendre à l'appivoiser et à tolérer ces émotions négatives, à les symboliser : ce loup-garou, cette haine, cette mort qui sommeillent en elle et s'éveillent à la moindre sollicitation libidinale. Deborah me semble intelligente socialement, et dans un réel désir d'échange. Je me sens reconnue en tant qu'objet entier, car Deborah vient vraiment chercher la confrontation des idées et construire sa pensée sur la base des thèses et des anti-thèses développées. Aussi, lorsque parfois elle me demande des choses trop coûteuses, elle se ravise, culpabilisant. Et si les idées que je lui propose lui semblent cohérentes, elle se les approprie à sa manière. En outre, au bout de quelques mois de thérapie, Deborah me reconnaît désormais dans ma différence et exprime un vrai souci de respecter cette singularité dans l'espace qui est le mien, ce qui était difficilement tolérable au début. Ainsi, je pense pouvoir écrire qu'elle est capable de s'inscrire dans un mode de relation d'objet entier. Ensuite à l'autre de tenir face aux attaques agressives et très violentes parfois, en plus du fait qu'elle sait mettre en exergue les failles des uns et des autres.

Deborah m'indique : « Je ne souffre pas de mon passé, je souffre maintenant, dans le présent ». Effectivement, je le constate, le présent est un enfer pour elle, c'est ainsi qu'elle l'expérimente dans sa subjectivité et qu'elle réussit à le mettre en mot.

Je lui conte alors l'histoire suivante tirée de la mythologie grecque, qu'elle écoutera avec une attention soutenue : Hadès, le dieu de l'enfer qui avait enlevé et pris pour épouse sa nièce Perséphone, la fille de Zeus et Déméter, et qui, après moult péripéties, dut accepter un compromis : Perséphone passerait six mois près de lui dans les Enfers et six mois près de Déméter sur la Terre. Ce, pour lui faire passer le message que le royaume d'Hadès, avec la douce Perséphone, ne représente pas seulement la mort mais aussi la vie.

Sur cette légende très parlante se termine la transcription des extraits choisis de ces séances de psychothérapie. Bien entendu, elles ne sont pas terminées, le travail se poursuit, nous approchons de la trentième séance. Mais à ce stade, pour les besoins de l'article, nous pensons pouvoir considérer que les précieux acquis suivants sont entérinés.

Selon nous, la création du lien permettant de travailler sur le plan de la symbolisation et de la mentalisation est désormais bien ancrée. Et nous synthétiserions nos objectifs thérapeutiques ainsi suite au constat qui fut le nôtre quant à l'existence d'un squelette psychique et de ressources permettant de donner un sens à son histoire et d'atténuer la souffrance à terme :

- Possibilité de lier pulsion de mort et pulsion de vie, actuellement désintriquées.
- Possibilité de travailler sur le manque (le manque de la thérapeute en miroir avant de renvoyer ses manques à la patiente) et les différences.
- Possibilité de voir transformées en affects les pulsions et de mise en mots des affects douloureux ressentis ainsi que les émotions négatives.
- Très forte sollicitation contre-transférentielle lors des 15 premières séances (lors de la mise en place du lien).
- Capacités désormais avérées de verbalisation de la haine, et de penser en lieu et place du passer à l'acte.

Rôle du psychiatre institutionnel

Pris dans les rets d'une prise en charge institutionnelle complexe, le psychiatre n'a évidemment ni la même place ni le même rôle que la psychologue. Nous avons affaire à Deborah de manière aléatoire, au gré de son évolution clinique dans l'unité, ce qui signifie que nous sommes amenés à la rencontrer de temps en temps en dehors des entretiens hebdomadaires, à sa demande expresse, ou à la demande de l'équipe soignante. Qui plus est, d'autres collègues ont parfois affaire à elle, lorsque nous sommes absents pour une raison ou pour une autre. De là, différentes interventions ponctuant son parcours instable, chaotique et préoccupant de jeune

patiente au long et lourd passé psychiatrique : prescriptions de psychotropes, et surtout, d'isolements plus ou moins prolongés lors des écarts auto et hétéro-agressifs. La menace d'un transfert en unité pour malades difficiles plane toujours, ce qui serait un échec retentissant et installerait la patiente dans un statut de malade dangereuse duquel elle aurait le plus grand mal à se départir, l'installant pour une durée indéterminée dans le régime de l'hospitalisation contrainte. Il est de fait que les réponses institutionnelles de cet ordre, toutes compréhensibles soient-elles au regard de la vie pavillonnaire communautaire, peuvent malheureusement renforcer le masochisme de la patiente, voire satisfaire ses besoins inconscients de punition. Il n'empêche, l'acte prétendument thérapeutique qui répond à ses passages à l'acte a pour inconvénient de faire l'économie d'une analyse institutionnelle plus approfondie visant, justement, à donner du sens aux « exactions » commises et surtout à ne pas entretenir ce sentiment de rejet si fortement ressenti par Deborah. Problématique ô combien fréquente dans nos services, et dont l'essai de résolution ne peut faire l'économie d'une approche pluridisciplinaire ne se contentant pas de mesures prothétiques qui ne procurent qu'un apaisement provisoire.

Nous devons donc sans cesse contenir à vue, mais avec l'ajout récent d'une corde à notre arc thérapeutique, la psychothérapie centrée sur le transfert que mène la psychologue, selon le cadre immuable défini et à peu près respecté. Le fait que celle-ci ne soit pas impliquée dans les soins hospitaliers est à notre avis un atout de taille, car il pérennise cet espace-temps consacré à notre patiente, laquelle ne peut que difficilement chercher à instrumentaliser la psychologue au regard de l'équipe, puisqu'elle n'est en rien décisionnaire. La bifocalité recèle ainsi un peu d'espoir, les échanges réguliers entre la psychologue et le psychiatre référent, également relais institutionnel, permettant de maintenir une sorte de fil rouge porteur de sens pour l'ensemble des protagonistes investis, patiente incluse.

L'objectif, ambitieux, est d'obtenir un changement INTERNE chez Deborah, la rendant moins fixée à cette identité diffuse décrite par Kernberg, donc plus apte à supporter ses affects, à réguler ses émotions, à secondaire ses processus psychiques, en bref, la rendant plus solide psychiquement, et mieux armée pour espérer sortir de l'hôpital dans une dynamique de projet enfin raisonnablement crédible. Lorsque viendra cette heure tant espérée, la décision d'organiser le relais ambulatoire sera prise de concert par les deux thérapeutes, la poursuite de la psychothérapie bifocale devant se réaliser au CMP. Il s'agira alors de travailler tout particulièrement, lors de cette phase très sensible, l'angoisse de séparation propre aux personnes « états limites », en

se référant à Bergeret qui rappelle qu'il s'agit spécifiquement d'une angoisse d'abandon [5].

Pour conclure

Nous avons proposé la mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique insolite appliquée à une jeune patiente souffrant d'un trouble *borderline* de la personnalité. Nous nous sommes inspirés des préconisations de Frank Yeomans, élève d'Otto Kernberg, qui a mis au point une technique de soins psychiques dite « psychothérapie focalisée sur le transfert ». Pour ce faire, nous travaillons avec une psychologue clinicienne ayant accepté de prendre cette patiente difficile en psychothérapie. Un recul de plusieurs mois nous rend optimistes quant à l'évolution de cette jeune femme déjà tellement marquée par la vie. À ce stade, quelques acquis d'importance peuvent se dégager, à mettre sur le compte d'une certaine constance dans les positions des différents acteurs impliqués : la permanence du cadre, l'établissement du lien psychothérapeutique, l'évolution favorable du fonctionnement mental. Ce constat qu'illustre une diminution des passages à l'acte de Deborah dans l'unité de soins, encourage une modification sensible des contre-attitudes soignantes, et fait même émerger un certain optimisme quant à une réhabilitation psychosociale que sa sortie réussie de l'hôpital permettrait d'espérer pour l'avenir.

Nous en sommes encore loin, mais le fait qu'un frémissement contre-transférentiel de cet ordre parcourt un collectif soignant tellement éprouvé par l'expérience délétère cumulée au contact de notre patiente est plutôt de bon augure. Il y aura encore des crises, des régressions, des conduites agies de tout ordre, mais qui sait si ce cadre thérapeutique bifocal, souple et ferme à la fois, pour peu qu'il se maintienne dans la durée, ne permettra pas de rendre définitive la consolidation psychique interne d'une patiente enfin libérée de l'identité diffuse ?

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en rapport avec cet article

Références

- Bergeret J. Les états-limites. *Revue française de Psychanalyse* 1970 ; 34 : 601-33.
- Wintrebert D. Faut-il distinguer états-limites et *borderline* ? *L'information psychiatrique* 2016 ; 92 : 45-8.
- Kernberg OF. *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat, 1979.
- Yeomans F, Delanay JC, Renaud A. La psychothérapie focalisée sur le transfert. *L'information psychiatrique* 2016 ; 92 : 99-105.
- Bergeret J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod, 1974.