

Etude de cas d'un trouble de la personnalité limite

Jihène MRABET*

Résumé :

L'étude de la personnalité limite présente un grand intérêt car ayant une prévalence de 2% de la population générale, celle-ci nous interpelle par son mode relationnel assez instable caractérisé par l'alternance de positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation constituant souvent un vrai frein thérapeutique.

Nous nous proposons dans cet article de présenter une étude de cas afin de faire la lumière sur les processus inconscients sous-jacents ayant jalonné l'histoire personnelle de notre patiente, Madame S. Nous nous intéresserons aussi au volet thérapeutique qui va s'étayer sur la méthode des contes donnant lieu, ainsi à un moment de rencontre privilégié de deux subjectivités : celle de la patiente et celle du psychologue clinicien.

Mots clés: personnalité limite, abandon, agressivité, trauma, contes.

Introduction

Nous rencontrons notre patiente, madame S, à l'hôpital psychiatrique. Elle était en prison pour homicide involontaire sur la personne de son beau-père et suite à une expertise psychiatrique, elle a été jugée non responsable de l'acte médico-légal et donc transférée à l'hôpital pour un suivi psychothérapeutique.

Madame S est une femme âgée de 45 ans, originaire du sud de la Tunisie, mariée et mère de trois enfants. Lors de notre première rencontre, elle avait une apparence soignée : cheveux teints, ongles

* Psychologue Clinicienne, Tunisie.

coupés, propres et parfois vernis. La patiente est coopérative et affiche souvent un sourire chaleureux sur son visage. Néanmoins, ce qui a attiré notre attention et nous avait marqué c'était ses yeux tristes et presque toujours larmoyants.

Le premier entretien était destiné à établir un contact avec la patiente et éventuellement à avoir son consentement concernant l'étude à mener. Il était très important de la rassurer quant à la non divulgation du secret professionnel et au respect de l'anonymat et de la vie privée. Chose qui paraissait la rassurer. La patiente n'a eu aucune résistance, elle a tout de suite accepté d'être l'objet de notre étude.

1. Origine du mal : pertes et nomadisme affectif

Comme tout trouble semble avoir un début et qu'il se doit d'être retracé, nous situerons ce début pour la patiente à un âge très précoce. En effet, les ennuis de Madame S semblent commencer à l'âge de 1 an lorsqu'elle a perdu sa mère pour toujours. Perte qui semble enkystée en elle jusqu'au jour d'aujourd'hui puisqu'elle n'a pas connu de substitut maternel satisfaisant.

M. Klein parle de deux positions structurantes dans la vie psychique de l'enfant : la position schizo-paranoïde et la phase dépressive. La première recouvre, selon l'auteure, les quatre premiers mois de la vie se situant donc au début du stade oral et c'est le sein maternel qui satisfait les besoins de l'enfant. Cette période est caractérisée par l'existence d'objets partiels et d'angoisses persécutrices. Les premières frustrations subies par le bébé vont l'amener à tenter de réduire la tension interne en hallucinant la satisfaction. Mais cette tentative se heurte à l'échec : l'hallucination du sein ou de la gratification orale ne supprime pas la faim. Cet échec participe à la constitution de la réalité extérieure et au développement du Moi. L'enfant, confronté à cette alternance de situations de gratifications et de frustration qu'il ne peut contrôler et qui déclenche chez lui des réactions de plaisir ou de haine, utiliserait trois mécanismes de défense : le clivage, l'introjection et la projection. Ce clivage de l'objet aide à scinder celui-ci en bon et mauvais du fait des sentiments

contradictoires que le bébé projette sur lui. C'est grâce au mécanisme de l'introjection qu'il réussit à intégrer et à mettre à l'intérieur de son Moi un objet investi positivement. Par contre, les objets frustrants sont projetés hors du Moi car considérés comme persécuteurs et contre lesquels il faut se protéger.

Succédant à la position schizo-paranoïde, la phase dépressive correspond au moment où l'enfant devient capable de se représenter sa mère comme un objet total. Cela signifie désormais que l'enfant perçoit sa mère comme une personne totale qui peut être parfois bonne, parfois méchante, tantôt présente, tantôt absente et qui peut être aussi bien aimée que détestée. Cette ambivalence à l'égard de la même personne, la mère, fonde le nid des craintes du bébé qui est inquiet que ses propres pulsions destructrices n'atteignent son objet d'amour dont il dépend. C'est ainsi que le mécanisme de réparation de l'objet prend place. Cette réparation fantasmatique permet à l'enfant d'accepter la frustration et de reconnaître à l'objet aimé plus de bénéfices que de torts. Malheureusement pour Madame S, cette période critique a coïncidé avec la séparation et la perte réelle de sa mère. C'est alors que le déni des sentiments dépressifs est apparu, déni de la valeur de l'objet qui a été accompagné de défenses maniaques donnant l'illusion de la toute puissance.

S'ajoute à la perte de son étayage principal et de son objet d'amour premier, une séparation qui lui a été imposée par son père. C'est à cette période que la patiente a été placée chez son oncle maternel pour 3 ans. Nous n'avons aucune information se référant à cette période mais nous pouvons imaginer le désarroi dans lequel a baigné Madame S, éloigné de l'univers qu'elle commençait à peine à construire. L'enveloppe de signification, concept élaboré par Anzieu (1995) dans sa théorie du Moi-peau, introjectée depuis la mère n'aurait pas suivie le processus normal de décollement car la mort de la mère a provoqué une rupture assez brusque chez l'enfant. C'est ainsi que les deux surfaces, celle de l'enveloppe d'excitation et celle de l'enveloppe de signification, au lieu d'être séparées, n'en font qu'une et sont complètement distordues entraînant, conséquemment, des troubles dans la distinction dedans dehors. Nous pouvons observer

alors un débordement des émotions ou au contraire une apparente absence d'affects résultant d'un clivage massif par peur d'être submergée et un profond sentiment de vide intérieur. La personne aurait tendance à remplir ce vide par une présence imaginaire : idéologie, amour impossible... ce qui explique les problèmes fréquents d'alcool, de drogue, de dépendance en général. Selon Kreisler, la dépendance anaclitique par laquelle la patiente est passée peut provoquer, à postériori, un sentiment d'insécurité avec une dévalorisation de soi, une angoisse d'abandon et des attitudes de revendications affectives maladroites. Elle donne lieu aussi à une répétition de la carence affective à la génération suivante par défaut d'intériorisation d'une image parentale disponible sur le plan affectif.

Si nous nous référons à la théorie de Winnicott, la patiente n'aurait pas pu accéder à l'étape d'indépendance. Elle débutait à peine la différenciation avec le monde extérieur, son développement mental et l'élaboration de sa pensée quand a eu lieu la rupture traumatisante. La permanence et la solidité de l'objet ont été mises en échec court-circuitant l'accès au stade du souci et de l'inquiétude concernant l'agressivité exercée. C'est ainsi que la patiente n'est pas arrivée à se soucier de son agressivité physique ni de ses conséquences fragilisant, alors, l'intégration du sentiment de culpabilité et favorisant l'impulsivité. Devant s'adapter à ce nouvel environnement afin de pouvoir assurer sa survie, Madame S a dû se soumettre aux exigences extérieures développant par là un faux self, une personnalité d'emprunt qui bien qu'adaptée à la société n'en laisse pas moins un sentiment de vide intense et une sensation de facticité.

C'est à l'âge de quatre ans qu'elle retourne chez son père, éloignée à nouveau d'un environnement auquel elle s'était habituée (la maison de son oncle). Ainsi, elle se retrouve face à une nouvelle famille ; son père s'était remarié et avait déjà 2 enfants de sa nouvelle femme. C'est une fois de plus que la patiente se trouve en proie à des sentiments d'abandon et de solitude intense. Sa relation avec sa belle mère était d'emblée conflictuelle et l'absence de son père qui était constamment en déplacement n'arrangeait en rien la situation. Selon Bergeret

(2008), le traumatisme précoce ne serait pas assez fort pour déterminer une structure psychotique. L'enfant terminerait alors sa construction anale mais comme son Moi n'est pas encore assez organisé, il n'aurait pas la possibilité d'accéder à l'œdipe ; le traumatisme vécu et l'absence de modèles identificatoires empêchent l'investissement de ses objets d'amour. C'est ainsi que fixé sur des conceptions anales, l'enfant n'accède ni au stade phallique ni à la castration psychique. Le surmoi est assez précaire et reste au niveau de l'idéal du Moi d'où le surinvestissement du narcissisme.

La patiente rapporte un incident arrivé quand elle avait 5 ans : elle se serait disputée avec sa belle mère, l'aurait frappée avec une pierre à la tête et aurait passé la nuit au cimetière. L'interrogeant sur le pourquoi de ce choix de lieu, elle n'arrive pas à donner une réponse mais atteste ne pas avoir eu peur. Sachant que sa mère est morte, nous pourrions être tenté de croire que sa fuite vers le cimetière ne serait, en fait, qu'une tentative de retrouver son premier support sécurisant et contenant : sa mère.

2. L'effraction du sexuel et la notion de l'après-coup

Nous situons la patiente, selon la théorie de l'attachement de Bowlby (Guedeney, A. et Guedeney, N. (2002), dans la catégorie type d'attachement préoccupé qui se caractérise par l'expression des sentiments et des souvenirs en rapport avec l'attachement avec un débordement des affects. Les structures de régulation des affects sont faibles ou absentes. La stratégie utilisée en cas de forte angoisse est celle d'une hyperactivation des signaux affectifs destinés à la figure d'attachement afin d'obtenir réconfort et réassurance. D'ailleurs, N. Pionni et F. Atger (2003) stipulent dans leur article « Attachement et psychopathologie » que les personnes ayant un état d'esprit préoccupé sont plus à risque de présenter des troubles de la personnalité limite et certaines formes de pathologies anxio-dépressives. En effet, la perte précoce de la mère, surtout si elle s'accompagne de carences de soins, rend la personne plus vulnérable à la dépression lorsqu'elle est confrontée à des situations difficiles. La

mauvaise estime de soi, par défaut d'internalisation de bons objets, est considérée comme une composante psychologique très importante dans la genèse des troubles dépressifs. Le profil des parents ayant des enfants de type « préoccupé » ont tendance à être absents ou incapables de fournir une position protectrice pour leur bébé. Celui-ci se trouverait, selon Fonagy (1991) confronté à un niveau élevé d'excitation et de souffrance non contenus par les parents.

A l'âge de huit ans et demi, Madame S a été envoyée pour travailler comme « aide ménagère » chez une famille loin de chez elle. C'est à cette époque que remonte son second grand traumatisme après celui de la perte de sa mère. Elle avait neuf ans quand, une nuit, on l'avait envoyé faire des courses et qu'elle fut attaquée par un homme qui a tenté de la violer. Elle réussit difficilement à s'en sortir et à fuir. Mais bien qu'elle se soit sortie indemne physiquement, elle en a gravement souffert sur le plan psychique. Suite à cet accident, elle est retournée chez elle mais n'y est pas demeuré longtemps. Elle a été renvoyée de foyer en foyer jusqu'à ce qu'elle s'installe chez la famille G. Cette famille était constituée du couple Madame et Monsieur G ainsi que deux filles et un garçon. Les enfants étaient moins âgés que la patiente qui avait alors 12 ans. La famille G l'avait « adoptée » et l'avait recueillie chez elle, lui procurant ainsi toute la sécurité, la stabilité et l'amour dont elle avait besoin. C'est petit à petit qu'elle s'éloigne de sa vraie famille se construisant une nouvelle vie et de nouveaux souvenirs auprès de la famille G. Elle désinvestit ses deux frères auxquels elle était très attachée. Et quand à l'âge de quinze ans, son père a voulu la marier, Monsieur G s'y est opposé remarquant le désarroi et la peur de la patiente et arborant une attitude paternaliste. Cette affection et cette sécurité procurées par son nouvel environnement la poussent à idéaliser cette famille et à dénier l'existence de la sienne, vivant cette dernière comme persécutrice et lui voulant du mal. La famille G. avait joué, pour elle, le rôle du substitut maternel qu'elle n'avait pas trouvé auprès de sa belle mère.

Aucune notion, en psychanalyse, ne semble liée à la dimension historique, c'est-à-dire au phénomène de l'après-coup comme l'est

l'affect. Pour André Green (1973), l'après-coup est un processus diachronique du vécu. Ce phénomène diachronique de l'après-coup est du registre temporel de la théorie du traumatisme en deux temps. Elle postule que ce qui s'inscrit dans l'inconscient est seulement ce qui est dans la relation entre deux expériences séparées dans le temps et par un moment de mutation permettant au sujet de réagir autrement qu'au premier événement. Au premier temps c'est l'effroi ou l'émerveillement, la souffrance ou le plaisir qui confronte le sujet non-préparé à une expérience significative, mais encore insignifiante, puisque le sujet est en état d'immaturité, c'est-à-dire un vécu indéchiffrable, un vécu dont la signification ne peut être assimilée. Laissé en attente ou mis de côté, le souvenir n'est pas en soi pathologique ou traumatisant. Il ne le deviendra que par sa remémoration et sa reviviscence, lors d'une seconde expérience qui entre en résonance associative avec la précédente. Au deuxième temps c'est une expérience qui rappelle la première. Mais, du fait des nouvelles possibilités de réaction, c'est le souvenir du vécu qui affecte plutôt que le vécu lui-même à l'époque où il s'est passé. C'est ainsi que l'histoire d'amour que la patiente a vécu à l'âge de 16 ans et qui a été clôturée par une rupture a réveillée en elle le souvenir de la séparation avec la mère. Cette séparation a été vécue comme une réelle déchirure. L'homme en question avait trente neuf ans et était originaire des pays des pays du Golf. Il représentait l'image paternelle protectrice qu'elle n'a pas réussi à trouver auprès de son père biologique. Il propose de l'épouser et cette idylle semblait bien évoluer. Sauf que cette dyade si parfaite et réparatrice se complique quand elle se transforme en triade. En effet, cet homme était déjà marié et ce depuis longtemps. Face à cette triangulation, Madame S perd ses moyens et se dit incapable d'être la deuxième, elle voulait être la seule. Son narcissisme surinvesti se refusait à partager l'affection de cet homme. Coup du hasard ou du destin, il avait une fille issue de son mariage et qui portait le même nom que Madame S. La patiente revoit son enfance passer devant ses yeux et c'est là qu'elle décide de mettre fin à cette relation. Elle refusait de jouer le rôle de la belle mère, sa belle mère qu'elle avait tant détestée. La rupture prit trois longues années avant que cet homme ne disparaisse

complètement de sa vie. Ce souvenir la torture encore, elle en parle avec beaucoup de souffrance et de peine. C'est en en parlant qu'elle a versé ses premières larmes. C'est en le laissant partir qu'elle arrive à ressentir pour la première fois de la culpabilité. Ce n'est que dix ans plus tard que la patiente se marie, à l'âge de 29 ans, probablement un temps nécessaire pour panser sa blessure. Elle épouse son mari presque par dépit mais surtout afin d'assouvir son besoin de réparation narcissique. Son mari promettait de lui procurer l'amour et la stabilité d'un foyer qui serait enfin le sien. Quand la question se pose, la patiente atteste qu'elle avait choisi son époux parce qu'il lui plaisait physiquement. Mais si nous analysons de manière plus profonde cette dyade, nous nous rendons compte que ce choix était un choix à la fois narcissique et complémentaire. Narcissique dans le sens où la patiente recherchait un double d'elle-même. En effet son mari n'a pas de bonnes relations avec sa famille, semble sans attache, aime la solitude et ne noue pas facilement des relations avec son entourage. Ce choix est complémentaire dans le sens où elle avait un besoin d'amour et que lui avait besoin d'aimer. De cette union naissent trois filles : K., R. et Y. Madame S se rend compte bien vite que sa vie de couple battait de l'aile. La relation conjugale était conflictuelle et son mari n'est pas arrivé à lui procurer la sécurité et la stabilité qu'elle recherchait.

2006 fut l'année au cours de laquelle toute sa vie a pris un autre sens auquel elle ne s'attendait pas : un homicide involontaire a eu lieu. En effet, son beau père qui vivait avec eux dans la maison et aux mœurs douteuses a voulu la violer et c'est en se défendant qu'elle le tue d'un coup de barre à la tête. Son beau père qu'elle dit considérer comme un vrai père, avait adopté, depuis la mort de sa femme, une vie sexuelle déviante à tel point que la patiente avait peur pour ses filles. Elle était angoissée à l'idée que celles-ci puissent être seules à la maison avec leur grand-père. Le jour de l'accident, la patiente était avec sa fille Y. âgée d'un an. Elle était en train de regarder la télévision quand l'agression a eu lieu. Elle a essayé, d'abord, de l'esquiver mais ce dernier s'est obstiné. Essayant de se défendre elle lui porte le coup fatal. Cet accident lui rappelle celui qui était arrivé quand elle avait à

peine neuf ans. La différence cette fois était, qu'à présent, elle pouvait se défendre et qu'elle pouvait se venger de cet inconnu qui l'avait agressé lorsqu'elle n'était encore qu'une petite fille. Ce deuxième traumatisme a déclenché une angoisse aiguë très importante que P.C.Racamier (1987) considère comme un « état paroxystique et transitoire, à la fois prépsychotique, pré-névrotique et prépsychosomatique. ». M. Bouvet (1972) cela comme une ébauche de dépersonnalisation. L'événement extérieur réveillerait, en écho à un vécu interne, une situation narcissique pré-dépressive jusque là bien évitée. Et alors, cette surcharge pulsionnelle bouleverse l'aménagement provisoire et incomplet du Moi. C'est ainsi qu'après avoir tué son beau père, la patiente le cache sous son lit pendant vingt quatre heures sans que cela ne perturbe ses habitudes de tous les jours. Elle rapporte ne pas comprendre le pourquoi de ce geste mais avoue que ceci lui a donné une impression de supériorité ou peut-être une manière particulière de se venger. Ce moment pourrait être considéré comme une authentique dissociation créant une réelle scission avec le monde réel. Ce passage à l'acte revêt, selon Lamure, E. Rouan, G. et Pedinielli, J-P. (2002), une fonction défensive afin que la patiente se protège d'une douleur psychique intense. C'est en voulant se débarrasser du corps de la victime que Madame S demande de l'aide à l'une de ses filles. Les événements se sont vite enchaînés et il n'a pas fallu longtemps pour qu'elle soit arrêtée. Vu la « bizarrerie » de cet homicide, elle a l'objet d'une expertise, qui après deux ans et demi d'arrêt en prison, a proclamé sa non responsabilité.

3. Cadre thérapeutique

Lors des premiers entretiens, la patiente semblait réticente, ses affects étaient exprimés à minima et son humeur était franchement dépressive masquée par un sourire affiché. Quand la question se pose par rapport à la mort de son beau père, elle banalise son acte et projette toute la faute sur la victime argumentant que ce dernier était mauvais et qu'il méritait ce qui lui était arrivé. La culpabilité interne non supportée est projetée à l'extérieur sur la personne de son beau père. La seule ébauche de culpabilité qu'elle paraît ressentir s'adresse à sa fille K pour l'avoir impliquée dans cette histoire. Madame S est

d'emblée pessimiste et se replie sur elle-même refusant l'aide que lui propose les différents spécialistes au sein du service. Ce n'est qu'après quelques entretiens, suite à l'installation d'une relation de confiance que la patiente exprime ses sentiments et qu'elle laisse libre court à ses larmes, à sa fragilité qu'elle ne voulait pas avouer. En l'interrogeant sur sa famille, on se rend compte qu'elle a presque rompu toute relation avec eux. Quant à ses filles, cela fait presque trois ans qu'elle ne les a pas vu ; leur père le leur a interdit et a engagé une procédure de divorce contre la patiente. Pour Madame S, l'histoire semble se répéter : elle avait perdu sa mère à l'âge de un an, ses deux frères étaient âgés à l'époque de treize ans et de dix ans et tel était le cas pour ses filles. Le psychanalyste D. Dumas a fait des constatations similaires en travaillant avec des enfants psychotiques et le terme qu'il utilise est celui de syndrome de répétition. Les problèmes ne se répéteraient pas au même âge ou au même jour mais plutôt lorsqu'un enfant occupe la même place dans sa fratrie que celle d'un frère ou d'une sœur d'un de ses ascendants, étant décédé ou ayant eu des problèmes similaires. Anne Ancelin Schützenberger évoque en ce sens, que si l'arbre généalogique n'est pas soigné, il y aura une répétition du mauvais événement. Et ceci est le cas de Madame S qui, n'ayant pas guéri ses anciennes blessures, semble perpétuer le schéma vécu et imposer par la suite à ses filles la même séparation et le même abandon dont elle a été victime. La peur d'être rejetée et l'effroi de ne pas être à la hauteur la terrorisent. Sa fragilité narcissique fait qu'elle n'est pas capable de supporter le rejet et préfère provoquer la séparation d'elle-même, ce qui lui donne une impression de contrôle sur sa vie. Mais cela la pousse également à déprimer, à ressentir cette sensation de vide intense. Doucement une angoisse flottante l'envahit, ce n'est pas la crainte d'une punition, d'un échec ou d'un sentiment de culpabilité mais plutôt la crainte de perdre le sens de sa vie, de sa cohérence interne. C'est ainsi que le mécanisme du clivage du Moi apparaît chez notre patiente. Elle se clive en deux parties différentes : une partie ancienne, bonne, sécurisante et contenant et une autre partie, nouvellement construite, mauvaise et insensible. Grâce à cela, elle arrive à inculper la mauvaise partie en elle de tous les maux relativisant son sentiment

de culpabilité (Perry,J-C. (2007). « L'ancienne Madame S n'aurait jamais abandonné ses enfants mais la nouvelle le fait sans aucun remord ».

Nous avons tenté, au cours de notre rencontre avec Madame S, d'aborder le versant thérapeutique en lui procurant un espace de parole sécurisant et contenant visant à extérioriser et à affronter les émotions relatives aux traumatismes passés vécus par la patiente mais aussi à renforcer son estime de soi et l'inciter à mieux contrôler son impulsivité.

Lors des premiers entretiens, il fallait mettre l'accent sur l'établissement d'une relation de confiance avec la patiente. Il s'agissait au début d'entretiens ouverts au cours desquels Madame S pouvait choisir un sujet et le développer à sa guise. Mais au fur et à mesure des séances, nous nous sommes rendue compte que les silences étaient très mal tolérés par la patiente et la mettaient dans un état de tension. Ils pourraient être vécus comme la répétition du traumatisme, comme un silence de mort, un vide angoissant. A la condition express d'être non intrusive, la verbalisation par le thérapeute supplée à la carence de soins maternels, et recrée ce qu'Anzieu (1995) appelle une « peau de mots ».

Nous mesurons ici toute l'importance de la bonne distance, d'autant plus difficile à instaurer qu'elle est toujours variable. Il faut sans cesse naviguer pour être très soutenant sans pour autant être envahissant.

Afin de pousser la patiente à exprimer et décrire ses émotions, nous l'invitions à nous parler des animaux qu'elle aime et de ceux qu'elle déteste en les associant à des personnes faisant partie de sa vie. Ce choix surgit du fait que, petite, elle a vécu dans une ferme et a été en contact étroit avec les animaux.

Son animal préféré est la gazelle car cette dernière symboliserait la beauté et le calme. Elle associe cet animal à sa fille aînée K. en ajoutant qu'elle la fait penser aussi à la souris. Sa fille serait, selon elle, intelligente mais peureuse.

C'est quelques semaines après, qu'en abordant à nouveau ce jeu d'identification qu'elle donne à la gazelle le rôle d'un animal faible, fragile qui ne peut se défendre par lui-même et qui a toujours besoin des autres. Une dénégation apparaît à ce moment signalant, contrairement à ses dires, qu'elle s'y identifie.

Concernant les animaux qu'elle déteste, elle évoque le cheval car elle avait eu un accident à l'âge de huit ans et est tombé de scelle. Cet animal lui rappelle sa demi-sœur avec laquelle elle n'entretient pas de bonnes relations.

C'est quand il s'agit d'évoquer des animaux qui pourraient la représenter qu'elle évoque le lion, le chat et l'ours. Tous trois représentent des figures de force ; ce sont des animaux qui savent aussi bien se défendre eux même que défendre leurs petits. Ils sont fiers, tendres et impulsifs selon ses dires. C'est grâce à cette projection que la patiente arrive pour la première fois à parler d'elle-même et de sa famille sans beaucoup de souffrance. Suite à cela, elle arrive à aborder son envie de retourner en prison car cet endroit représente pour elle une sorte de refuge dans lequel elle s'enfermerait, évitant ainsi la réalité externe et tout ce qu'elle apporte comme déception et traumatismes.

"لا عين تشوف و لا قلب يوجع"

(Quand l'œil ne voit pas, le cœur souffre moins)

La patiente déprimait et s'emprisonnait dans ses souvenirs recherchant dans le passé des éléments réconfortants. Quand l'idée nous est venue de confronter passé et présent afin de pouvoir analyser les perspectives à venir, la patiente s'est rendue compte que son séjour en prison et à l'hôpital étaient bénéfiques pour elle. En effet, en prison elle avait appris à lire, à comprendre les lois et à envisager les conséquences des mauvais actes. A l'hôpital, elle avait eu tout l'amour et le support dont elle avait besoin ainsi que l'acceptation. L'institution et les liens noués avec toute l'équipe au sein du service avaient joué le rôle, en quelque sorte, de groupe de travail au sein duquel les relations interpersonnelles servaient à la

régulation des émotions et à l'acceptation de soi et d'autrui dans un contexte social.

4. Thérapeutique à médiation de contes

Comme nous avons remarqué que la méthode indirecte était la meilleure pour approcher la souffrance de Madame S, nous avons décidé d'utiliser la méthode des contes. Le conte est défini comme un genre littéraire narratif qui raconte une histoire fictive (Debray,Q. et Nollet,D. (2008).

On distingue deux pratiques du conte : orale et écrite. Il représente aussi un modèle de fonctionnement de la personnalité humaine. Les contes sont présents dans toutes les cultures et sont chargés de symboles et de référents culturels spécifiques. Selon Lévi-Strauss (in Bettelheim,B. (1976), les contes doivent être étudiés dans leur contexte ethnographique. De plus, les contes sont utilisés pour éduquer les enfants, leur communiquer les interdits et donc transmettre « l'inconscient culturel ». Le conte constitue aussi une première expérience groupale. Kaës écrit à ce sujet que « la parole du conte lie les auditeurs à leur propre réalité psychique et au champ social auquel ils participent » (in ST Amand,J. (1997). A cause de cela, le conte peut avertir du désir encore inconnu qui saisit les lecteurs dans la communauté de leur manque. Les contes ont aussi une valeur thérapeutique. Par exemple, dans la médecine traditionnelle hindoue, on soumettait au sujet psychiquement perturbé, un conte de fées mettant en scène son problème particulier. Chaque culture possède donc ses contes particuliers et leur étude donne un aperçu très intéressant des pratiques, des règles, des valeurs et des croyances de celle-ci.

Avec Freud (1901), le conte apparaît dans la lignée associative comme un élément à part, équivalent d'un souvenir-écran. Selon lui : "le moi s'illusionne dans les représentations du conte pour les accomplissements narcissiques et les épargnes de souffrance qu'il y trouve. Les contes utilisent sans le savoir le modèle psychanalytique de la personnalité humaine. Les contes sont un support de projection et d'identification. En effet, le conte représente de façon symbolique

mais transparente l'ensemble de la vie psychique. Tout est dans le conte : le ça, le moi, le surmoi, les conflits liés au développement de l'enfant, les fantasmes, les mécanismes de défense et même l'angoisse. Le conte évoque les problèmes de l'enfance et donne les moyens de les résoudre. Il génère donc de l'anxiété, mais procure aussi de l'apaisement. Il apprend alors à l'enfant à gérer ses angoisses et à les maîtriser ».

Les histoires choisies appartenaient au folklore arabe musulman et illustraient parfaitement quelques aspects de la problématique de la patiente.

En premier temps, nous avons opté pour une histoire assez simple "سعفان الجبار". Cette histoire raconte la mésaventure de « Saâfen » qui doté de force surhumaine se mit à faire du mal aux gens aveuglé par un narcissisme exacerbé. Ce personnage a été puni par une petite fille par l'intermédiaire du lait de chèvre. On pourrait y voir la symbolique de la mère nourricière mais en même temps surmoïque qui viendrait mettre fin au comportement déviant de ce héros. C'est suite à cela qu'il se repentit et qu'il redevint bienfaisant et gentil. A travers ce récit, Madame S comprit que la force ne résout pas les problèmes, qu'elle n'est pas toujours un don, qu'elle est une arme à double tranchant. Elle ajoute que « Saâfen » a toujours vécu comme il le voulait et qu'il s'est engagé dans un mauvais chemin sans réfléchir. C'est en ce point qu'elle voit une similitude entre son histoire personnelle et celle de ce personnage. Un autre point commun apparaît et qui est celui de la seconde chance : le maire de la ville a donné une seconde chance à « Saâfen » pour qu'il se rachète du mal qu'il a causé et selon la patiente, nous lui offrons à l'hôpital sa seconde chance pour qu'elle répare ses erreurs.

Nous lui demandons par la suite d'imaginer une autre fin pour cette histoire et elle propose la prison (encore une similitude). Ce serait, selon ses dires, une occasion pour qu'il réfléchisse à tout ce qu'il a fait, qu'il regrette et qu'il envisage d'autres moyens. Il apprendrait de cette erreur et penserait à son futur. Tout ceci n'est que,

éventuellement, la projection de ce qu'elle pense elle-même par rapport à sa propre histoire.

Ensuite, en remarquant que Madame S avait de bonnes capacités de lecture et de compréhension, nous lui avons proposé une lecture plus soutenue "كليلة و دمنة". Nous avons opté, en premier, pour un conte critiquant l'impulsivité et mettant en valeur l'importance de la réflexion. En effet, cette histoire parle d'une amitié qui est née entre un lion et un taureau, amitié jaloussée par « Demna » qui cherche à devenir le confident du lion, roi de la jungle. Il a donc imaginé un complot pour les séparer et ainsi, sans réfléchir le lion tomba dans le piège et tua son ami le taureau, ce qu'il regretta amèrement plus tard quand la vérité éclata au grand jour.

Selon Madame S, le lion aurait pu réagir autrement et éviter de tuer son ami. Cela la ramène à son homicide et elle verbalise pour la première fois qu'elle aurait pu faire autrement, chose qu'elle se refusait à admettre jusque là. Quand on abordait le sujet, elle se refermait sur elle-même et se limitait à répéter que son beau-père avait mérité la mort, qu'elle a mérité la prison et qu'ainsi, ils étaient quittes. En analysant ce récit, elle verbalise son regret et son souhait de changer les choses. Elle avoue qu'elle aurait pu éviter la mort de son beau-père en se défendant autrement. « Kalila » est l'ami intime de « Demna » et l'avait mis en garde contre cette erreur qu'il allait commettre. La patiente identifie « Kalila » comme étant le personnage qui représente sa fille aînée K. Elle lui avait reproché la mort de son grand-père et une phrase la tourmentait encore : "علاش يا ماما ما فكرتش" (Maman pourquoi tu n'as pas pensé à nous ?) فينا؟"

Son mari A. serait « Demna » car il serait la cause de cet accident. D'après elle, il était au courant de toute l'histoire et il aurait pu trouver une solution mais il n'en a rien fait. "الي صار الكل من راسو، ما وفريش الحماية اللازمة، كان نجم يتصرف، يوقف بوه، يكري البرة"

(Tout ce qui est arrivé est de sa faute, il ne m'a pas protégé, il aurait pu faire quelque chose, arrêter son père, louer ailleurs...)

Elle ajoute qu'il lui a interdit de porter plainte et l'a menacée si elle le faisait.

Nous nous sommes questionné, ensuite, sur la validité d'un dicton bien connu proverbe auquel, après mûre réflexion elle a adhéré complètement, "الغاية لا تبرر الوسيلة". (La cause ne justifie pas les moyens).

Elle remarque qu'elle a évolué et qu'elle se sent beaucoup mieux. Elle ajoute qu'elle a compris notre choix par rapport à cette histoire en particulier et comprend la symbolique.

Après avoir évoqué ce point important, il fallait à présent s'approcher du traumatisme primaire qui constituait le point central de sa souffrance : la perte de la mère. Pour se faire nous nous sommes d'abord intéressées à l'histoire "الحمامة المطوقة" afin de mettre en relief l'importance du soutien et l'importance de la figure maternelle. La patiente a réussi à voir en ce personnage une figure maternelle contenante et protectrice. Elle a pu remarquer l'importance de la solidarité dans les situations critiques. Ce conte fit écho en elle, réactiva son angoisse d'abandon mais mobilisa en même temps ses sentiments en tant que mère. Elle s'identifie au pigeon et atteste être contenante et protectrice avec ses filles comme l'a été le pigeon avec ses amis. Cette histoire réussit à mobiliser ses émotions en tant que mère. Chose qu'elle déniait depuis son arrivée à l'hôpital.

La dernière œuvre qui a attiré notre attention et que nous avons proposé à la patiente est celle de « Rémy sans famille » en version arabe. En effet, l'histoire de ce petit garçon, séparé de sa famille et qui doit affronter la vie adulte semble redessiner l'histoire de madame S. Nous nous sommes intéressés à ce conte car le rapprochement entre ce personnage et notre patiente nous paraît transparent. Tous deux ont été « vendus », abandonnés, réadoptés et laissés tous seuls à combattre la cruauté de la vie. Ce conte, traduit en arabe, est très connu dans notre culture Tunisienne et même enseigné au niveau de l'école primaire.

Ceci est vite confirmé par l'engouement de la patiente pour cette histoire. Elle rapporte que cette histoire ressemble tellement à la sienne qu'on pourrait mettre « S sans famille » au lieu du vrai titre. Elle s'identifie facilement à ce petit garçon qui a été jeté dans le monde des adultes sans s'être réellement préparé. Comme lui, elle a connu l'abandon, le rejet et la solitude. Comme lui, elle a dû se battre pour pouvoir survivre. Plus tard, nous avons été amenés à évoquer les retrouvailles avec la famille. « Rémy » à la fin de l'histoire retrouve sa mère et son frère et reste auprès des siens pour toujours. C'est le point que notre patiente conteste ; selon elle, il ne devrait pas rester avec sa famille. Il devrait les quitter et continuer sa route avec son ami. Elle ajoute que si elle était à sa place ce serait sa décision. C'est à ce moment qu'elle évoque sa famille (ses frères) et verbalise sa colère et son ressentiment envers eux. Ils l'ont rejeté, elle les rejettera.

Madame S a pu exprimer aussi sa gratitude envers l'équipe médicale qui l'a soutenu et qui lui a procuré la tolérance et la chaleur d'un foyer.

Actuellement nous nous concentrons sur la préparation de la patiente à sa sortie de l'hôpital. A cette nouvelle, des sentiments contradictoires apparaissent chez madame S. D'un côté elle est heureuse de pouvoir quitter l'hôpital mais d'un autre côté beaucoup de craintes surgissent face à cet inconnu qui l'attend. Les premiers jours suivants l'annonce de cette nouvelle, nous avons assisté à un mouvement de repli sur soi de la patiente. Elle est devenue très anxieuse, irritable et refusait tout contact avec les autres. Elle était effrayée à l'idée d'affronter le regard de la société et à l'idée de perdre son étayage (équipe médicale). Ce n'est que suite à quelques entretiens qu'elle réussit à reprendre un peu de confiance en elle et envisageait sérieusement et de manière responsable sa sortie de l'institution hospitalière. La vie était de nouveau envisageable et l'espoir est permis.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2003). *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. Paris : Masson.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

Bergeret, J. (2008). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Paris : Masson.

Bettelheim, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. Paris : Editions Laffont.

Bouvet, M. (1972). *Dépersonnalisation et relations d'objet*. Œuvres psychanalytiques. Tome I.

Charrier, P. et Hirschelmann-Ambroisi, A. (2004). *Les états limites*. Paris : Armand Colin.

De Nayer, A-R. (2003). Etat limite et personnalité : le patient borderline. La revue de la médecine générale n° 207.

Debray, Q. et Nollet, D. (2008). *Les personnalités pathologiques, Approche cognitive et thérapeutique*. Paris : Masson.

Guedeney, A. et Guedeney, N. (2002). *L'attachement concepts et applications*. Paris : Masson.

Fabre, G. (2004). La psychogénéalogie. Les dossiers de l'Observatoire Zététique. Grenoble.

Freud, S. (1901). Psychopathologie de la vie quotidienne. Paris : Payot, 2004.

Ionescu, S. et Blanchet, A. (2006). *Psychologie clinique et psychopathologie*. France : PUF.

Lamure, E. Rouan, G. et Pardinielli, J-P. (2002). Symposium : Dépression et passages à l'acte. Les 25èmes journées de printemps de thérapies comportementales et cognitives.

Laplanche, J. et Pontalis, J-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : presses universitaires de France.

Pardinielli, J-L. et Fernandez, L. (2007). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand Colin.

Pardinielli, J-L. et Bernoussi, A. (2007). *Les états dépressifs*. Paris : Armand Colin.

Perry, J.-C. (2007). *Echelles d'évaluation des mécanismes de défense*. Paris : Masson.

Racamier, P.-C. (1987). *Les perversions narcissiques*. Paris : Payot, 2012.

ST Amand, J. (1997). Le traitement de la pathologie état limite : une approche de groupe, d'orientation psychanalytique. *Revue Québécoise de Psychologie*, Vol18, n°1.

Summary:

The study of borderline personality is of great interest because having a prevalence of 2% of the general population, it challenges us by its rather unstable relational mode characterized by alternating extremes of idealization and devaluation constituting often a true therapeutic brake.

We propose in this paper to present a case study to shed light on the unconscious underlying processes that have marked the personal history of our patient, Mrs S. We will consider also the therapeutic component that will support on the method resulting tales, as a privileged moment of encounter of two subjectivities: the patient one and that of the clinical psychologist.

Key words: borderline personality, abandonment, aggressiveness, trauma, stories.

الملخص:

دراسة الشخصية الحدية تمثل أهمية كبرى بسبب انتشارها بنسبة 2% من عموم السكان. هذه الشخصية تشد انتباهنا بسبب تفاعلاتها العلائقية الغير مستقرة. فهي تتميز بالتناوب بين موقفين متطرفين ألا وهما الإعجاب المفرط أو النفور الذي يؤدي أحيانا كثيرة إلى تعطيل مراحل العلاج النفسي. يقترح هذا البحث تقديم دراسة حالة لتسليط الضوء على العمليات الأساسية اللاوعية التي تميزت بها القصة الشخصية للسيدة "ص" وللمكونات العلاجية التي استعملت مع هذه الحالة المرضية مثل طريقة الحكايات. تمثل هذه الدراسة لحظة مميزة للقاء ذاتيتين: ذاتية المريض وذاتية الأخصائي في علم النفس السريري.

الكلمات الرئيسية: الشخصية الحدية، الهجر، العدوانية، الصدمات النفسية، قصص.